

Probleme des Teams in der deutschen ambulanten Versorgung

Problems Around the Team in German Extramural Care

Heinz-Harald Abholz¹

Einführung: Das Team, bestehend aus Personen meist unterschiedlicher Professionen, die in (gleichberechtigter) Zusammenarbeit an einer gemeinsamen Aufgabe arbeiten, wird auch für den ambulanten Bereich in Deutschland zunehmend als Zukunftsorientierung gesehen. Die Idee der Überlegenheit des Teams ist einleuchtend, aber es ist auffällig, dass sich diese Überlegenheit noch nicht durchgesetzt hat.

Methode: Es wird zunächst eine konzeptionelle Analyse zu den Stärken und den Schwächen des Teams in der ambulanten hausärztlichen Versorgung vorgenommen. Fragestellung ist hierbei, inwiefern diese Teamkonzepte die Kernkompetenzen der Allgemeinmedizin verbessern oder schwächen würden. Anschließend wird eine historisch-politische Analyse zu den Gründen des Scheiterns derartiger Teamkonzepte sowohl in den 70er- und 80er-Jahren (Gruppenpraxis) als auch den beginnenden 90er-Jahren (Ärzteteams) vorgenommen.

Ergebnisse: Teamkonzepte sind bisher immer gescheitert – an der Finanzierung, den strukturellen Problemen des deutschen Gesundheitssystems und den mentalen Schwierigkeiten, die Ärzte mit ihrem Selbstbild im Verhältnis zu anderen Gesundheitsberufen haben. Zudem gibt es zahlreiche konzeptionelle Gründe, die bezweifeln lassen, dass ein Team die spezifische Arbeit der Allgemeinmedizin mit dem generalistischen Ansatz verbessern würde.

Schlussfolgerung: Sieht man die Zukunft der Allgemeinmedizin im Team, so wären immer zuerst die strukturell-finanziellen Grundbedingungen dafür zu schaffen. Dabei erscheint eine solche Voraussetzung nur in einem verstaatlichten/vergesellschafteten System vorstellbar.

Schlüsselwörter: Allgemeinmedizin; Team; historische Analyse; Gesundheitssystem

Introduction: The team, (persons, usually from different professions), working in cooperation with equal rights and having a common goal, increasingly is seen as the future orientation for extramural care in Germany. The idea of the superiority of the team is plausible, but it is surprising that it has not been established so far.

Methods: We performed a conceptual analysis of the strengths and weaknesses of the team in the German extramural health care system. Central question is, whether the team will support or hinder the core values of family medicine. Additionally a historic-political analysis of the reasons for failure of the team-work in the 70s and 80s (group practices) and the 90s (networks of practices) is presented.

Results: Teams in Germany always have failed because of structural and financial problems as well as of the mental difficulties doctors had with their self-image in relation to other health-care professionals. Additionally there are several conceptual reasons which question whether teams would strengthen family medicine in its generalistic approach of working.

Conclusion: Considering the future of family medicine in teams structural and financial foundations have yet to be accomplished. This seems only possible in a socialized system.

Keywords: Family Medicine; Historic Analysis; Health Care System

Einleitung

Es gibt viele Gründe dafür, dass Teams in der Versorgung, eben auch in der ambulanten Versorgung, ihre Vorteile haben müssten [1]. Die für mich wichtigsten Gründe für eine Teamarbeit sind: Mehrere Personen sehen auf eine Person

(den Patienten) und sehen unterschiedliche Dinge; mehrere Personen haben unterschiedliche Kompetenzen; der Austausch und die Rückmeldung über die eigene, manchmal enge Sicht macht Spaß; man kann sich leichter – nämlich durch Teammitglieder – vertreten lassen.

Es gibt Studien, die zu zeigen vorgeben, dass Teamarbeit auch die Versorgung verbessert. Aber bei genauerem Hinsehen ist es hier nicht selten kein Team, sondern nur eine zusätzliche Person mit definierter Aufgabe (z.B. MFA zur Betreuung depressiver Patienten), die delegierbare Arbeit eines Arztes „er-

¹ Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Peer reviewed article eingereicht: 28.02.2012, akzeptiert: 20.04.2012

DOI 10.3238/zfa.2012.0226-0231

ledigt“. Erfahrungsgemäß und in Studien belegt, sind solche Personen dann zuverlässiger in der systematischen Anwendung der ihnen zugewiesenen Aufgaben. Aber die darüber erreichte bessere Prozessqualität erlaubt noch nicht, vom Erfolg einer Teamarbeit zu sprechen [2].

Da ist es schon teamähnlicher, wenn Krankenschwestern, wie in England, selbstständig Sprechstunden für Hochdruck-, Diabetes- oder Asthma-Patienten etc. durchführen, und immer nur bei Auftreten bestimmter Konstellationen im Verlauf in Kooperation mit einem Arzt, einer Ernährungsberaterin etc. des Teams treten. Zu solchen Patienten gibt es dann Fallbesprechungen mit den jeweils professionell unterschiedlichen Sichten auf ein Problem. Diese Art von Teamarbeit führt – auch in cluster-randomisierten Studien – zu besseren (Surrogat)-Outcomes, aber auch zu mehr Medizinanwendung und längeren Konsultationszeiten [3, 4].

