

Daniel Widmer (Schweiz), Patrick Ouvrard (Frankreich), Michel Roland (Belgien)

Die Bewältigung komplexer medizinischer Situationen in verschiedenen Ländern

Komplexität und berufsübergreifende Zusammenarbeit: Das IUMG will einen Denkprozess über neue künftige Vorgehensweisen anregen, insbesondere über die berufsübergreifende Zusammenarbeit in der Grundversorgung (skill mix). Dieser Artikel ist der fünfte einer Serie zum o.g. Thema und beinhaltet die Zusammenfassung einer Präsentation, die im Juni 2011 auf dem französischen Kongress für Allgemeinmedizin in Nizza vorgestellt wurde. Ziel dieser Präsentation war es, die Bewältigung komplexer medizinischer Situationen in drei Ländern miteinander zu vergleichen. Die Organisation der berufsübergreifenden Zusammenarbeit stellt hierbei lediglich einen Teilaspekt in der Organisation der Gesundheitssysteme dar.

Daniel Widmer, Thomas Bischoff

Das Ziel des Workshops bestand darin, auf Grundlage klinischer Vignetten komplexer medizinischer Situationen, die von den einzelnen Vortragenden vorgestellt wurden, die jeweilige medizinische Praxis in drei Ländern zu vergleichen. Die Vignetten werden in einer der nächsten Ausgaben dieser Zeitschrift veröffentlicht. Die Teilnehmer des Workshops konnten die Komplexität der einzelnen Situationen mit Hilfe des Stacey-Diagramms [1, 2] und der INTERMED-Skala [3] anhand von Punkten beurteilen.

Das Stacey-Diagramm (Abb. 1) zeigt den Sicherheits- (EBM) sowie den Übereinstimmungsgrad bei der Behandlung. Bei letzterem handelt es sich um den Konsens von Fachärzten und verschiedenen Therapeuten einerseits und die Übereinstimmung des Arztes mit seinem Patienten andererseits. In der aktuellen medizinischen Entwicklung wird ein biomedizinisches Modell bevorzugt. Zur Beurteilung des Unsicherheitsgrades müssen andere Modelle herangezogen werden [4-7]. Anhand der INTERMED-Skala können vier Bereiche evaluiert werden, wobei sie sich eines biopsychosozialen Modells bedient (Abb. 2).

Die Gesundheitssysteme der Länder sind gleichermaßen komplex [8,9,10]. Innerhalb Europas gibt es verschiedene Grundversorgungsmodelle, die sich in der Art ihrer Finanzierung, Regulierung, Organisation, Vergütung und dem Patientenverhalten unterscheiden. Diese fünf Dimensionen wurden in einer grossen europäischen Studie zur Grundversorgung untersucht [11].

Die Teilnehmer des Workshops hatten die Aufgabe, anhand dieser fünf Dimensionen über drei klinische Situationen mit der Fragestellung zu diskutieren, was bei der Bewältigung komplexer medizinischer Situationen förderlich und was diesbezüglich eher abträglich ist.

Die Finanzierung kann bei der Bewältigung komplexer medizinischer Situationen ein Hindernis darstellen, da diese zwangsläufig teurer sind, je nachdem, wie das Sozialversicherungswesen eine liberale Vision bevorzugt, insbesondere durch Konkurrenz. Als Beispiel sei hier die Schweiz genannt, wo die Versicherer äusserst findig bei der Risikoselektion sind. In anderen Ländern können

