

Peter Berchtold

Integrierte Versorgung – eine berechnigte/gerechtfertigte Anforderung!

Vor 20 Jahren wurde die erste HMO der Schweiz gegründet – eine Provokation damals. Heute sind mehr als 4200 oder rund die Hälfte aller Grundversorger einem Ärztenetz oder einer HMO angeschlossen. Warum ist das bedeutsam? Erstens, weil sich die Ärztinnen und Ärzte *freiwillig* für ein Engagement in diesen Versorgungsformen entscheiden (in dreiviertel der Fälle mit Budgetmitverantwortung!). Zweitens, weil Integrierte Versorgung ein zukunftsweisendes Konzept für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit ist, denn Gesundheitssysteme sind – weltweit – aufgrund gegensätzlicher Logik der einzelnen Akteure grundsätzlich fragmentiert oder eben «nicht-integriert». Integration – verstanden als stärkere Vernetzung und verbindlichere Kooperation – wird daher als ein zunehmend bedeutsamer Treiber für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit betrachtet, mindestens dort, wo komplexe Krankheiten oder multimorbide Patienten betreut werden. Dafür gibt es reihenweise Evidenz – wissenschaftliche! Integrierte Versorgung ist also keine Ideologie, sondern eine berechnigte/gerechtfertigte Anforderung an ein zukunftsfähiges Versorgungssystem.

Modelle und Instrumente der Integrierten Versorgung

Dabei sind Ärztenetze und HMO nur ein kleiner Teil dessen, was unter Integrierter Versorgung verstanden wird: Der Begriff (und Synonym für den überholten Ausdruck «Managed Care») bezeichnet alle Steuerungs- und Integrationsinstrumente im Gesundheitswesen mit dem Ziel, eine bedürfnisgerechte, qualitätsbasierte und kosteneffektive medizinische Versorgung zu fördern. Das sind zum einen integrierte Organisationsformen (Ärztenetze, HMO/Gesund-

heitszentren, regionale Versorgungsnetze) und zum anderen Integrationsinstrumente (Gatekeeping, Guidelines, Case-/Disease-/Demand Management, Chronic-Care-Modelle). Vieles davon ist heute Routine, einiges in Entwicklung.

Integrierte Versorgung in der Schweiz

Die Grafik belegt das eindruckliche Wachstum der Integrierten Versorgung in der Schweiz: Jeder neunte Versicherte hat inzwischen für die hausärztliche Betreuung eines der 88 Ärztenetze gewählt bzw. eine Organisation, die ihre Leistungen durch vertraglich vereinbartes Zusammenwirken unter sich, mit netzfremden Leistungspartnern und mit den Versicherern erbringt. Gegenüber 2008 ist das ein Zuwachs von 31%, wobei der Kanton Zürich mit einem Zuwachs von 52% an der Spitze liegt, gefolgt von den Kantonen Bern (35%), Thurgau (26%), Aargau (21%) und St. Gallen (18%) (Abb. 1). Das grundsätzliche Steuerungsinstrument der Ärztenetze ist das Gatekeeping, aber nicht nur: Mindestens so wichtig sind die verbindliche und strukturierte Qualitätsarbeit in den Q-Zirkeln (in fast allen Netzen), der Einsatz von Guidelines oder die neueren Initiativen rund um die Betreuung chronischer Langzeitpatienten. Auch ausserhalb der Ärztenetze wird zunehmend integriert, z.B. mit den telemedizinischen Modellen (Call Center), die ebenfalls in der Betreuung von chronischen Patienten zum Einsatz kommen.

Legitime Fragen zur Integrierten Versorgung

Vieles davon wird auch hinterfragt. Zu Recht, denn die Zugehörigkeit zu einem Netz und zusätzliche vertragliche Bindungen schrän-

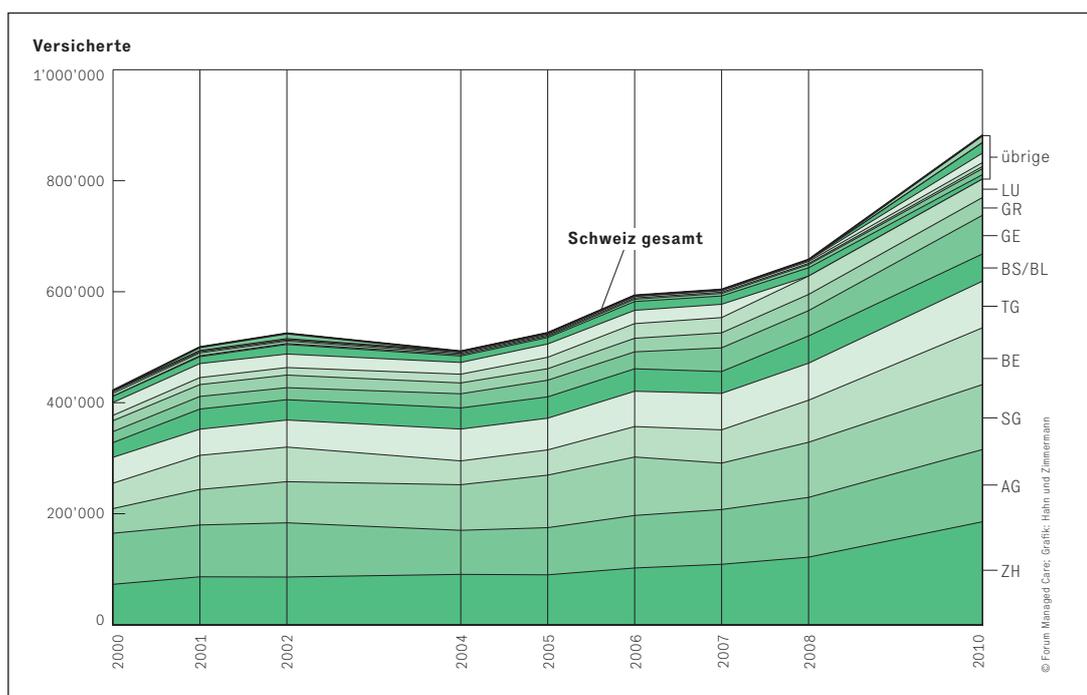


Abbildung 1

Wachstum der Integrierten Versorgung in der Schweiz.