Im Folgenden soll daher nur von einem Team gesprochen werden, wenn es nicht „nur“ um die Kooperation von ärztlichen Berufen [5] geht, sondern zugleich auch eine – möglicherweise sogar gleichberechtigte – Zusammenarbeit unterschiedlicher Gesundheitsberufe – den Arzt eingeschlossen [6] – erfolgt [7]. Dies steht dem alten Konzept von Arzt (Ärzten) mit Angestellten, an die delegiert wird, gegenüber.

Beruft man sich heute auf „das Team als die Zukunft der Allgemeinmedizin“, dann muss dies beinhalten: 1) Eine entsprechend der jeweiligen Kompetenz gleichberechtigte Arbeit unterschiedlicher Gesundheitsberufe; 2) Fachlicher Austausch der Berufe zu einzelnen Patienten einschließlich einer gemeinsamen Entscheidungsfindung unter Einbeziehung des Patienten. Denn dann nur geht es um den Versuch der Nutzung der angenommenen Vorteile eines Teams.

Sind diese Vorgaben aber nicht erfüllt, dann verblümt der Begriff „Team“ nur die alte Arbeitsform „eines oder mehrerer Ärzte mit Angestellten“ – etwas, was nicht schlecht sein muss, wie zu zeigen sein wird!

Ob das erstere – das Team – besser als das zweite – der Arzt mit Angestellten – ist, dafür gibt es für Deutschland bisher keinen wirklichen Beleg. Allerdings erscheinen die einleitend aufgeführten

Argumente zur Überlegenheit an sich schon plausibel. Nur wird heutzutage Gesundheitspolitik nicht nur aufgrund von Plausibilität gemacht – wie am Schluss zu zeigen ist.

Dem bisher fehlenden Beleg eines Nutzens des Teams in der ambulanten Versorgung und in Deutschland steht die Begeisterung in der öffentlichen Meinung hierfür gegenüber. Dies lässt stutzen und zugleich auch fragen: Warum tun es dann nicht schon alle, wenn es so einleuchtend gut ist?

Über die möglichen – und wie zu zeigen sein wird – gewichtigen Gründe, es nicht zu tun, soll der Text handeln, dessen Autor gar nicht bezweifelt, dass Teamarbeit Spaß machen und auch Verbesserungen in der Versorgung bringen könnte.

Es soll dabei nicht auf alle Probleme eines Teams eingegangen werden, sondern nur auf die, die im *deutschen hausärztlichen Versorgungsbereich* eines darstellen. Dabei wird im Teil I auf die möglichen konzeptionellen Probleme der Teamarbeit, in Teil II auf die historisch-politischen Belege zum Misslingen dieses Konzeptes eingegangen. Einleitend wird kurz etwas zur Spezifik der Allgemeinmedizin und ihrer Arbeitsweise zusammenfassend gesagt, auf dessen Hintergrund die konzeptionellen Probleme dann deutlich gemacht werden können.

Teil I: Konzeptionelle Probleme

Hausärztliche Versorgung

Hausärztliche Versorgung hat ihre Stärke und Berechtigung in der **Breite der Zuständigkeit** sowie im **ganzheitlichen Ansatz** bei der Betreuung des kranken und gesunden Menschen. Für die die Güte der Versorgung sind **breites Fachwissen und Kontinuität** der Versorgung – dabei insbes. personale, nicht institutionelle Kontinuität [8] – von größter Bedeutung. Aus Sicht der Patienten kommt als sehr wichtig hinzu, dass ein Hausarzt *immer da ist*, wobei hier „mit allen Problemen ansprechbar“ und „zu jeder Zeit ansprechbar“ gemeint ist [8].

Personale Kontinuität führt nicht nur zu gutem Kennen des Patienten, sondern auch zu einer **Beziehung**. Eine solche ist zum Verstehen eines Patienten

von größter Bedeutung; dies gilt insbes. für die Diagnostik, aber eben auch die Therapie (was nimmt der Patient auch an „belastenden“ Therapien von wem am ehesten an – dies ist hier die Frage). Denn Beziehung lässt mehr von der Welt des Patienten erfahren – dies in verbaler und non-verbaler Kommunikation. Und nur weil Vertrauen gewachsen ist, wird über mehr auch gesprochen – also auch über die Dinge, die ansonsten nicht gesagt werden [8].

Zudem ist die **Niedrig-Schwelligkeit** („erste Anlaufstelle für Alles“) eine gute Voraussetzung für die oben aufgeführte breite sowie ganzheitliche Betreuung.

