

# Sprechen wir vom Gleichen?

## Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Spezialisten

**Die Qualität einer integrierten Versorgung oder von Managed Care hängt ganz wesentlich von der Qualität der Zusammenarbeit zwischen dem Hausarzt und dem Spezialisten ab. Wie funktioniert diese Schnittstelle heute?**

Die Ausgangsfrage war: Haben Hausärzte und Spezialisten die gleiche Sicht auf ihre Zusammenarbeit? Um diese Zusammenarbeit zu evaluieren, haben die Hausärzte zuerst ihre Sicht der Zusammenarbeit beschrieben («Vision»), worauf die Spezialisten ihre Sicht einbringen konnten. Diese Gegenüberstellung der beiden Sichtweisen wurde mit ein paar weiteren Fragen ergänzt. Konkret wurden die Spezialisten gefragt:

1. Wie beurteilen Sie die Hausarzt-«Vision» der Zusammenarbeit aus Ihrer Perspektive?
2. Welche Chancen und Risiken der integrierten Versorgung sehen Sie für sich?
3. Wären Sie bereit, Budgetverantwortung mitzutragen (innerhalb einer Bandbreite von ± 4000 Franken)?
4. Wären Sie bereit, einmal pro Jahr an einem fachlichen Gedankenaustausch (zur Qualitätssicherung und zur Art der Zusammenarbeit) teilzunehmen?
5. Welche Erwartungen haben Sie an die Zusammenarbeit mit dem Hausarzt?

### Beispiel 1

Zusammenarbeit des Hausarztes Dr. Heini Zürcher mit dem Gastroenterologen Dr. Stefan Hartmeier

#### Die Sicht des Hausarztes

Die Situation heute: Meine Anmeldung an dich enthält die aktuellen Kontakt-

daten des Patienten, den Auftrag, die Fragestellung, die Anamnese (bezogen auf den Zuweisungsgrund und das, was in der persönlichen Anamnese relevant ist), meine Untersuchungsbefunde inklusive Laborbefunde und relevante frühere Dokumente.

Meine «Vision»: Von dir wünsche ich, dass du keine Patienten ohne Anmeldung eines Hausarztes aufnimmst. Nach Eingang der Anmeldung bietest du die Patienten je nach Dringlichkeit rechtzeitig auf. Du machst die gewünschten Untersuchungen, wobei du gerne von meinen Ideen abweichen kannst, wenn du es für nötig hältst. Du klärst die Patienten über deinen Befund auf, wobei du auf abfällige Bemerkungen über den Zuweiser verzichtest. Dein Bericht erreicht mich innert etwa 5 Tagen.

Weiterüberweisungen sind ein heikles Thema. Wenn weitere Spezialisten oder ein Spital erforderlich sind, erwarte ich eine telefonische Kontaktaufnahme. Falls es eilt oder ich nicht erreichbar bin, genügt eine Information per Mail oder Fax. Du schickst mir eine Kopie deiner Anmeldung. Meine Unterlagen, die ich dir mit der Anmeldung geschickt habe, solltest du weitergeben. Keine Weiterüberweisung für Krankheiten, die nichts mit der Zuweisung zu tun haben (Notfälle ausgenommen).

Zu diskutieren sind die Kontrolluntersuchungen: Wenn du den Patienten direkt in dein Recall-System aufnimmst, ist das sehr effizient, ich jedoch habe dann keine Einflussmöglichkeit mehr. Hier sind nicht alle Grundversorger gleicher Meinung, weshalb gegenseitige Abmachungen nötig sind. Wenn die Kontrolle medizinisch zwingend ist (ich denke an ein Ulcus ventriculi zum Karzinomausschluss), vereinbarst du am besten gleich einen Termin. Wo die

