

### Dr. D. Widmer und Staatsrat P.-Y. Maillard eröffnen den Studentenkongress

Donnerstag, 4 Juli 2012, 11.15 Uhr. Walk-in-Patienten, Kontrazeption und Trisomie, Entschädigung für neue Brillen, Betreuung von Alzheimer-Patienten ... Rund 30 Poster sind im Foyer der Hörsäle des CHUV ausgestellt. Sie dokumentieren die Neugierde und die Intelligenz der Studentinnen und Studenten des dritten Jahres der Faculté de biologie et de médecine de Lausanne, die vier Wochen lang in Gemeinschaftsmedizin geforscht haben. 150 künftige Ärztinnen und Ärzte, die kurz vor den Ferien zusammenkommen, um ihre Arbeiten vorzustellen. Im Hörsaal versammelt, begleitet von ihren Tutoren, ein wenig nervös, konzentrieren sie sich. In wenigen Minuten werden sie ihre Forschung vor den Kollegen, den Tutoren und ihren Dozenten präsentieren.

Vier dieser Projekte sind in dieser und der letzten Nummer von PrimaryCare publiziert. Zur Eröffnung des Kongresses des «Imco» haben ein Hausarzt und ein Politiker ihre Vision der Zukunft der Arbeit in Versorgungsnetzwerken vorgetragen.

Pierre-Yves Maillard, Daniel Widmer

## Die Arbeit im Netzwerk aus der Sicht eines Generalisten und eines Staatsrats

**Am 17. Juni 2012 haben das Schweizer Volk und die Kantone das Bundesgesetz über die Versorgungsnetzwerke abgelehnt, aus Furcht, dadurch die freie Arztwahl zu verlieren oder eine Zweiklassenmedizin zu fördern. Das Gesetz sah für Patienten, die sich einem Versorgungsnetzwerk anschliessen, finanzielle Anreize sowie eine Behandlungspauschale pro Patient vor. Bei Ärzten und Staat bleibt der Wunsch nach einer Arbeit in Netzwerken und einer besseren Koordination der medizinischen Versorgung bestehen.**

**Nachfolgend möchten wir Ihnen, ausgehend von einer klinischen Situation, den Gedankenaustausch zwischen Dr. Daniel Widmer, Generalist in Lausanne und Pierre-Yves Maillard, Staatsrat und Leiter des Departements für Gesundheit und Soziales des Kantons Waadt, zu diesem Thema präsentieren.**

### Eine klinische Situation

Daniel Widmer

*Simone, 82 Jahre alt, bescheidene Rente, erkrankt an Polyarthrose und Diabetes*

Die 82-jährige Simone wohnt in der vierten Etage eines Gebäudes ohne Aufzug und bewegt sich mithilfe eines Gehwagens fort. Sie leidet an Polyarthrose und diabetischer Polyneuropathie. Aufgrund ihrer finanziellen Situation kann sie sich die Anschaffung eines Secutel, eines Armbands mit Notruffunktion, die sie im Fall eines Sturzes nutzen könnte, nicht leisten. Im Kanton Waadt gibt es zahlreiche Personen in ähnlich prekären Verhältnissen, die, wie Simone, Spitex-Pflege benötigen.

Die Patientin lebt allein. Sie ist Witwe und hat weder Kinder, noch Geschwister. Nach dem Tod ihres Vaters heiratete sie einen 20 Jahre älteren Mann, der 20 Jahre später verstarb. «Für meinen Vater war ich immer ein Kind und für meinen Mann immer ein junges Mädchen», vertraut sie ihrem Arzt an: einer männlichen Person, die ihr sehr wichtig ist. Über ihre Mutter verliert sie praktisch nie ein Wort, ausser wenn sie erwähnt, dass diese ihren Vater, einen ausser-

gewöhnlichen, viel zu geduldigen Menschen, habe leiden lassen. Schlussendlich hatten sich ihre Eltern getrennt. Simone schwankt seit jeher zwischen Idealisierung und Verurteilung, einem Schwarz-Weiss-Denken, auch in Bezug auf ihre Betreuer, die sie in gut und böse unterteilt.