ken den ärztlichen Handlungsspielraum ein. Ein kontrovers diskutierter Aspekt ist die Budgetmitverantwortung, für die sich bis heute 85% der Netze entschieden haben. Zur Klärung: Budgetmitverantwortung wird in den Verträgen zwischen Ärztenetzen und Krankenversicherern vereinbart und ist eine Kostenzielvorgabe für die Betreuung eines Versichertenkollektivs. Niemals wird eine solche Kostenzielvorgabe für den einzelnen Arzt oder Patienten festgelegt. Die Behauptung, dass eine Budgetmitverantwortung zu einer (verdeckten) Rationierung oder zur Vorenthaltung von (notwendigen) Leistungen führt, lässt sich genauso wenig widerlegen wie die Behauptung, die Einzelleistungsvergütung in der traditionellen Versorgung schade den Patienten durch ein Zuviel an (nicht-notwendigen) Leistungen. Klar ist: Budgetmitverantwortung will durch eine kollektiv getragene finanzielle Mitverantwortung Unnötiges, Fragwürdiges und Doppelspuriges vermeiden.

Fazit

Integrierte Versorgung ist keine Ideologie, als die sie immer wieder (miss)verstanden wird. Sie ist eine zukunftsweisende Antwort auf die Herausforderungen einer zunehmend komplexen ärztlichen Arbeit (auch der Hausärztinnen und -ärzte). Dass Integrierte Versorgung auch eine Bereicherung der ärztlichen Arbeit bieten kann, zeigen die Kolleginnen und Kollegen, die sich in Ärztenetzen engagieren.

Korrespondenz:

PD Dr. med. Peter Berchtold
Präsident Forum Managed Care
Freiburgstrasse 41
3010 Bern
peter.berchtold@fmc.ch

Wolfgang Steinke

Die enge und konsequente Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Spezialist – das Potential zu einer klassischen Win-win-Situation

Im Zusammenspiel zwischen Hausarzt und Spezialist tritt der Hausarzt meist als Zuweiser zum Spezialisten auf, der Spezialarzt als «Lieferant» spezieller Untersuchungen oder Therapien. In dieser Zusammenarbeit liegt ein Gewinn für beide Beteiligten: Der Hausarzt erfüllt den Anspruch des Patienten auf kompetente Behandlung in speziellen Fällen und der Spezialist erhält die «Kunden», von denen er lebt. Naturgemäss überschneiden sich die Bereiche des Generalisten mit denen des Spezialisten in einer Grauzone, in welcher beide Leistungen anbieten und entsprechend verrechnen. Je weiter sich der Spezialist von seinem Spezialgebiet wegbewegt, desto mehr betritt er das Kerngebiet des Generalisten.

Im Alltag kann dies Anlass zur berechtigten Sorge des Hausarztes werden, nämlich dann, wenn der Spezialist seine Grauzone ausdehnt und Patienten für die Nachbehandlung noch lange bei sich behält, auch wenn der Hausarzt diese schon längst weiterführen könnte. Diese sensible Grenze der Übergabe des Patienten – sowohl hin wie auch zurück – kann man mit medizinischen und mit ökonomischen Argumenten mehr oder weniger verschieben. Strapaziert der Spezialist aus (kurzfristigen) ökonomischen Überlegungen das labile Gleichgewicht zu sehr zu seinen Gunsten, verliert der Hausarzt einen eigentlich ihm zustehenden Anteil an Gesundheitsleistungen, von denen auch er lebt. Er wird sich deshalb in Zukunft gut überlegen, welchem Spezialisten er Patienten anvertrauen will.

Beschränkt sich der Spezialist hingegen auf sein Kerngebiet und übergibt die Nachbehandlung des Patienten in die kompetenten Hände des Hausarztes, so herrscht langfristig ein Gleichgewicht zum Wohle beider Parteien. Voraussetzung für das Funktionieren ist nebst der kompetenten Behandlung ein guter Service mit effizienter Kommunikation, aber auch das gegenseitige Vertrauen in die Kompetenz des Kollegen.

Diese grundsätzlichen Überlegungen führten zu einem Praxis-Modell in der ambulanten Chirurgie, das auch praktisch funktioniert. Ich erlebe in meiner Praxistätigkeit dieses oben skizzierte Zusammenspiel von Generalist und Spezialist seit mehr als zwei Jahren als unkomplizierte und gut funktionierende Zusammenarbeit zu meiner, der Zuweiser, wie auch der Patienten Zufriedenheit. Also eigentlich: eine Win-win-win-Situation.

Korrespondenz:

Dr. med. Wolfgang Steinke
Chirurgie FMH, Executive MBA HSG
Hochstrasse 165
8200 Schaffhausen
steinke@hin.ch