heutigen Richtlinien eine Kontrolle nach vielen Jahren vorsehen (ich denke an die Vorsorge-Koloskopie), kannst du sie dem Patienten empfehlen, aber ich (oder mein Nachfolger!) werden für die Anmeldung zuständig sein. Wenn es um Patienten mit chronischen Krankheiten geht, übernimmst du am besten die Rolle des Hausarztes. Ich denke an die jungen Patienten mit M. Crohn, die den Hausarzt ja gar nicht regelmässig aufsuchen. Diesbezüglich sieht Argomed Handlungsbedarf für die Weiterentwicklung der Hausarztmodelle, indem auch Spezialisten im Netz mit Hausärzten für die Managed-Care-Patienten zuständig sein sollen. ❖

Dr. med. Heini Zürcher

#### Die Sicht des Spezialisten

Als Vorstandsmitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie (SGGSSG) sind meine Antworten auch standespolitisch gefärbt.

Die integrierte Versorgung der Patienten, also die vernetzte Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Spezialisten, sollte in erster Linie der Qualität der Betreuung unserer gemeinsamen Patienten dienen. Wie bereits durch dich erwähnt, erlebe ich den Status quo als beinahe perfekt und optimiert – gerne möchte man daran gar nichts ändern. Der Anstoss der Argomed kann aber sicher dazu beitragen, sich einige kritische Gedanken zu machen, um den Dialog weiter zu verbessern.

Qualität heisst optimale Vor- und Nachbetreuung bei Patienten, die eine spezialmedizinische Versorgung benötigen. Die Vorbereitungen zu den Untersuchungen bedingen eine gute Aufklärung über Indikationsstellung, Ablauf und allfällige Risiken. Der Patient hat bereits in den Gesprächen beim Hausarzt das Bedürfnis, möglichst viel darüber zu erfahren. Daher ist der Informationsaustausch zwischen Hausarzt und Spezialisten hier wichtig. Wünschenswert wäre zudem die Abgabe schriftlicher Informationen (Aufklärungsblätter zu den Untersuchungen, die der Gastroenterologe dem Hausarzt bereitstellen könnte). Auch Risikopatienten (nicht stabile kardiale Vorerkrankungen, schwere Lungenerkrankungen oder Patienten mit ausgeprägter Anämie), Patienten mit blutverdünnenden Medikamenten oder besonders schwer ab-

zuführende Patienten bedürfen einer guten Vorabklärung und medikamentösen Einstellung. Diese Prozesse können sicher noch verbessert werden.

Qualität heisst auch optimale Betreuung von Patienten mit komplexen Erkrankungen. Der Hausarzt bildet hier die integrierende und vernetzende Betreuungsstruktur. Durch seine Erfahrung in der integrierten Versorgung kann er mögliche Interaktionen in der Behandlung erkennen und auch die Schwerpunkte in der Betreuung richtig setzen. Daher fragen wir bei solchen Patienten mit einer anstehenden Recall-Untersuchung immer den Hausarzt an. Qualität durch eine gute und offene Kommunikation. Wenn wir es schaffen, weiter zwischen den Fachdisziplinen den offenen Informationsaustausch zu gewährleisten und uns mit gegenseitigem Respekt zu begegnen, so dient dies in erster Linie dem Patienten. «Herr Doktor, ich sehe, hier wird gut zusammengearbeitet», bedeutet für mich eines der besten Komplimente von den Patienten. In diesem Sinne ist ein Recall-System des Spezialisten nicht grundsätzlich schlecht, wenn es der Qualitätsverbesserung dient. Es geht letztlich um die Frage, wie die Bedeutung eines solchen Systems kommuniziert wird. Auch hier sehe ich durchaus Nachholbedarf.