*Das Netzwerk aus Fachleuten, das Simone versorgt*

Im Alter von 65 Jahren stellt der behandelnde Arzt bei der Patientin einen Diabetes fest. Im Alter von 77 kommt es zu einer diabetesbedingten Komplikation in Form eines Ulcus cruris im Bereich des rechten Knöchels. Auf Antrag des behandelnden Arztes kommt zum ersten Mal eine Krankenschwester und Gutachterin des Sozialmedizinischen Zentrums (SMZ) zu Simone nach Hause. Gelegentlich wird sie von einer in Wundversorgung spezialisierten Krankenschwester besucht, welche die Ulkusversorgung überwacht. Aber nach einem Jahr ist das Ulkus noch immer offen. In Abwesenheit des behandelnden Arztes äussert seine Vertretung Zweifel bezüglich der Compliance der Patientin und führt eine Tablettendose mit 7 Tagesfächern ein. Das Ulkus schliesst sich. Die Krankenschwester des SMZ besucht Simone einmal wöchentlich, um die Tablettendose neu zu befüllen und die Compliance zu kontrollieren.



© Dundanin, Dreamstime.com

Im Jahr 2010 wird der Patientin nach einem Gutachten der Ernährungsberaterin des SMZ ihre kommunale Diabetesbeihilfe gestrichen, dank derer sie sich die zusätzlichen Ausgaben für Diabetiker-kost leisten konnte. Sie verliert den Mut und lässt ihre Behandlung schleifen. Ihr Diabetes wird schlimmer und das Ulkus bricht erneut auf. Sie bekommt ihr Essen nach Hause geliefert, Pflegehelferinnen für den Verbandswechsel, die Medikamenteneinnahme und Hilfe bei der Körperpflege: Das Netzwerk wird grösser. Simone fühlt sich überrannt. Eine weitere Krankenschwester des SMZ, die den behandelnden Arzt für nicht proaktiv genug hält, schlägt ihm den Einsatz einer Fachkrankenschwester eines *Diabetesfachverbands* vor (einer Gruppe aus Ärzten, Diabetologen, Krankenschwestern und Podologen, die auf die Behandlung von Diabetikern spezialisiert sind). Der Arzt gibt sein Einverständnis, ist jedoch nicht so richtig überzeugt davon. Die Patientin ist empört über diesen zusätzlichen Eingriff, beschwert sich bei ihrem Arzt darüber und wird aggressiv, insbesondere gegenüber den Pflegehelferinnen, die oftmals unverrichteter Dinge wieder gehen müssen. Simone hat düstere Gedanken. Nach einem Treffen der Gutachterin mit dem behandelnden Arzt zieht das Team des SMZ die Krankenschwester des Diabetesfachverbands wieder ab und setzt seine Therapieziele niedriger an, um der Patientin wieder mehr Eigenverantwortung über ihre Behandlung zu geben: Sie regelt ihre Medikamenteneinnahme und Körperpflege wieder allein. Heute lebt Simone dank der koordinierten Pflege durch Betreuer, die sie gut kennen, nämlich ihren behandelnden Arzt und das SMZ, noch immer zu Hause.

Dafür muss der Staat  
Ärzte ausbilden, und  
zwar Ärzte, die  
menschlich sind.

*Die Zutaten für ein gelungenes Netzwerk aus Generalistensicht*

- **Die Formulierung eindeutiger Therapieziele**, über die alle Betreuungspersonen Bescheid wissen, die aber vor allem mit den Vorstellungen des Patienten übereinstimmen sollten, bildet die Grundlage für die Zusammenarbeit in einem koordinierten Netzwerk. Dies kann auch bedeuten, zugunsten des Patienten auf zu ehrgeizige Therapieziele zu verzichten.
- **Die Festlegung der Regeln, nach denen das Netzwerk funktioniert**, zwischen den an der Betreuung des Patienten beteiligten Personen, einschliesslich des behandelnden Arztes. Die entscheidende Frage dabei ist, ob Letzterer ausserhalb oder innerhalb des Netzwerks steht. Idealerweise sollte er an der Festlegung der Regeln mitbeteiligt sein.
- **Die Förderung von Kohärenz** zwischen den Pflegekräften, Sozialdiensten und -versicherungen. Wenn man die Möglichkeiten und, insbesondere finanziellen, Grenzen der verschiedenen, am Netzwerk beteiligten Personen berücksichtigen will, sollte man in besonderem Masse auf Interessenkonflikte achtgeben. Im Fall von Simone gehörte die Ernährungsberaterin einem Pflegedienst an und war dafür zuständig, die Angemessenheit einer Beihilfe zu beurteilen. Dieser Interessenkonflikt war der Patientin nicht verborgen geblieben, weshalb sie sich ungerecht behandelt fühlte.
- **Die Berücksichtigung der Beziehungskontinuität zwischen dem Patienten und seinen Betreuern** anstatt diese zugunsten von sofortigen Therapieerfolgen zu vernachlässigen. Die Schaffung eines Ortes zum Austausch zwischen den Betreuern, wobei der Beziehungs- und Betreuungsaspekt nicht durch administrative Monitoringaufgaben ins Hintertreffen geraten darf.
- **Die Ausrichtung der Aufgabenteilung im Interesse des Patienten** und nicht nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Eine Aufgabenteilung ist in komplexen Versorgungssituationen uner-

