

Zwischen ambulant und stationär

Nahtstellen statt Schnittstellen

ZÜRICH – Warum ist es so schwierig, das Gesundheitssystem zu reformieren, während in anderen Bereichen Reformen gelingen? Welche Instrumente wären tauglich, um vor allem die ambulant-stationären Schnittstellen in Nahtstellen zu verwandeln? Solchen und ähnlichen Fragen war das Symposium des Forums Managed Care gewidmet.

„Die Institutionen des Gesundheitssystems bestehen aus verschiedenen Subsystemen, die wesentlich stärker ausdifferenziert sind als andere Institutionen“, erklärte der Betriebswirtschaftler und Soziologe **Dr. Christof Schmitz** von College-M. Diese Subsysteme (z.B. „ambulant“/„stationär“) haben jedes ihre eigene Geschichte, Kultur und Logik, was die Zusammenarbeit erschwert. Zum besseren Verständnis präsentierte Dr. Schmitz ein von Glouberman und Mintzberg entwickeltes Betrachtungsmodell¹ der Akutversorgung im Spital, das kürzlich auch in der Zeitschrift *Managed Care*² vorgestellt wurde. Es gliedert die Akutversorgung in die Subsysteme Cure (Mediziner), Care (Pflege), Control (Management) und Community (VR, Vorstand).

Analog zeigt sich auf Stufe des Gesundheitswesens folgendes Bild: Acute Care, (Akutspitäler), Community Care (Grundversorger, Heime, Spitex), Public Control (Versicherer, Public Health) und Community Involvement (Staat, Patientenligen). Auch hier unterscheiden sich Ge-

schichte, Denkweisen und Interessenslagen, und es kommt zu unterschiedlichen Koalitionen.

Die Lösungswege führen nach Meinung von Dr. Schmitz weder in eine reine Planwirtschaft noch in eine reine Marktorientierung. Gefragt sei die Integration dieser Subsysteme auf der Ebene eines von den Akteuren selbst gesteuerten Netzwerkes.

Nieten an Nahtstellen

Damit mehr Netzwerke zustande kommen und zusammenhalten, braucht es in den Augen von **Professor Dr. Jürg Beer**, Chefarzt Innere Medizin am Kantonsspital Baden, netzwerkrelevante „Nieten“ an den Schnittstellen. Ein Beispiel dafür sei die enge Zusammenarbeit zwischen der argomed Ärzte AG und dem Kantonsspital Baden. Dabei wird der Hausarzt in die Dokumentations- und Übergabepflicht (präzise Fragestellung, Dringlichkeitsangabe) genommen, während das Spital seinerseits eine konsequente Rückweisungspflicht an den Hausarzt hat. Um die Zusammenarbeit sichtbar zu

machen, erhalten die Patienten bestimmte Unterlagen in Papierform, die sie dem Hausarzt oder dem Spital zu überreichen haben. Fast alle der 300 Hausärzte sind elektronisch mit dem Spital und untereinander vernetzt. Der zuständige Stationsarzt ist stets am Natel erreichbar, die Röntgenbilder mit angehängten Zusatzuntersuchungen sind elektronisch abrufbar. Bei Austritt werden die Angaben über den Patienten künftig auf einer elektronischen Plattform für den Hausarzt einsehbar sein. Dabei sind die Medikamente bei Eintritt und Austritt übersichtlich in nebeneinander liegenden Spalten aufgeführt. Umstellungen werden möglichst vermieden. Eine paritätische Kommission aus Chefärzten und Hausärzten trifft sich drei- bis viermal pro Jahr zu einer „Chropfleerete“.

Zusammenarbeit auch im Notfall

Bis Ende Jahr soll überdies eine Notfall-Hausarztpraxis unmittelbar neben der Notfallstation des Spitals eingerichtet werden, um aus den Selbsteinweisern jene Patienten herauszudestillieren, die vom Grundversorger verarztet werden können. Zurzeit sind 55 % (25 000) der Notfallpatienten Selbsteinweiser, mit einem Peak zwischen 16.00 und 23.00 Uhr. 20 % davon könnten vom Hausarzt behandelt werden.

Die enge notärztliche Vernetzung birgt überdies den Vorteil, voneinander lernen zu können und trainiert die Zusammenarbeit. Auch kann der Grundversorger neue Therapierichtlinien aufnehmen, und es sind Teilzeitpensen möglich, das Modell ist frauenfreundlich. Assistenten am Ende der Ausbildung können Praxisluft schnuppern, und auch klinische Forschung bietet sich an. Die Risiken liegen vor allem bei der Triage, für die es Richtlinien braucht, bei der Heterogenität der Behandlung (jeder Hausarzt hat seine eigenen Gewohnheiten) und bei den Finanzen.

Ärzte-Spitalnetzwerk als weiterer Schritt

Wie gestaltet sich die Vernetzung zwischen stationär und ambulant im Limmattal? Um die Anreize besser zu setzen, Wartezeiten, Mehrfachuntersuchungen und Doppelbefragungen zu vermeiden, sollten laut **Dr. oec. Leo Boos**, Ökonom und Direktor Spital Limmattal, Spitäler in Netzwerke integriert werden, und es brauche institutionenübergreifende Patientenzüge für Chroniker und teure Fälle.