Aufgrund sowohl dieser Niedrig-Schwelligkeit als auch der Breite der Zuständigkeit sowie schließlich der Kontinuität in der Betreuung werden Frühformen von Störungen und Krankheiten auch außerhalb von Früherkennungsprogrammen überhaupt nur erkennbar (sog. case-finding, also die individualisierte Früherkennung): Denn erste, dezente und zugleich meist auch nicht schon einer Diagnose zuordenbare Symptome oder Beschwerden können nur so überhaupt in der Frühphase zur Kenntnis des Arztes kommen [9]. Sie sind dann – insbes. bei Häufung und Entstehen eines Diagnose-Clusters – Grundlage dafür, dass dann auch der Verdacht auf eine definierte Störung/Krankheitsbild ausgesprochen werden kann.

Dazu aber braucht es der Erinnerung all der kleinen Auffälligkeiten – also ersten Symptomen/Befunden, die anfangs noch nicht als Hinweis auf eine Diagnose gelten können. Solche Erinnerungen sind aber nur in „einem Kopf“ frühzeitig zu mobilisieren und in einen Zusammenhang zu bringen. Denn würde man alle die jeweils einzeln auftretenden kleinen Auffälligkeiten für einen Kollegen in der Praxis notieren, dann wären dies sehr viele Notizen (und dann noch zu Auffälligkeiten, die zumeist doch ohne Folge einer wirklichen Erkrankung blieben).

Damit bleiben viele kleine Auffälligkeiten – zu werten als mögliche Indizien für das Vorliegen einer beginnenden Erkrankung – am besten bei *einem* Arzt aufgehoben. Dann, wenn dieser Arzt immer mehr solcher Indizien im Verlauf der Betreuung sammelt, dann wächst in der Zusammenfassung – über ein Cluster von Beschwerden und Befunden – ein Bild einer möglichen Erkrankung. Aus

einer solchen Verdachtsdiagnose erst erfolgt die Suchtdiagnostik.

Identisches ist auch bei der Betreuung schon bekannter Erkrankungen und deren Verlauf von größter Bedeutung: Auch hier wird der Hausarzt – auf Basis guten Kennens und einer Beziehung – zum „Interpreten“ von Symptomen und Befunden im Kontext des Patienten und seiner Geschichte sowie des Verlaufes eben solcher kleinen Auffälligkeiten. Erst hierüber können anbahnende Veränderungen frühzeitig erkennbar werden [9].

Wo stützt das Team, wo schwächt es?

Im Folgenden sollen die zuvor aufgeführten (fett gedruckten) Aspekte der allgemeinmedizinischen Arbeit nun in Bezug auf die Bedeutung des Teams betrachtet werden.

Kontinuität

Selbst wenn alle in einem Team ganztags arbeiten würden, muss die Kontinuität der Betreuung des einen Patienten brüchiger werden, da ja unterschiedliche Personen mit und an dem gleichen Patienten arbeiten (es sei denn, sie werden nicht gebraucht, was aber dann die Bedeutung des Teams zumindest für diesen Patienten in Frage stellen würde). Nun kann man mit Berechtigung argumentieren, dass das Team die Kontinuität herstellt bzw. aufrecht erhält. Dies hat auch zu dem Begriff der Institutionskontinuität geführt [8]. Jedoch weisen alle Untersuchungen nach, die sich dem Thema gewidmet haben, dass zumindest die Patienten, die nicht jung und nicht ernstlich krank sind, die personale Kontinuität weitaus mehr schätzen als die Institutionskontinuität [8, 9].

Durch sowohl eine unterbrochene Kontinuität als auch weniger Kontakte eines Behandlers mit einem Patienten würde mehrerer schlechter werden. Einmal würden sich Patienten nicht immer so, wie sie es bei längeren und häufigeren Arztkontakten mit nur einer Person oft können, öffnen können. Weiterhin ist über das oben Dargestellte ein Informationsverlust notwendiges Ergebnis: Viele sehen verteilt das, was ansonsten Einer sieht und integriert. Dies gilt insbes. für die kleinen Auffälligkeiten, die sich

schlecht dokumentieren lassen oder deren Dokumentation zu einer erheblichen Überforderung bei Nutzung der Krankenakte führen würde. Eine Lösung wäre hier die kontinuierliche Fallkonferenz zu jedem Patienten – etwas, was aber nicht im ambulanten Bereich mit seinen Niedrig-Risiko- und Niedrig-Prävalenz-Bedingungen sinnvoll umsetzbar ist.

Zudem würden wirklich kranke Menschen, die in ihrer Krankheit gekränkt und schwach sind, sich wahrscheinlich weniger begleitet und aufgehoben empfinden, da wir als Menschen ja nicht „tiefe Beziehungen“ zu Vielen, sondern eher zu Wenigen aufbauen.

