

Spitäler im lokalen Gesundheitsnetz

Die teuersten 20 Prozent der Erkrankten verursachten 2003 in der Schweiz rund 70 Prozent der Kosten des Gesundheitswesens.¹ Diese «teuersten» Patientengruppe setzt sich vor allem aus chronisch Erkrankten zusammen. Sie beziehen meist Leistungen verschiedener Ärzte und Institutionen und werden sowohl ambulant als auch stationär behandelt. Dadurch sind Chroniker mit einem der schwächsten Punkte des schweizerischen Gesundheitswesens konfrontiert: der mangelhaften Koordination von ambulanten und stationären Leistungen. Lokale Gesundheitsnetzwerke zwischen Hausärzten und regionalen Spitälern können diese Schnitt- in eine Nahtstelle verwandeln.

Leo Boos, Werner Widmer

Der Weg des kranken Menschen durch das Gesundheitswesen ist nicht koordiniert. Der

Kranke, der zur Linderung seiner Leiden nicht allein den Hausarzt benötigt, hat viele Schnittstellen zu überwinden. Denn die meisten Fachpersonen, denen er begegnet, gehen davon aus, er sei «ihr» Patient. Sie interessieren sich kaum dafür, was andere Fachpersonen gesagt und getan haben, die auch davon ausgehen, er wäre «ihr» Patient.

Koordination wird bestraft

Das Leistungsangebot im Gesundheitswesen wird zunehmend von spezialisierten Fachpersonen erbracht, die immer weniger voneinander wissen. Diese Fachpersonen sind unter den herrschenden Bedingungen nur wenig auf eine Absprache ihrer Leistungen erpicht, sonst hätten sie schon längst eine integrierte Versorgung mit Gesundheitsleistungen verwirklicht. Denn, und das ist allen klar, bei schwer und langwierig Erkrankten führt die Koordination zu qualitativ besseren Leistungen bei tieferen Kosten.

Die finanziellen Anreize der Leistungserbringer entsprechen aber weitgehend dem Konzept von «fee for service»: Bezahlt werden Einzelleistungen und nicht ihre Koordination. Koordination bedeutet zusätzlichen Aufwand ohne zusätzlichen Ertrag. Sie vernichtet damit aus Sicht der einzelnen Leistungserbringer Wert und ist wenn immer möglich zu vermeiden.

Der kranke Mensch ist nicht nur dankbar für die fachlichen Möglichkeiten der spezialisierten Leistungserbringer, er wäre auch froh, wenn die vielfältigen Leistungen aufeinander abgestimmt für ihn erbracht würden. Idealerweise würden die richtigen Leistungen zum richtigen Zeitpunkt



Leo Boos



Werner Widmer

am richtigen Ort und im richtigen Ausmass erbracht. Auf unnötige Leistungen würde dagegen verzichtet.

Integriertes Netzwerk als theoretische Antwort

Die Leistungen im Gesundheitswesen können durch die Leistungsempfänger selber oder durch die Leis-

¹ Laut einer Auswertung des Bundesamtes für Gesundheit

tungserbringer koordiniert werden. Beide Formen der Integration sind heute schon in der Schweiz anzutreffen. Doch ihre Bedeutung ist weder der Problemlage noch dem Optimierungspotenzial angemessen. Die theoretische Überzeugungskraft integrierter Netzwerke widerspiegelt sich nicht in einer grossen Verbreitung praktisch gelebter Modelle.

Eine Integration durch den Leistungsempfänger, den betroffenen Patienten selber, setzt voraus, dass er sehr viel von seiner Krankheit und den Behandlungsmöglichkeiten versteht, was bei chronisch Erkrankten allerdings nicht selten zutrifft. Denkbar wäre auf der Seite der Leistungsempfänger auch eine mittelbare Integration, bei der spezialisierte Firmen Case Management anbieten, ähnlich wie ein Reisebüro für den einzelnen Kunden aus Angeboten unterschiedlicher Dienstleister ein massgeschneidertes Ferienprogramm zusammenstellt. Im vorliegenden Text geht es aber um die Koordination durch die Leistungserbringer: Hausärzte und Spitäler.