lässlich, bedarf jedoch einer eindeutigen Festlegung der Aufgaben und Zuständigkeiten sowie einer leitenden Instanz. Als solche muss die Kontinuität der Patienten-Betreuer-Beziehung und das Vertrauen des Patienten gelten.

- **Die Förderung eines ganzheitlichen und lokalen Ansatzes** durch den Austausch zwischen Fachleuten, die sich kennen und eine Population in derselben Region versorgen (horizontale Sichtweise), statt eines krankheitsorientierten Ansatzes (vertikale Sichtweise).

## Die Zukunft der Arbeit im Netzwerk aus Politikersicht

*Pierre-Yves Maillard*

Der Kanton Waadt braucht sich im Vergleich zu anderen Kantonen nicht zu verstecken. Ärzte, Sozialarbeiter, Mahlzeitendienste, häusliche Unterstützung, Haushaltshilfen, Spitex-Pflege, so viele vereinte Bemühungen, dank derer Simone und Ihresgleichen mit einer gewissen Lebensqualität zu Hause leben können. Natürlich ist diese unvermeidlicherweise nicht gleich hoch wie in ihrer Jugendzeit. Der Anteil der in Alten- und Pflegeheimen (APH) untergebrachten Personen liegt im Kanton Waadt 30% unter dem Schweizer Durchschnitt. In vielen Ländern wäre Simone aufgrund von Verarmung und der Verschlechterung ihres Gesundheitszustands schon lange verstorben, da sie weder Familie noch Freunde hat, die sie unterstützen können.

Auch wenn durch die AHV, die 2. Säule und die verbesserte Zugänglichkeit von Gesundheitsdienstleistungen die materielle Not alter Menschen massiv abgenommen hat, ist das Problem ihrer Isolierung, ihrer sozialen Not bzw. der Vernachlässigung ihrer affektiven Bedürfnisse weiterhin ungelöst.

*Die richtige therapeutische Entscheidung auf der richtigen Ebene*  
Soll Simone in ein APH ziehen? Soll Sie von einem Diabetesfachverband, einer Gruppe aus Ärzten, Diabetologen, Krankenschwestern und Podologen, die auf die Behandlung von Diabetikern spezialisiert sind, betreut werden? Soll sie ins Spital eingewiesen werden? Möchte sie so lange wie möglich weiter- oder lieber so lange wie möglich zu Hause leben? Was ist ihr wichtig? Die Antworten auf diese Fragen können nur auf der persönlichen Ebene gefunden werden. Demzufolge ist Medizin zuallererst Menschlichkeit: der Aufbau eines Verhältnisses zum Patienten, vielschichtiges Denken, um angemessene Kompromisse zu finden und schlichten zu können und all dies, unter Berücksichtigung der Person, um die es geht. Analog dazu kann es in der Spitzenmedizin keine Aufgabe von Politikern sein, zu entscheiden, bis zu welcher Altersgrenze es sinnvoll ist, eine Herzoperation vorzunehmen. Ein System, ein Staat oder eine Organisation kann nicht die Vielzahl therapeutischer Entscheidungen treffen, vor denen die direkten Betreuer stehen. Sobald ein System Handlungsnormen vorschreibt, wird es «unmenschlich». Hingegen ist es die Aufgabe des Staates, dafür zu sorgen, dass die zukünftigen Gesundheitsfachleute, die zukünftigen Ärzte, nicht nur darauf vorbereitet werden, Krankheiten zu therapieren oder Organe zu reparieren, sondern auch darauf, sich bei ihrer Tätigkeit nach den Personen, mit denen sie es zu tun haben, und deren Werten zu richten. Dafür zu sorgen, dass die Patienten genau die medizinische Betreuung bekommen, die sie brauchen, nicht mehr und nicht weniger. Dafür muss der Staat Ärzte ausbilden, und zwar Ärzte, die menschlich sind.