Institutions-Kontinuität würde schließlich die Chancen des *case-finding* deutlich schwächen. Denn die hierfür notwendige gedankliche Zusammenführung der vielen kleinen Auffälligkeiten ist nur über eine extensive Buchführung in der Akte vorstellbar, bei der dann zudem alles aufgeschrieben werden müsste – egal ob es im Moment des Notierens wirklich bedeutsam erscheint oder nicht. Dies aber erfolgt vernünftigerweise nicht, um die Lesbarkeit von Akten zu erhalten. Es gibt zumindest narrative Evidenz, dass in Praxisgemeinschaften auch darüber entscheidenden Fehler entstehen.

Es könnte aber aufgrund gerade des Teams auch ganz anders sein: Menschen können nicht zu jedem Menschen gleich gut eine Beziehung aufbauen. Hier hätte das Team den Vorteil, dass es eine „Auswahl“ von Personen zur Verfügung stellt, also die Chance zur Beziehungsknüpfung erhöht. Aber hier muss auch eingewendet werden, dass dies in der Regel ja nicht sinnvoll alle Teammitglieder betreffen kann, weil in der Funktion nicht alle gleichberechtigt für den Patienten erscheinen können: Denn der Patient will zum Arzt und nicht primär und anhaltend zur MFA, zur Krankenschwester, zum Krankengymnast, zum Psychotherapeuten oder zum Sozialarbeiter oder Apotheker.

Auch könnte ein Team in der Summe mehr Kenntnis zum Patienten beinhalten, da Viele – und dann noch mit unterschiedlicher Profession – mehr sehen. Allerdings ist hierzu auch zu sagen, dass dies deutlich Mehrarbeit machen würde, da das „Gesehene“ in regelmäßigen Fallbesprechungen erörtert und zum „Gemeinsamen“ gemacht werden

müsste – oder in eine akribische und so wahrscheinlich nicht mehr lesbare Dokumentation führen würde.

Niedrigschwelligkeit und „immer da“

Diese Charakteristika sind mit dem Team entweder nicht gefährdet oder – was Öffnungszeiten anbelangt – sogar verbessert. Nur verteilen sich mit dem Team die Kontakte auf deren Mitglieder. Damit ist zwar für alles jemand „immer“ da – aber verteilt auf Viele. Damit wächst – wie oben dargestellt – weniger an gemeinsamer Erfahrung, Vertrauen und Beziehung – Charakteristika, die eine zentrale Stärke der Hausarztversorgung sind.

Breite des Wissens

Breite des Wissens als auch unterschiedliche Sichten auf einen Patienten und seine Probleme sind sicherlich besser im Team als in der Einzel- oder Zweierpraxis mit MFA zu realisieren. Dennoch ist beides nur von Wert, wenn es integriert im Kopf aller Teammitglieder ist – hierzu bedarf es der Fallkonferenzen (s.o.).

Freizeitgestaltung

Individuelle Freizeitwünsche sind in einem Team mit Sicherheit leichter zu realisieren als in einer Einer- oder Zweier-Praxis, wobei hier gar nicht das Team, sondern die Zahl der Ärzte dafür entscheidend ist.

Dabei ist zu überlegen, um was es hier eigentlich geht. Die bessere Gestaltungsmöglichkeit der Freizeit wird hier als sehr wichtiger Wert genommen. Nur möglicherweise geht es bei dem Arztberuf für viele Ärzte eigentlich eher um andere Werte: Die Möglichkeit zur inhaltlichen Ausgestaltung der eigenen Arbeit mit den Patienten sowie die Erfahrung, wirklich noch gebraucht zu werden, viel Dankbarkeit zu erhalten, sind solche anderen Werte. Und hier hat das Team dann eher negative Bedeutung: Umso mehr Verantwortlichkeit ich an umso mehr Personen – andere Ärzte und andere Gesundheitsberufe – übertrage, umso geringer wird die Chance für eine eigenständige Arbeitsgestaltung und für die Möglichkeit, Anerkennung, Bedeutsamkeit und Dankbarkeit als Person zu erhalten.

Fehlerentstehung

Wir wissen aus einigen Untersuchungen, dass immer dann, wenn mehrere sich die Verantwortung teilen, „verantwortungsloser“ von jedem Einzelnen gehandelt wird [10, 11]. Dies ist auch einfach zu erklären: Wenn der Einzelne sich gar nicht mehr in der vollen Pflicht erleben muss, also – meist ja unbewusst oder verdrängend – dazu entscheiden kann, dass jeweils der andere hier (auch) zuständig ist, dann wird letztendliche Verantwortung, insbes. wenn es schwierige Probleme betrifft, auf den anderen verschoben. Jeder, der einmal in einer Gruppensituation gearbeitet hat, weiß dies. Typisches Beispiel sind Schichtdienste, in denen man das „Schwierige“ in die nächste Schicht noch rüber schiebt. Zudem wissen wir aus Untersuchungen, dass die Patienten am schlechtesten versorgt sind, die mit ihrer einen oder mit ihren mehreren Krankheiten zugleich noch bei anderen Fachärzten, Polikliniken etc. in Betreuung sind [10].