Eine Integration auf der Seite der Leistungserbringer setzt integrationsfördernde finanzielle Anreize (Kopfpauschalen) und integrierte Organisationsformen (Netze) voraus. Gegenüber den Krankenversicherungen ist entweder das Hausärzte-Netzwerk oder das Spital der Vertragspartner für die (risikogerechte) Kopfpauschale pro Versicherten. Die Kopfpauschale kann sich auf Patienten mit bestimmten Diagnosen, zum Beispiel chronisch Erkrankte, beziehen oder ein Angebot für alle Patienten darstellen. Damit ergibt sich eine spezifische Matrix (siehe *Kasten*).

Gründe für die Theorie-Praxis-Lücke

Neben der Einzelleistungsvergütung im ambulanten Bereich wirken auch die kurzfristigen finanziellen Interessen der Spitäler im stationären Bereich gegen integrierte Organisationsformen. Stationär werden immer mehr Leistungsanbieter durch Fallpauschalen finanziert. Sie sind daher nicht mehr an einer maximalen Zahl einzelner Leistungen interessiert. Diese Veränderung öffnet bereits

Kasten:

Integrationsfördernde finanzielle Anreize und integrierte Organisationsformen

	Hausärzte-Netzwerk als Vertragspartner gegenüber Versicherungen	Spital als Vertragspartner gegenüber Versicherungen
Kopfpauschalen für bestimmte Diagnosen, z.B. chronische Erkrankungen		
Kopfpauschalen für alle Versicherten, unabhängig von der Diagnose		

Raum für eine vermehrte Abstimmung zwischen niedergelassenen Ärzten und Spitälern zum Beispiel durch abgesprochene Voruntersuchungen und Entlassungen. Dadurch gelingt es im beiderseitigen Interesse, die Verweildauer zu verkürzen.

Doch das Interesse an einer maximalen Zahl stationärer Patienten bleibt auch unter Fallpauschalen bestehen. Das wirkt gegen eine medizinisch mögliche Förderung der ambulanten Behandlung und begründet einen Interessenkonflikt zwischen Hausärzten-Netzwerken und Spitälern. Chronisch kranke Patienten haben keine finanziellen Vorteile aus der Koordination der Leistungen, und sie sind von Ärzten und Spitälern abhängig. Dies mag ein Grund dafür sein, dass sie nicht den notwendigen Druck entwickeln, um gegen die finanziellen Anreize der Leistungserbringer für eine vermehrte Absprache der Behandlungen durch integrierte Netzwerke zu sorgen.

L'intégration - ça existe!

Würde man die oben aufgeführten finanziellen Anreize zum Nennwert nehmen, könnten die existierenden schweizerischen Netzwerke allein durch ideelle Motive erklärt werden. Tatsächlich wirken solche Motive. Zusätzlich aber wollen die beteiligten Ärzte nicht länger immer neuen Regelungen ausgesetzt sein, sondern selbst gestalten und durch Netzwerke ihre Verhandlungsposition gegenüber den Versicherern stärken. Zum Laufen kamen solche Netzwerke bisher aber nur, wenn die beteiligten Ärzte – selbstbestimmt – im Rahmen von Kopfpauschalen die

Verantwortung für das finanzielle Ergebnis übernehmen. Mit diesem Schritt wurden Netzwerke zu verbindlichen Formen, und aus Einzelkämpfern entstand ein gemeinsames regionales oder lokales Team.

Mit der finanziellen Verantwortung geraten auch die übrigen Leistungserbringer – allen voran die Spitäler – ins Blickfeld der Ärzte-Netzwerke. Da stationäre Behandlungen teuer sind, bevorzugen ergebnisverantwortliche Netze für ihre Patienten Leistungen von kostengünstigen, qualitativ guten stationären Institutionen. Solche finden sie in den öffentlichen Regionalspitälern, die typischerweise deutlich tiefere Preise bei gleichen Leistungen verlangen als Zentrums- oder Privatspitäler. Langfristig am wirtschaftlichen Erfolg orientierte öffentliche Spitäler werden sich trotz oberflächlich widersprechenden finanziellen Interessen direkt mit Ärzte-Netzwerken zu verbinden suchen. Im Idealfall sinkt die Zahl der stationären Patienten der gesamten Region durch Netzwerke. Doch wenn sich lokale Ärzte-Netzwerke und das regionale öffentliche Spital finden, kann die Zahl der stationären Patienten im Regionalspital trotzdem steigen, da dank der verbesserten Absprache statt heute nur 40 Prozent in Zukunft 60 Prozent aller Patienten das Regionalspital wählen werden.