Integrierte Versorgung heisst aus meiner Sicht eine optimierte Zusammenarbeit mit einem offenen Dialog. Einen regelmässigen Informationsaustausch sehe ich als das wichtigste Instrument dazu (Wiederaufleben der alten «Brugger Kränzli»). Dafür bedarf es nicht zwingend eines formellen Zusammenschlusses, die Eigenständigkeit der Disziplinen ist vielleicht, im Sinne der Wahrung des gegenseitigen Respektes, in diesem Fall sogar der bessere Weg. ❖

**Dr. med. Stefan Hartmeier**

## Beispiel 2

Zusammenarbeit des Hausarztes Dr. Ruedi Ebnöther mit dem Urologen Dr. Stephan Bauer

### Die Sicht des Hausarztes

Meine «Vision»: Ich überweise Ihnen einen Patienten mit erhöhtem PSA und palpatorisch verdächtiger Prostata zur Punktion. Es resultiert leider ein Prostatakarzinom Gleason 6–7. Sie schicken den Patienten mit einem Bericht an

mich zurück, damit die Operationsindikation, die sozialen und die anderen medizinischen Probleme nochmals zwischen Patient und Hausarzt diskutiert werden können. Einem allfälligen präoperativen MRI oder Szintigramm willige ich nach Rücksprache sicher ein. Der präoperative Untersuchungsbericht erfolgt durch mich, danach die Operation durch Sie. Die Nachbetreuung, insbesondere der möglichen Inkontinenz und der Impotenz, sowie die antihormonelle Therapie erfolgen am besten durch den Hausarzt, selbstverständlich nach Rücksprache mit Ihnen. Nach Therapieabschluss sind weitere Konsultationen nur nach Neuzuweisung notwendig. ❖

**Dr. med. Ruedi Ebnöther**

### Die Sicht des Spezialisten

Das von Ihnen aufgeführte Beispiel ist repräsentativ für die häufig durchgeführten diagnostischen und operativen Massnahmen im urologischen Alltag. Die «Vision» der Zusammenarbeit aus dem Beispiel sollte unbedingt angestrebt und umgesetzt werden. Die Patienten, die sich immer, egal, welche Erkrankung vorliegt, in einer Ausnahmesituation befinden, werden so umfassend und kostensparend begleitet, und Ängste können abgebaut werden. In dem von Ihnen aufgeführten Beispiel würde ich jedoch ungewollt als Spezialist mit meinem Fachwissen und meiner Erfahrung etwas in den Hintergrund treten. Dieses, denke ich, ist direkt bei der OP-Aufklärung und auch direkt postoperativ weiterhin gefragt und eben auch von den Patienten oft sehr gewünscht.

In dem Moment, wo ein Prostatakarzinom nachgewiesen ist, möchte der Patient immer schnellstmöglich und umfassend vom Spezialisten informiert werden. Hier ist es manchmal wichtig, auch ohne Zwischenbericht weitere Untersuchungen zu veranlassen, um dann zu einem abschliessenden Befund zu kommen. In dieser Situation ist es ebenfalls wichtig, wenn der Spezialist diese Freiheiten hat. Nach Vorlage aller Befunde sollte dann der Patient schnellstmöglich mit Bericht und Therapieempfehlung das weitere Vorgehen mit dem Hausarzt diskutieren. Die präoperative Untersuchung sollte unbedingt und ausschliesslich durch den Hausarzt durchgeführt werden. Die-

sem liegen alle bisher durchgeführten Untersuchungen, auch bei anderen Spezialisten, vor. Er kann das Operationsrisiko und die noch indizierten Vorabklärungen am besten abschätzen und veranlassen. Die Nachbetreuung erfolgt dann am besten durch den Operateur beziehungsweise durch den Spezialisten und durch den Hausarzt als Team. Hier bedarf es einer sehr guten Kommunikation und Absprache, welcher Arzt welchen Teil übernimmt. Wir als Operateure sind sehr am postoperativen Verlauf interessiert. Für meine eigene Qualitätskontrolle ist es sehr wichtig, den Patienten im Verlauf nochmals zu sehen – und wie in diesem Fall bezüglich Inkontinenz- oder Impotenzproblemen zu beraten.