Neben der Abgabe von Verantwortlichkeit kommt bei mehreren Behandlern noch die Unterbrechung der Kontinuität als Problem hinzu. Die Folgen sind oben dargestellt und sie können zu Fehlern beitragen.

Warum wird nicht im Team gearbeitet?

Bis zu dieser Stelle ist konzeptionell argumentiert worden, es ginge um Contra als auch um Pro zu dem an sich plausiblen Konzept der Teamarbeit [s. auch 12, 13]. Die dabei aufgeführten Argumente allein dürften aber nicht erklären, warum „niemand“ dem Team-Konzept hiezulande folgt.

Teil II: Historisch-politische Betrachtung

Wir wissen, dass es hiezulande keine Teams im obig angegebenen Sinne des Begriffs [7] im Hausarztbereich gibt. Vielmehr gibt es Gruppenpraxen, Praxisgemeinschaften und MTZs – also Ärzte mit Angestellten. Eine gewisse Ausnahme stellt sicherlich das Konzept und die Arbeit von VERAH dar [14].

Aber solche Teams hat es auch hiezulande einmal gegeben [15, 16]. In den

70er- und 80er-Jahren gab es Teams im oben angegebenen Sinne mit gleichberechtigter Kooperation aller dort arbeitenden Gesundheitsberufe sowie mit Fallkonferenzen. Diese Teams nannten sich damals „Gruppenpraxis“ (faktisch ist aber nur ein kleiner Teil der dann weiter entstehenden vielen Gruppenpraxen dem heutigen Teamkonzept gefolgt) [16–22]. In den ersten zwei Dutzend Gruppenpraxen aber ging es um die – mehr oder minder – gleichberechtigte Arbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe (Arzt, Arzthelferin, Krankenschwester, Hauskrankenpflege, Sozialarbeiter, Psychologe, Krankengymnast und Apotheker). Es ging um Fallkonferenzen zu den Patienten, um das Beste für diese so herauszufinden und kooperativ umzusetzen. Anfänglich wurden derartige Projekte sogar als Forschungsprojekte – z.B. von der Robert-Bosch-Stiftung – gefördert und evaluiert [21].

Aber auch die anderen Gruppenpraxen schilderten ihre Erfahrungen [16–22] und insbes. auch die Gründe ihres Scheiterns. Was waren die Gründe des Scheiterns?

Bezahlung und Finanzierung

Hier gab es zwei Aspekte: 1) Gleiche Bezahlung aller Teammitglieder; 2) Bezahlung von Teammitgliedern, die kein Geld einbrachten. Dabei muss man wissen, dass die Einkommenssituation niedergelassener Ärzte zu der damaligen Zeit unvergleichbar besser als heutzutage war. Dies erlaubte dann, dass die Ärzte, Krankenschwestern, Arzthelferinnen etc., die in eine solche Gruppenpraxis gingen, schon wussten und akzeptierten, dass die in der Praxis Beschäftigten aus den nicht-ärztlichen Berufen mehrheitlich aus dem ärztlichen Einkommen zu finanzieren waren (Sozialarbeit, psychologischer Therapeut, Sozialarbeiter etc.). Es ging ihnen aber so sehr um die Verbesserung der Versorgung, dass dies als hinnehmbar gesehen wurde – zumindest zu Beginn.

Einige der Gruppenpraxen haben – zu Beginn – zudem für alle Teammitglieder das gleiche an Gehalt ausgezahlt, andere haben dies nur unter den Ärzten so getan; die Nicht-Ärzte bekamen hier ein BAT-Gehalt.

Hauptgrund des Scheiterns aller Projekte war nach wenigen Jahren „das Geld“: Gleiche Bezahlung wurde bald

als nicht zumutbar unter den Ärzten erlebt und die Bezahlung der Berufsgruppen, die kein Geld einbrachten, da sie nicht abrechnen durften, brachte die Praxen in einen antizipierten Ruin. Rettung wurde gesucht und gefunden: Ärztehäuser mit angestellten Arzthelferinnen – das, was wir heute als Gruppenpraxis/Praxisgemeinschaft bezeichnen – blieben übrig.

Jede Forderung heute, Teams einzuführen, müsste also die Frage des Geldes und der Finanzierung der Bezahlung all der Leistungen, die Ärzte heute nicht gesondert abrechnen dürfen, klären. Sowohl von der ärztlichen Einkommenshöhe als auch der gesonderten Abrechenbarkeit von Leistungen ist die Ausgangssituation heute deutlich schlechter als vor 30 Jahren!

Gleichberechtigung und Kooperation

Ein Team ist nur ein Team, wenn alle – mit gewissen Einschränkungen (ärztliche Verantwortung) – gleichberechtigt sind. Sonst wird der Begriff Team zum bekannten, aber durchschaubaren Reklamewort für das, was ein Betrieb mit unterschiedlichen, aber durchgehend weisungsabhängigen Angestellten ist.