### Ein Gesamtbudget zur besseren Koordination der Primärversorgung

Der Staat kann die Organisation der medizinischen Betreuung zwischen Spital, SMZ, Spitex und behandelndem Arzt noch verbessern. Im Kanton Waadt gibt es 50 SMZ für 700 000 Einwohner: eine aussergewöhnliche Versorgungsdichte, Ärzte, die ihren Patienten nahe sind sowie eine vernünftige Organisation zahlreicher Gesundheitsdienstleistungen. Die Koordination mit den behandelnden und Spitalärzten muss jedoch noch besser werden.

**Das elektronische Patientendossier**, das sowohl vom Patienten als auch vom behandelnden Arzt, der Spitex, dem SMZ und dem Spital eingesehen werden kann, ist ein ideales Medium zum Informationsaustausch. Aufgrund zahlreicher Hindernisse wie Meinungsänderungen, Datenschutz, Vereinheitlichung der Systeme innerhalb desselben und zwischen verschiedenen Spitälern sowie der Informatisierung der Arztpraxen verzögert sich jedoch sein Einsatz in der Praxis.

**Die Einführung einer fall- und institutionsübergreifenden Finanzierung im Gesundheitswesen** stellt ein weiteres Mittel für eine bessere Koordination zwischen den Einzelakteuren dar. Wenn sich der Aufbau der Versorgungsnetzwerke nach den Versicherern richtet, können nicht alle Patienten aufgenommen werden. Ein Fall wie der von Simone wäre für einige Krankenkassen zu kostspielig. Tatsächlich ist der Anteil von Personen mit schweren Erkrankungen in den heute bereits existierenden Versorgungsnetzwerken um die Hälfte geringer als im Durchschnitt der Gesamtbevölkerung. Da der Risikoausgleich zwischen den Versicherungen nicht geregelt ist (es gäbe nur eine einzige Möglichkeit, ihn zu regeln, nämlich die Einheitskasse), tendieren die Krankenkassen zur Vermeidung komplexer und teurer Fälle. Auch wenn Spitex-Pflege im Allgemeinen wirtschaftlich ist, wird sie bei einer ungleichen Aufteilung auf die Krankenkassen zu wenig ermutigt.

**Der Staat kann die Einführung eines regionalen Modells vorschlagen**, das auf einem populations- statt, wie im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Managed Care), auf einem versicherungsbezogenen Angebot beruht. Im Pilotprojekt im Waadtländer Norden könnte der Kanton einem Pool von Gesundheitsdienstleistern ein Gesamtbudget zur Verfügung stellen, um das bestehende Manko im Gesundheitssystem auszugleichen. Ziel dieses Vorgehens ist es, das Zonenspital, die APH und die SMZ sowie die Generalisten der Region darin zu unterstützen, eine juristische Verwaltungsstruktur einzurichten, an die der Staat die finanziellen Mittel für Gesundheitsdienstleistungen auszahlt, anstatt diese, wie üblich, nur dem Spital zur Verfügung zu stellen. Durch diese Einführung einer fall- und institutionsübergreifenden Finanzierung können Entscheidungen zugunsten des Patienten direkt von seinen Betreuern getroffen werden. Dabei kann es sich um eine Haushaltshilfe oder die Unterstützung durch medizinisches Personal handeln, wodurch zum Beispiel eine Infusion im APH gelegt und so eine Spitaleinweisung vermieden werden könnte. Es besteht theoretisch keine Möglichkeit, die Arbeit eines Hausarztes, der seine Praxis für eine oder zwei Stunden schliesst, um dem Patienten einen Hausbesuch abzustatten und sich mit der Spitex-Krankenschwester über die Dienstleistungen am gemeinsamen Patienten auszutauschen, zu subventionieren. Der Staat hat im Prinzip eine Möglichkeit, das Gesundheitssystem direkt zu finanzieren: über die Subvention der Spitäler einerseits und der APH sowie der Spitex-Pflege andererseits.