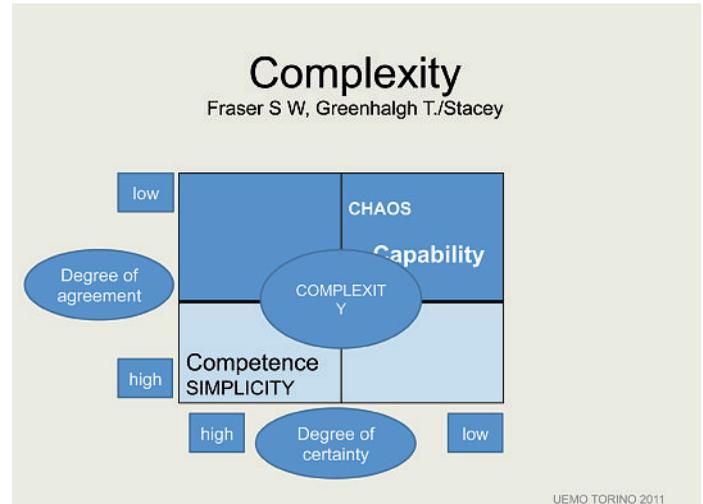


Abbildung 1
Stacey-Diagramm

INTERMED

Domain	History	Current state	Prognoses
Biologic	Chronicity Diagnostic dilemma	Severity of symptoms Diagnostic challenge	Complications and life threat
Psychologic	Restrictions in coping Psychiatric dysfunctioning	Resistance to treatment Psychiatric symptoms	Mental health threat
Social	Restrictions in integration Social dysfunctioning	Residential instability Restrictions of network	Social vulnerability
Health care	Intensity of treatment Treatment experience	Organization of care Appropriateness of referral	Coordination

UEMO TORINO 2011

Abbildung 2
Anhand der INTERMED-Skala können vier Bereiche evaluiert werden, wobei sie sich eines biopsychosozialen Modells bedient.

spezielle Finanzierungsmodelle, z.B. im Bereich der Palliativpflege, bestehen.

Mittels *Regulierung* kann das Angebot oder die medizinische Praxis beeinflusst werden. Eine Verringerung des Angebots kann durch den vorzeitigen Ruhestand von Ärzten, den Numerus clausus, die Zahl der Ärzte, deren Kosten von den Krankenversicherungen erstattet werden, Niederlassungsbeschränkungen und Zertifikate für bestimmte medizinische Tätigkeiten erreicht werden. So wird ein Ärztemangel erzeugt und dadurch die Zeit eingeschränkt, die für die zeitintensiven, komplexen medizinischen Situationen aufgewendet werden kann. Die medizinische Praxis

wird durch Strafzahlungen im Fall einer Überschreitung der Durchschnittskosten pro Patient oder der Nichteinhaltung der Regeln reguliert. Im Gegensatz dazu kann man die Qualität der Grundversorgung durch finanzielle Anreize beeinflussen (Quality Outcome Framework und Pay for Performance). Es können Versorgungsnetzwerke mit «Gatekeepern» und standardisierten Behandlungsketten geschaffen werden.

Es stellt sich jedoch die Frage, wie in solchen, auf bestimmte Ziele ausgerichteten Gesundheitssystemen die Eigendynamik des Patienten und die zwischenmenschliche Kontinuität gewahrt bleiben können [12–14].

Die *Organisation* der Gesundheitsversorgung ist von Land zu Land verschieden, wobei die Pflege zu Hause, die Rolle des Pflegefachpersonals und die Co-Professionalität unterschiedlich stark gewichtet werden. Für eine effiziente Zusammenarbeit ist ein von allen Beteiligten einsehbares elektronisches Patientendossier heute unerlässlich. Auch hier gibt es so viele Systeme wie Regionen.

Und schliesslich wird die Gesundheitsversorgung noch durch die *Art der Vergütung* beeinflusst [15]. Bei der Vergütung von Einzelleistungen und nach Zeit kann dem Patienten mehr Zeit gewidmet werden als bei einer Vergütung pro Konsultation. Beim Tiersgarant muss der Patient die Bezahlung für seine medizinische Behandlung vorleisten, was sich in komplexen Fällen negativ auf den Versorgungszugang auswirken kann. Durch eine Kopfpauschale würde die bei der Bewältigung komplexer medizinischer Situationen erforderliche Interdisziplinarität gefördert, wenn Erstere nach dem Morbiditätsindex berechnet wird.