In der Anfangsphase der Gruppenpraxen wurde die Gleichberechtigung auch als zentraler und sich aus der Idee der „Gruppe“ ergebender Wert gesehen. Nur wurde diese Gleichberechtigung schnell wieder aufgehoben und es gab die „Gesellschafter“ (die Ärzte) und die Angestellten. Hauptgrund war primär die unterschiedliche finanzielle Verantwortungsübernahme durch die Gesellschafter (Gründungsinvestition; Betriebskosten der Praxis).

Hinzu kam dann die Erfahrung, dass die gemeinsame Sicht auf die gleichen Patienten kaum entwickelbar erschien: Erlebt wurde vor allem von den Nicht-Ärzten, dass die einen „wichtige“ Sichten, die anderen „weniger wichtige Sichten“ hatten – selbst, wenn es nicht nur so war. Hier war das Standesbewusstsein größtes Hindernis, denn selbst bei explizit vorgehabtem Austausch zu den unterschiedlichen Sichten – ein Team/Gruppen-Vorteil – schlug dies in den Fallbesprechungen immer wieder durch. Es war die, wenn auch freundlich vorgebrachte geballte Macht der Autorität Arzt, die die Ärzte in ihrer Lernfähigkeit

behinderte. Es könnte sein, dass sich dies heute – 30 bis 40 Jahre später – nicht mehr so zeigen würde; aber ob man sich da sicher sein kann, muss gefragt werden.

Und unterstützend für die Aufgabe der Idee von Gleichberechtigung war die Tatsache, dass man feststellte, dass die gemeinsame Patienten-Besprechung viel Zeit (und Geld) kostete. Schließlich stellte sich heraus, dass nach Sicht *aller Beteiligten* nur ganz wenige Patienten – in Bezug auf die Gesamtzahl aller Patienten – einer vertiefenden Kooperation bedurften. So wurde auch überall die zuvor eingeführte „Gemeinsame Patientenkartei“ dann wieder aufgegeben.

Jeder, der das Team heute fordert, muss zuvor klären, wie Gleichberechtigung oder zumindest Gemeinsamkeiten (Patienten-Besprechungen) organisiert, finanziert sowie juristisch bezüglich Datenschutz und Verantwortlichkeit abgesichert werden können.

Juristische Verantwortlichkeit

Juristische Probleme mit Zuständigkeiten bei als Behandlungsfehler angesehenen Verläufen gab es meiner Kenntnis nach nicht, sie wurden aber immer als ungelöstes Problem gesehen.

Was kann man tun?

Wenn man die zukünftige Hausarztpraxis als Teampraxis sehen möchte, also die inhaltlichen Gründe für ein Team als wesentlicher und gewichtiger beachtet als die absehbaren Nachteile (s. Punkt I), dann muss man sich vor allem und zuvor an die Struktur- und Finanzierungsprobleme, die ein Team bieten wird, wagen.

Verschiedene Organisationsmodelle

A: Das Team bleibt auf die *Arztpraxis mit mehreren Ärzten und MFA beschränkt*, alle anderen Teammitglieder haben ihre eigene Organisation und Abrechnungsmodi. Hier bliebe nur zu klären, was dabei eigentlich *Team* beinhaltet. Hier wäre die zutreffende Forderung: Gruppenpraxis oder Praxisgemeinschaft.

B: Das Team beinhaltet eine wie *unter A beschriebene Lösung plus einer festen Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen und Ärzten*. Hier kann man von Ärztenetzen (oder DDR-Polikliniken) sprechen, die in der BRD in den 90er-Jahren

von Krankenkassen gefördert, initiiert, aber am Schluss mehrheitlich gescheitert sind – und hierbei waren nicht einmal die nicht-ärztlichen Berufe eingeschlossen. Es machten nicht ausreichend Ärzte mit, die Patienten nahmen ihre „freie Arztwahl“ wahr und pendelten zwischen „Netz“ und anderen Ärzten. Andere Gesundheitsberufe, gar solche, die nicht eigenständig abrechnen können, wurden und konnten aus juristischen und finanziellen Gründen nicht einbezogen werden.

C: *Wie A oder B aber mit zusätzlicher freiwilliger Kooperation mit festen Partnern im System*. Dies ist vorstellbar nur für solche Berufe, die – wie Krankengymnasten, Logopäden und Apotheker – abrechnen können. Zudem ist es nur in ländlichen, unterversorgten Gebieten vorstellbar, denn in der Stadt besteht ja in allen diesen Berufsgruppen – wie unter Ärzten – Konkurrenz um Patienten. Und ein Arzt, eine Gruppenpraxis wird nicht Patienten zu „ihren Partnern“ verpflichten können.

Es besteht also eine massive Behinderung von Kooperation durch immer wieder wechselnde Partner, die bei unterschiedlichen Patienten unterschiedlich sind. Dies gilt ja selbst für die Hauskrankenpflege, zu der sich in der Stadt (mit vielen konkurrierenden Hauskrankenpflegern) faktisch kein informelles Team bilden kann.