Wie kann ein Ärzte-Spital-Netzwerk entstehen? In der Region Limmattal diskutiert der Hausärzterein seit drei Jahren über eine Betriebsgesellschaft mit Budgetverantwortung – mit guten Chancen für die Realisierung. Das Spital ist an diesem schwierigen Prozess beteiligt und wird sich vermutlich in einer Minderheitsform an dieser Betriebsgesellschaft beteiligen, stellte Dr. Boos in Aussicht. Die Initiative für Ärzte-Spital-Netzwerke jedoch sollte von den Hausärzten ausgehen, betonte er.

Integrierte Prozesssteuerung

Die Suva ist ein Paradebeispiel dafür, wie erfolgreich ein Case Management in enger Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern und Akteuren sein kann (siehe auch Medical Tribune Nr. 19/2006, S. 17). Wie eine Kostenbetrachtung vor sechs Jahren zeigte, beanspruchten 5 % der Schadensfälle 80 % der Kosten (Taggelder, IV-Renten). Bei der Hälfte dieser Patienten sei eine Invalidität nicht abwendbar, erklärte der Suva-Chefarzt **Dr. Christian Ludwig**. Bei vielen aber sei aufgrund



Prof. Dr. Jürg Beer

Foto: Kaiser



Dr. Leo Boos

Foto: Kaiser



Dr. Christian Ludwig

Foto: Archiv



Dr. Christof Schmitz

Foto: Kaiser

der medizinischen Diagnose unklar geblieben, warum sie in der Invalidität gelandet waren, weil nichtmedizinische (oft psychosoziale) Faktoren zu Reintegrationshindernissen geworden waren. Inzwischen werden diese Patienten frühzeitig triagiert und durch 100 Case Manager partnerschaftlich betreut, unter Einbezug der involvierten Instanzen, darunter auch die Arbeitgeber und die Hausärzte. 64 % der betreuten Patienten sind mit diesem Verfahren sehr zufrieden, 22 % zufrieden. Zwischen 2004 und 2005 ging daraufhin die Zahl der IV-Fälle um 20 % zurück, was einer Einsparung von 190 Millionen Franken Versicherungskosten entspricht. Bewährt habe sich vor allem die Dezentralisierung in 19 verschiedene Agenturen, die jeweils einen Konsiliarpsychiater beiziehen können, was angemessene Interventionen garantiert und Zeit spart. Noch ausstehend sind laut Dr. Ludwig interdisziplinäre Betreuungsleitlinien für die Case Manager. CK

¹Glouberman S, Mintzberg H, Health Care Manage Rev 2001; 26: 56–92

²Berchtold P, Managed Care 2006; 4: 9–10

Sorgfältige neutrale Studien müssen her!

Fortsetzung von Seite 2

arbeit mit einem Nicht-BIT-Arzt als neutrale Instanz. Es ist ja die Aufgabe von Promotoren von diagnostischen und Therapeutischen Verfahren, die Effektivität ihrer Methode aufzuzeigen und nicht umgekehrt. „Die vielen geheilten Patienten, bei denen i.d.R. die Schulmedizin versagte, sprechen eine deutlichere Sprache als jede Studie“, führt der Leserbrief weiter. Die Allergologen in Klinik und Praxis, die durchaus nicht „im Glashaus“ sitzen und auch „mit der Realität“ zu tun haben, sehen leider tagtäglich Patienten mit verschiedenen allergischen Manifestationen (Neurodermitis, Ekzeme, chronische Urtikaria, Pollinosis) oder vermeintlichen Aller-

gien (Colon irritabile, Migräne, Hyperreflektorische Rhinopathie), die mittels Bioresonanz erfolglos oder nur mit vorübergehendem Erfolg behandelt wurden.

Wir schliessen hiermit unsere Kommentare zur Bioresonanz ab. Jedem aufmerksamen Leser muss inzwischen klar geworden sein, dass es sich bei der Bioresonanz um eine wissenschaftliche in keiner Weise dokumentierte Methode handelt.

*Biophysikalische Informations-Therapie

Im Namen der Fachkommission der SGAI:

Dr. Brunello Wüthrich

Prof. em. für Allergologie und Dermatologie, Spital Zollikerberg

Prof. Dr. Ulrich Müller

Präsident der SGAI, Zieglerspital Bern

Dr. Dominique Olgiati

FMH Innere Medizin, Allergologie und klinische Immunologie, Präsidentin der Fachkommission der SGAI

Prof. Dr. Werner Pichler

Departement für Rheumatologie und klinische Immunologie, Inselspital Bern

Prof. Dr. Andreas Bircher

Allergologische Poliklinik, Dermatologische Universitätsklinik Basel

Prof. Dr. Conrad Hauser

Unité d'Allergologie, Service d'Immunologie et d'Allergologie et Service de Dermatologie, Genève

PD Dr. Peter Schmid-Grendelmeier

Allergiestation, Dermatologische Universitätsklinik Zürich