Um das *Patientenverhalten*, also die Nachfrage, zu beeinflussen, kann der Gesetzgeber einen Selbstbehalt, eine Vorauszahlung der Behandlungskosten, eine Franchise oder eine Pflegebeteiligung einführen. All diese Massnahmen können zur Benachteiligung einkommensschwacher Patienten führen, die ausserdem öfter komplexe Komorbiditäten aufweisen. Eine andere Vorgehensweise bestünde darin, die Gesundheitserziehung auszubauen und so die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens zu verringern, ohne bestimmte Patientengruppen durch finanzielle Beteiligungen zu diskriminieren. Für diese Aufgabe wären insbesondere Pflegekräfte geeignet.

Für die Bewältigung komplexer medizinischer Situationen ist ein zentraler Ansprechpartner, ähnlich einem Dirigenten, notwendig, um Beziehungskontinuität gewährleisten zu können. Bei einer Betreuung durch mehrere Therapeuten muss Diskrepanzen und Teamkonflikten entgegengewirkt werden. Auch finanzielle Fragen spielen aufgrund der Finanzierungs- und Vergütungsart

eine Rolle bei der Bewältigung komplexer medizinischer Situationen. Und schliesslich scheint die administrative Gängelung durch die Behörden im Falle komplexer Behandlungsszenarien besonders stark zu sein. So weit unsere Überlegungen.

Literatur:

- 1 Stacey RD. Strategic management and organisational dynamics. The challenge of complexity. 3rd ed. London: Little, Brown; 1999.
- 2 Plsek PE, Greenhalgh T. The challenge of complexity in health care. *BMJ*. 2001;323:625–8.
- 3 Stiefel FC, Huyse FJ, Söllner W, et al. Operationalizing integrated care on a clinical level: the INTERMED project. *Med Clin N Am*. 2006;90:713–58.
- 4 Evans L, David RM, Trotter MA. Epistemology and uncertainty in Primary care: an exploratory study. *Fam Med*. 2009;41(5):319–26.
- 5 Gerrity MS, De Vellis RF, Earp JA. Physician's reactions to uncertainty in patient care. A new measure and new insights. *Med Care*. 1990;28(8):724–36.
- 6 Schneider A, Szecsenyi J, Barie S, Joest K, Rosemann T. Validation and cultural adaptation of a German version of the Physicians' Reactions to Uncertainty scales. *BMC Health Serv Res*. 2007 Jun 11;7:81.
- 7 Thomas P. General medical practitioners need to be aware of the theories on which our work depends. *Ann Fam Med*. 2006;4(5):450–4.
- 8 Plsek PE, Wilson T. Complexity, leadership, and management in healthcare organizations. *BMJ*. 2001;323:746–9.
- 9 Le Faou AL. Les systèmes de santé en questions. Allemagne, France, Royaume-Uni, Etats-Unis et Canada. Paris: Ellipses; 2003.
- 10 Roy DA, Litvak E, Paccaud F. Des réseaux responsables de leur population. Québec: le Point; 2010.
- 11 EUprimecare: Quality and Cost of Primary Care in Europe: <http://www.euprimecare.eu/>.
- 12 Starfield B, Horder J. Interpersonal continuity: old and new perspectives. *Br J Gen Pract*. 2007;57(540):527–9.
- 13 Campbell S, McDonald R, Lester H. The experience of pay for performance in English family practice: a qualitative study. *Ann Fam Med*. 2008; 6(3):228–34.
- 14 Flodgren G, Eccles MP, Shepperd S, et al. An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; Jul 6(7).
- 15 Shen J, Andersen R, Brook R, et al. The effect of payment method on clinical decision making: physicians responses to clinical scenarios. *Med Care*. 2004;42:297–302.

Korrespondenz:

Dr. med. Daniel Widmer
 Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
 2, av. Juste-Olivier
 1006 Lausanne
 widmer@primary-care.ch