Im Anschluss daran erfolgt die weitere Betreuung (bei unkompliziertem postoperativem Verlauf) am besten durch den Hausarzt. Bei kompliziertem Verlauf bedarf es guter Absprachen zwischen Spezialisten und Hausarzt. Selbstverständlich sollten nach Therapieabschluss weitere Konsultationen nur noch nach Neuzuweisungen erfolgen.

### Antworten auf die übrigen Fragen: Chancen und Risiken der integrierten Versorgung?

In der integrierten Versorgung sehe ich ein grosses Potenzial nicht nur für mich, sondern für alle aktiv und motiviert arbeitenden Ärzte und vor allem auch für unser Gesundheitssystem. Das Modell der integrierten Versorgung beschreibt den Idealzustand in der Zusammenarbeit zwischen Patient, Grundversorger und Spezialisten. Dieses Netzwerk sollte jedoch nicht statisch sein und kann auch ohne den Überbegriff «integrierte Versorgung» gelebt werden. Ich erwarte persönlich durch die integrierte Versorgung mehr Freiraum für die Tätigkeit als Spezialist am Patienten. Risiken sehe ich beim Modell der integrierten Versorgung in der Verwässerung sowie im Missbrauch der Idee. Verhindert werden muss bei dem Modell der integrierten Versorgung und auch bei dem sonstigen Aufbau von Netzwerken unter Ärzten und Spitälern, dass diese von Krankenkassen gesteuert werden. In diesem Fall wäre die ärztliche Freiheit stark eingeschränkt. Diese wäre dann als Folge politisch und finanziell durch die Krankenkassen reguliert.

**Budgetmitverantwortung?**

Spontan sage ich auf diese Frage Nein. Aus meiner Sicht sollten alle Ärzte budgetverantwortlich denken und therapieren. Eine direkte Budgetverantwortung wird meiner Meinung nach in der Idee der integrierten Versorgung falsche Anreize hervorrufen. Ärzte sollten so weit wie möglich bei Diagnose- und Therapieentscheidungen eigene finanzielle Situationen ausklammern. Ebenso würde die sogenannte Budgetverantwortung zu aufwendigen administrativen Mehrbelastungen beim Arzt führen.

**Gedankenaustausch?**

Selbstverständlich wäre ich hierzu bereit. Ich wäre sogar viel öfter zu einem fachlichen Gedankenaustausch pro Jahr bereit. Dieser ist sicherlich der Schlüssel zu einem Gelingen der oben erwähnten «Vision». Durch den fachlichen Gedankenaustausch unter den Ärzten kann man auch das fachliche Vertrauen untereinander aufbauen. Die Zusammenarbeit und die Qualität in der Diagnostik sowie der Therapie verbessern sich somit für die Patienten immens.

**Erwartungen an den Hausarzt?**

Bei uns in der Region Muri besteht aus meiner Sicht eine hervorragende Zusammenarbeit zwischen den Hausärzten und den Spezialisten wie auch mit dem Kreisspital Muri. Die Erwartungen in den nächsten Jahren sind aus meiner Sicht, die Zusammenarbeit weiterhin zu verbessern und zu optimieren. Als «Fernvision» schwebt mir etwa eine elektronische Krankengeschichte vor, auf die jeder Spezialist und jeder Hausarzt und auch das Spital Zugriff haben. Man könnte sich jederzeit über die aktuelle Medikation oder Vorbefunde informieren, ohne diese telefonisch nachzufragen.

Bis es so weit ist, wäre meine konkrete Erwartung im Moment, bei der Zuweisung mehr Hintergrundinformationen über die Patienten zu erhalten. Oftmals ist die Fragestellung auf mein Spezialistentum zugeschnitten. Um jedoch ganzheitlich reagieren zu können, fehlt es gelegentlich zum Beispiel an aktuellen Medikamenten- oder Diagnosenlisten und Voruntersuchungsbefunden. Nochmals auf den Punkt gebracht: Zusammenarbeit ist Kommunikation. Hier müssen wir uns stetig verbessern.