Wertschöpfung durch Koordination

Die Erfahrung zeigt, dass erfolgreiche lokale Gesundheitsnetzwerke das Resultat im Wesentlichen durch Ärzte bestimmter Veränderungsprozesse sind.

Sie können weder von oben verordnet noch von aussen erzwungen werden.

Es lassen sich folgende Bedingungen für einen guten Start formulieren:

- Eine Gruppe von Hausärzten muss Träger der neuen Organisation sein, weil nur mit ihnen die Leistungen besser zu koordinieren sind. Ohne oder gar gegen die Hausärzte können die Leistungen zwischen dem ambulanten und stationären Bereich nicht abgestimmt werden.

- Das regionale Spital und Spitalärzte sollen unterstützend mitwirken. Dazu wäre auch eine finanzielle Minderheitsbeteiligung des Spitals an der Netzwerk-Betriebsgesellschaft wünschenswert.

- Im Zentrum der gemeinsamen Unternehmung muss die verbesserte Abstimmung der Patientenprozesse stehen. Spital und Hausärzte sollen mittels Qualitätszirkeln gemeinsame, Institutionen übergreifende Behandlungsrichtlinien und Regeln der Koordination definieren.

- Kopfpauschalen für den ambulanten und stationären Bereich können in einem zweiten Schritt die Qualitätsorientierung absichern.

- Die Versicherten sollen finanzielle Vorteile durch integrierte Angebote, aber – noch wichtiger – immer auch die Wahl unter verschiedenen Modellen haben. Denn integrierte Versorgungsnetzwerke müssen aus Sicht der Versicherten und Patienten in erster Linie durch bessere Qualität im Vergleich zum Status quo überzeugen, sonst haben sie keine Existenzberechtigung.

In der Schweiz ist uns kein integriertes Netzwerk bekannt, bei dem ein Spital der Vertragspartner der Versicherungen für die Kopfpauschale ist. Theoretisch könnten die Initiative zur Bildung und die Führung eines Netzwerkes aber auch vom Regionalspital ausgehen, insbesondere dort, wo die Hausärzte selber nichts in dieser Hinsicht unternehmen und das Spital über eine entsprechende Verankerung verfügt.

Beim Start eines integrierten Netzwerkes ist es sinnvoll, den Schwerpunkt der Koordinationsbemühungen auf chronisch Kranke und auf

sehr aufwändige nichtchronische Krankheiten zu legen. Dies, weil koordinative Tätigkeiten sehr im Interesse der chronisch Kranken sind, unter der herkömmlichen Einzelleistungsvergütung den Leistungserbringern aber auf das wirtschaftliche Ergebnis drücken. Je grösser das Koordinationspotenzial, desto mehr verwandeln Netzwerke Koordination in eine auch finanziell wertschöpfende Aktivität für die mitwirkenden Leistungserbringer. Ihr ganzes Potenzial an qualitativer und finanzieller Wertschöpfung entfalten die Netzwerke dann, wenn mittels gemeinsamer Behandlungsschemata die Leistungen zwischen Hausärzten und Spitälern koordiniert werden und die Versicherungen das Netzwerk durch (risikogerechte) Kopfpauschale finanzieren: Was gegenüber dem Status quo an unnötigen Leistungen und an unproduktivem Aufwand sowie Reibungsverlust zwi-

schen den verschiedenen Leistungsanbietern vermieden wird, erhöht die Lebensqualität der Patienten und bleibt als finanzieller Gewinn des Netzwerkes übrig. ■

Autoren:

Dr. oec. Leo Boos

Direktor des Spitals Limmattal

Spital Limmattal

Urdorferstrasse 100

8952 Schlieren

E-Mail:

leo.boose@spital-limmattal.ch

Dr. rer. pol. Werner Widmer

Direktor der Stiftung

Diakoniewerk Neumünster –
Schweizerische Pflegerinnenschule

Zollikerberg und Zürich

Trichtenhauserstrasse 24

8125 Zollikerberg

E-Mail:

w.widmer@diakoniewerk-

neumuenster.ch