**Das Ziel besteht darin, die Zusammenarbeit zwischen Grundversorgung und Spital zu stärken**, und dies angesichts von Politikern, die zwar äusserst flexibel mit dem Budget für Spitäler umge-

hen, jedoch kaum geneigt sind, Gesundheitsdienstleistungen wie zum Beispiel Fusspflege für starke Diabetiker zu zahlen. Eine Erhöhung des Budgets der Spitäler um 3%, das im Kanton Waadt 800 Millionen beträgt, erscheint ihnen hingegen vernünftig. Daher müssen die Analyse des Budgets der Spitäler und die effektivere Nutzung der Subventionen für Gesundheitsdienstleistungen zwei Ziele der neuen Legislaturperiode sein. In diesem Jahr hat der Staat zwei der 800 Millionen des Budgets für das CHUV und das Zonenspital einbehalten. Diese werden an die Spitäler ausgezahlt, um davon Spitexleistungen einzukaufen und so die Zahl der Patienten, die im Spital auf einen APH-Platz warten, und dadurch auch die durchschnittliche Dauer ihres Spitalaufenthalts, verringern zu können. Indem der Staat, wie im Versorgungsnetzwerk im Waadtländer Norden, den Akteuren des Gesundheitswesens die Entscheidung über die Verwendung der kantonalen Subvention überlässt, kann er dazu beitragen, innerhalb einer Region ein besseres System zu errichten. Eine Fusion oder institutionelle Synergie zwischen den verschiedenen Gesundheitsfachleuten, die sich um eine Patientenpopulation kümmern, wird angestrebt. Durch die Vielzahl der betreuenden Personen wird es zwangsläufig zu mehr Konfliktmöglichkeiten kommen, die jedoch durch die Entwicklung einer berufsübergreifenden Arbeits- und Gesprächskultur vermieden oder gelöst werden können.

### Der Grundversorger ist eine der Hauptsäulen in diesem System.

Im Ausbildungsbereich wurden, in Form von Praktika in Hausarztpraxen und in der Ambulanz der «PMU-Flon», bereits viele Anstrengungen zur Förderung der Allgemeinmedizin unternommen. Woraan es heute jedoch fehlt, ist ein attraktives Wirtschaftsmodell, das den Ärzten Lust auf den Generalistenberuf macht, zur Neustrukturierung des Angebots und der gerechten Entlohnung ihrer Leistungen beiträgt. Der Staat könnte die Einrichtung von Allgemeinmedizinerpools mit drei oder vier Hausärzten, einer oder zwei Krankenschwestern, Labor- und Röntgengenausrüstung und gemeinsamer Verwaltung, wechselnden Notfalldiensten, der Möglichkeit von Teilzeitarbeit und vielleicht sogar einem Gehalt, das eine berufliche Vorsorge mit grösserer Sicherheit und einem geringeren persönlichen finanziellen Risiko ermöglicht, fördern. In diesem Modell wäre auch eine Öffnung der Praxis ausserhalb der normalen Sprechzeiten möglich, um dem Bedarf der Patienten zu entsprechen. Zudem müsste noch eine Abrechnung nach Leistungen stattfinden und den Generalisten ein höheres Gehalt gezahlt werden als heute. Dies wäre durch eine Senkung bestimmter Tarife in einigen überspezialisierten Fachrichtungen möglich, die heute überbezahlt sind. Zur Förderung des neuen Modells könnte der Staat, in Partnerschaft mit der medizinischen Gesellschaft, Ärzten, die sich dazu entschliessen, eine Gemeinschaftspraxis zu eröffnen, unterstützen. Ohne einen solchen Anstoss besteht das Risiko, dass der Weg frei wird für Wirtschafts- oder Versicherungsunternehmen, die den Markt in rentablen Regionen abgrasen und kleine, abgelegene Praxen allmählich verfallen lassen. Es muss eine ernsthafte Debatte über die Rolle des Staates, der Ärzteschaft und der Geldgeber, die Entlohnung und die Kontrolle stattfinden. Dies sind die grundlegenden Herausforderungen des Netzwerksystems.

---

#### Korrespondenz:

Dr. med. Daniel Widmer  
 Facharzt für Allgemeinmedizin FMH  
 2, Av. Juste-Olivier  
 1006 Lausanne  
 widmer[at]primary-care.ch