Diese Erwartung habe ich an mich und auch an die Zusammenarbeit mit Kollegen in Netzwerken. ❖

**Dr. med. Stephan Bauer**

**Beispiel 3**

Zusammenarbeit des Hausarztes Dr. Ruedi Ebnöther mit dem Orthopäden Dr. Hubert Burki

**Die Sicht des Hausarztes**

«Vision»: Am Beispiel meiner 68-jährigen Hausarztpatientin zeigen sich folgende Anamnese und folgender Verlauf: Ich kenne die Rentnerin seit Längerem wegen des Diabetes mellitus II und der Hypertonie. Sie hatte vor zwei Jahren erstmals Hüftschmerzen rechts bei mässiger Arthrose im Röntgenbild. Unter Physiotherapie Besserung der Beschwerden bis vor sechs Monaten. Dann wegen der Schmerzazerbation Überweisung an Sie mit der Frage der Operationsindikation. Wegen einer zusätzlichen vertebrogenen Symptomatik wird nach Rücksprache mit mir als Hausarzt noch ein MRI der LWS veranlasst. Ich erhalte die entsprechenden Abklärungsberichte, und die Operation erfolgt durch Sie in Muri, nachdem ich den präoperativen Untersuchung durchgeführt habe. Eine vorgängig gewünschte kardiologische oder diabetologische Abklärung darf erst nach Rücksprache mit mir erfolgen. Per Mail erhalte ich den Operationsbericht mit Vorschlag zum Prozedere mit Wundkontrollen und allenfalls weiteren Therapien. Die Patientin wird nach sechs Wochen noch einmal durch Sie kontrolliert und mit Brief an den Hausarzt entlassen. Weitere Kontrollen erfolgen nur nach Neuzuweisung. ❖

**Dr. med. Ruedi Ebnöther**

**Die Sicht des Spezialisten**

Bei dem geschilderten Fall handelt es eigentlich nicht um eine Vision, sondern bis auf kleine Unterschiede um die Realität, wie ich seit vielen Jahren zusammen mit den zuweisenden Ärzten die orthopädische Versorgung mache. Der wichtigste Unterschied ist für mich bei Patienten mit Hüft- oder Knieprothesen eine Abschlusskontrolle durch den Operateur nach sechs Monaten. Einerseits ist dieser Untersuch für die Qualitätskontrolle meiner chirurgischen Handlung wichtig, andererseits wird

diese Kontrolle auch vom Patienten sehr geschätzt, da er häufig noch nicht ganz beschwerdefrei ist. Ganz bewusst verzichte ich aber auf Prothesenkontrollen alle drei bis fünf Jahre.

**Antworten auf die übrigen Fragen: Chancen und Risiken der integrierten Versorgung?**

Die integrierte Versorgung versuche ich seit Beginn meiner Praxistätigkeit mit den zuweisenden Hausärzten zu realisieren. Der grosse Vorteil für mich als mehrheitlich operativ tätiger Orthopäde ist, dass ich mich auf mein Fachgebiet konzentrieren kann. Der Hausarzt hält mir quasi den Rücken frei, zieht mich im postoperativen Verlauf aber genügend früh hinzu, wenn Komplikationen auftreten. Die Risiken der integrierten Versorgung sehe ich dann, wenn ein postoperativer Verlauf nicht normal abläuft und ich als Spezialist zu spät informiert werde. Als Beispiel nehme ich einen Patienten nach Hüftprothese. Der Patient ist gut mobil und hat kaum noch Schmerzen. Einzig die Operationswunde sezerniert noch an einer kleinen Stelle, die Wunde ist aber nicht gerötet. Da die Sekretion persistiert, die Wunde im weiteren Verlauf eine leichte Rötung zeigt und das CRP wenig erhöht ist, bekommt der Patient ein Antibiotikum. Der Spezialist würde in diesem Fall aber die Wunde revidieren und könnte womöglich einen Protheseninfekt verhindern. Sehe ich den Patienten erst wenn der Eiter aus der Wunde läuft, muss die Prothese zweizeitig gewechselt werden. Ausserdem ist der Nachweis des Keimes wegen der bereits begonnenen Antibiose unter Umständen nicht mehr möglich, was eine optimale antibiotische Therapie verunmöglicht.