Aber selbst wenn sich ein solches Kooperationsnetz bilden und auch nur für die Hälfte der versorgten Patienten funktionieren würde, dann wären zuvor noch die Probleme der Weisungsbefugnis, der rechtlichen Verantwortung sowie die der ökonomischen Eigeninteressen etc. zu lösen. Nur werden diese nicht zu lösen sein – es sei denn man beschreitet Lösungsvorgehen D.

D: Will man im echten Sinne ein Team schaffen, so müssten *Ärzte in Zentren* Gesellschaften im juristischen Sinne bilden, die nicht nur über eine Gebührenordnung ihre Einnahmen speisen, sondern die zusätzlich Geldzuflüsse von den Krankenkassen oder dem Staat erhalten. Diese Gelder würden dann die Anstellung all der Gesundheitsberufe ermöglichen, die nicht gesondert abrechnen können.

Zudem müssten sich die Gesundheitsberufe, die heute gesondert abrechnen können, zu einem Angestelltenverhältnis bereit erklären: Haus-

krankenpflege, Krankengymnastik, Apotheker, Logotherapeut etc. Dies würde dann gewährleisten, dass diese nur in diesem Team arbeiten. Hier steht allerdings zu befürchten, dass sowohl die Ärzte als auch die ansonsten zur Abrechnung berechtigten Berufe diese Organisationsform und die damit verbundene Verantwortung sowie das Gehalt nicht sehr attraktiv finden könnten – solange es das alte System, in dem sich mehr zu verdienen verspricht, daneben weiter gibt.

Um diesem Problem Abhilfe zu schaffen, wäre dann nur noch die Lösung nach E vorstellbar.

E: *Wie D, aber als verstaatlichtes System* mit angestellten Ärzten und allen weiteren Gesundheitsberufen (nach z.B. dem Muster der DDR-Poliklinik oder dem der Gesundheitszentren in Schweden, faktisch auch der Gruppenpraxen in England).

Schlussfolgerungen

Fordert man also das Team als die Zukunft der Allgemeinmedizin, so muss man all dies mitdenken und auch dazu bereit sein, solche Teams organisatorisch, strukturell und finanziell abgedeckt organisiert sehen zu wollen. Das gesamte System deutscher ambulanten Versorgung mit all ihren Teilnehmern müsste strukturell nicht reformiert, sondern völlig verändert werden – dies hin zur Verstaatlichung des Gesundheitssystems.

Für solche Entwicklungsschritte wird es – sollte es überhaupt geschehen – 30 bis 40 Jahre brauchen. Und welche Akteure im Feld der Gesundheit würden hier Interesse haben mitzumachen – dies in einer Zeit der Orientierung auf Privatisierung und Markt-Orientierung mit erhoffter Durchsetzung des Besten.

Und noch etwas wird schwer kurzfristig der Politik zu vermitteln sein: Was würde sich denn über diesen Weg in der Versorgung – und mit welchem Belegen – verbessern?

Schließlich ginge es um einen langen Prozess der Veränderung ärztlichen Standesbewusstseins – denn immerhin war dies, neben dem Geld, der Hauptgrund zum Scheitern der Team-Idee vor 30 bis 40 Jahren!

Und bei solchen Perspektiven fängt man dann wieder an darüber nach-

Prof. Dr. med. H.-H. Abholz ist ...



... Facharzt für Allgemeinmedizin und Facharzt für Innere Medizin. Langjährig in Klinik und Allgemeinpraxis tätig. Von 1998 bis 2011 Leiter der Abteilung für Allgemeinmedizin der Universität Düsseldorf.

zudenken, ob die Vorteile des Teams so groß sind und ob sie überhaupt belegt sind. Und man erinnert sich dann der Nachteile der Konzeption des Teams (s.o. Teil I) im ambulanten Bereich.

Wenn man aber den Begriff des Teams nur dafür nutzt, um eigentlich etwas zur Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und zur Arbeitsteilung mit Angestellten in ärztlichen Hilfsberufen zwecks Effizienzsteigerung zu sagen, dann sollte man es auch so und nicht verblümt durch den Team-Begriff sagen. Denn Ärzte mit MFA sind noch kein Team!

Geht man aber von diesen Ärzten mit MFAs aus, dann gilt: Die Kooperation von Ärzten in Ärztehäusern, Praxisgemeinschaften oder Gruppenpraxen haben wir ja schon – was wäre hierzu die Fortentwicklung?

Die Angestellten in der Praxis, MFAs, haben wir ja schon – nur was hülfe die Aufnahme weiterer Berufe, wenn nicht deren Bezahlung, Weisungsverhältnis etc. (s.o. Teil II) strukturell und finanziell vorher geklärt wäre?

Und es bliebe weiterhin die Frage: Wie will man mit anderen „Leistungserbringern“ – sei es Hauskrankenpflege, Physiotherapie, Psychotherapie oder

andere Fachärzte – über das momentan Unbefriedigende an Kooperation hinausgehend zusammenarbeiten – wenn dies nicht strukturell und finanziell abgesichert ist?