**Budgetmitverantwortung?**

Bei einem vom Hausarzt zugewiesenen Patienten erhalte ich als Spezialist einen Auftrag, der einen gewissen Rahmen bereits definiert. Therapien und Abklärungen werden durch das Problem vorgegeben. Bei einem sehr komplexen Problem können erhebliche Abklärungen notwendig sein, bis ein Therapiekonzept steht. Deshalb ist es für uns Spezialisten nicht sinnvoll, eine Budgetverantwortung zu übernehmen. Ein sparsamer Umgang mit den finanziellen Ressourcen des Gesundheitswesens ist für mich selbstverständlich!

**Gedankenaustausch?**

Ja, sofern es sich um einen medizinisch-fachlichen und kollegialen Austausch handelt und nicht Tarif- und Budgetfragen im Vordergrund stehen.

**Erwartungen an den Hausarzt?**

Der Hausarzt ist für mich ein sehr wichtiger Bestandteil der Behandlung. Da ich nach operativen Eingriffen die Patienten nach der Hospitalisation mehrere Wochen nicht sehe und die Kontrolle in dieser wichtigen Phase dem Hausarzt überlasse, bin ich auf eine gute Kommunikation bei ungewöhnlichen Verläufen angewiesen. Ich erwarte auch, dass der Hausarzt mir mitteilt, wenn er mit einem Therapieplan von mir nicht einverstanden ist. Er kennt den Patienten, seine Bedürfnisse und sein Umfeld viel besser als ich und kann mir so helfen. Bei einer Überweisung erwarte ich ein lesbares Schreiben (leider nicht immer der Fall), das die wichtigen und relevanten Nebendiagnosen enthält.

Abschliessend kann ich festhalten, dass meine Erwartungen in der Mehrheit der Fälle vollumfänglich erfüllt werden. ❖

Dr. Hubert Burki

**Beispiel 4**

Zusammenarbeit des Hausarztes Dr. Gregor Dufner mit dem Pneumologen Dr. Göpf Rütimann

**Die Sicht des Hausarztes**

Die Situation heute: In der Regel habe ich Patienten mit folgenden pneumologischen Problemen: lang anhaltender Husten, Atemnot, Hämoptoe, Auswurf, wiederholte bronchopulmonale Infekte, Schnarchen/Einschlaf tendenz, Verdacht auf (allergisch mitbedingtes) Asthma bronchiale. Daneben gibt es die Patienten mit chronischen pneumologischen Problemen wie COPD, Asthma, OSAS, pulmonal-arterielle Hypertonie. Die folgenden Voruntersuchungen werden bei mir gemacht: Anamnese, klinischer Untersuch, Labor, EKG, Thoraxröntgen, Spirometrie.

Bei der Überweisung zum Pneumologen achte ich auf eine kurze Zusammenfassung der Anamnese und der erhobenen Befunde (inkl. Dokumentation für den Pneumologen) und eine konkrete Fragestellung. Ich achte ferner auf eine möglichst vollständige, aktualisierte Diagnoseliste (dies hilft mir

in der Regel ebenso bei der weiteren Behandlung des Patienten) und auf eine aktualisierte Medikamentenliste.