Von wo man auch ausgeht, die Propagierung der Team-Idee im hausärztlichen Bereich verlangt also immer auch Ideen zur Veränderung der Struktur der deutschen ambulanten Versorgung – sonst bleibt sie Ideologie.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz
Direktor i.R.
Institut für Allgemeinmedizin
Heinrich-Heine-Universität
Universitätsklinikum
Moorenstr 5
40225 Düsseldorf
abholz@med.uni-duesseldorf.de

Literatur

1. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Sondergutachten 2009, www.svr-gesundheit.de
2. Gensichen J, von Korff M, Peitz M, et al. Case management for depression by health care assistants in small primary care practices: a cluster randomized trial. *Ann Intern Med* 2009; 151: 369–78
3. Caine N, Sharples LD, Hollingworth W, et al. A randomised controlled crossover trial of nurse practitioner versus doctor-led outpatient care in a bronchiectasis clinic. *Health Technol Assess* 2002; 6: 1–71
4. Campbell NC, Ritchie LD, Thain J, Deans HG, Rawles JM, Squair JL. Secondary prevention in coronary heart disease: A randomized trial of nurse-led clinics in primary care. *Heart* 1998; 80: 447–52
5. Kosanke B, Troschke J v (Hrsg.). Die ärztliche Gruppenpraxis in der BRD. Stuttgart 1979
6. Bussche R van den. Über das ärztliche Interesse an einer berufsübergreifenden Konzeption der Primärversorgung. In: desgleichen: Berufsübergreifende Gruppenpraxen. Dokumentation einer Tagung des Sonderforschungsbereichs 101 der Universität München, 1983
7. <http://de.wikipedia.org/wiki/Team>
8. Freeman G, Hughes J. Continuity of care and the patient experience. *The Kings Fund*, London 2010
9. Reeve J. Interpretive medicine – Supporting generalism in a changing primary care world. *Royal College of General Practitioners, Occasional Paper* 88, London 2010
10. Abholz H-H, Dreykluft H-R, Meyer B. Bericht über einen Qualitätszirkel. *Z Allg Med* 1992; 68: 468–472
11. Fisseni G, Pentzek M, Abholz H-H. Analyse von 75 schwerwiegenden hausärztlichen Fehler: Wie konnten sie entstehen und was hätte sie verhindert? *Z Allg Med* 2005; 81: 252–57
12. Hombergh P van den, Campbell S. Family practice should promote the delivery of care through group practices: Affirmative position. In: Buetow S, Kenealy T (eds.). *Ideological debates in family medicine*. New York 2007: 203–12
13. Iloff D. Family practice should promote the delivery of care through group practices: Negative position. In: Buetow S, Kenealy T (eds.). *Ideological debates in family medicine*. New York 2007: 213–19
14. Gerlach I, Brenk-Franz K, Gensichen J. Qualifizierung von MFA für delegierbare Tätigkeiten in der häuslichen Umgebung von allgemeinärztlichen Patienten. *Z Allg Med* 2011; 87: 280–86
15. Schreiber-Weber E, Schulz-Sery C. Der Allgemeinarzt in der primären Gesundheitsversorgung. Frankfurt/M 1983
16. Skroblied H. Primärversorgung, Gruppenpraxis, Teamarbeit – Die Analyse einer Behandlungsgeschichte in 6 europäischen Ländern. *Kritische Medizin im Argument; Argument-Sonderband / AS* 102, 1983
17. Kater F, Raudszus G. Die Gruppenpraxis am Beispiel Gropiusstadt. *Die Berliner Ärztekammer* 1979; 16: 189–197
18. Göbel E, Schagen U (Hrsg.). Erfahrungen und Konzepte basisorientierter Gesundheitsversorgung. Dokumentationsreihe der Freien Universität Berlin, Bd. 11. Berlin 1983. Dort Abschnitt B: 35–90
19. Tidow K. Gesundheitszentrum Gropiusstadt – Allgemeinmedizin in einer Gruppenpraxis. *Argument-Sonderband / AS* 53, 1980
20. Burkhart C, Mindel A (Hrsg.). Versuche gegen die Hilflosigkeit. Ansätze einer neuen Praxis für die helfenden Berufe. Dokumentation des Gesundheitstages Berlin 1980 / 6, Verl.-Ges. Gesundheit Berlin 1981
21. Skroblied H. Schwierigkeiten der Gesundheitszentren im System der ambulanten Versorgung. *Jahrbuch für kritische Medizin* 7; *Argument-Sonderband / AS* 73, 1981: 71–83
22. Kater F, Hoch H, Weidmann G, Golkowski S, Hausmann F. Praxis in Gemeinschaft. 3 Texte zu Berliner Gemeinschaftspraxen und Gesundheitszentren. *Berliner Ärzte* 196, 33: 11–19