Meine «Vision»: Ich erwarte Antworten auf meine konkrete Fragestellung, die Überprüfung der Medikation (inkl. Anwendung von z.B. Inhalativa) und eine vollständige Abklärung aus pneumologischer Sicht. Bei speziellen oder dringlichen Abklärungen bitte ich um Kurzinfo via Telefon, Fax oder Mail. Der Bericht enthält eine Gewichtung auf Beurteilung und Prozedere sowie Hinweise auf Diskrepanzen oder dringliche Nebenprobleme (z. B. Anämie), Berichtlatenz in der Regel nicht mehr als eine Woche. Dazu kommt eine Information an den Patienten, dass er trotz pneumologischer Kontrolle in hausärztlicher Kontrolle bleiben sollte (v.a. OSAS-, COPD-Pat.).

Für die Zukunft wünsche ich mir eine noch intensivere Zusammenarbeit mit dem Pneumologen hinsichtlich der Qualitätssteigerung von Polymorbid (Herz-/ Lungenerkrankungen, Diabetes, Niereninsuffizienz etc.) und eine verstärkte interdisziplinäre Gewichtung von Behandlungsqualität und Kosten im Spannungsfeld zwischen somatischen Erkrankungen und der psychosozialen Situation. ❖

Dr. med. Gregor Dufner

**Die Sicht des Spezialisten**

Für mich ist die Zusammenarbeit, wie wir sie in unserer Region als «ländliche Variante» pflegen, langfristig tauglich und auch kosteneffizient. Der direkte Zugang zumindest zu mir war und soll mit der aktuellen Situation bleiben. Ob in Zukunft mit unterschiedlichen Versicherungsmodellen andere Gepflogenheiten erzwungen werden, muss wohl für beide Seiten offen bleiben. Auf jeden Fall bin ich froh um eine klare Fragestellung, gespickt mit etwas Vorinformationen und vor allem bisheriger Medikation.

**Stellungnahme zu den übrigen Fragen: Chancen und Risiken der integrierten Versorgung?**

Das Risiko sehe ich vor allem darin, dass übergeordnete Beamte, Kassensprecher ohne jeglichen Patientenkontakt, mit kostenträchtigen Kontrollmechanismen eine effiziente und rasche Begleitung des Patienten erschweren und weiter bürokratisieren werden.

Immerhin wird sich in Zukunft dann bei echter Kostenreduktion dieser Überbau ohne Qualitätseinbusse wegwischen lassen. Chancen entstehen für Hausärzte in städtischer Agglomeration, wo die Patienten diverseste Spezialisten kontaktieren und niemand (v.a. bei Polymorbid) die Patienten behielt. Ich denke, dass dies für die hausärztliche Betreuung eine sinnvolle Aufwertung bedeuten würde.

**Budgetmitverantwortung?**

Zur Frage der Budgetverantwortung habe ich mir bisher wenig Gedanken gemacht.

**Gedankenaustausch?**

Fachlicher Gedankenaustausch einmal jährlich ist aus meiner Sicht zu begrüssen, zumal nur in direktem Kontakt die beste Zusammenarbeit entstehen kann.

**Erwartungen an den Hausarzt?**

Kollegiale Zusammenarbeit ohne gegenseitige Diffamierungen über Fähigkeiten, die aufgrund technischer Möglichkeiten bei Spezialisten erst entstehen. Anerkennung auch der Hausärzte, dass Spezialisten in andere juristische Verpflichtungen eingebunden sind und diese gewisse kostenträchtige Untersuchungen erzwingen (Tumorverdacht, persistierender Husten mit CT/Bronchoskopie-Folge; Schlafmedizin mit Einbindung der Fahreignung beziehungsweise -tauglichkeit; Pulsoxymetrie als nur orientierender Untersuch, der bei hoher pretest probability häufig weggelassen und direkt mit einer Polygrafie oder bei anderem Krankheitsverdacht nach klinisch-anamnestischem Untersuch mit Polysomnografie nötig wird). ❖

Dr. med. Göpf Rütimann

Erstveröffentlichung in «ARGOMED/DEFACTO» 1/12.