



## 11. Arbeitstagung Nationale Gesundheitspolitik – Workshop 5:

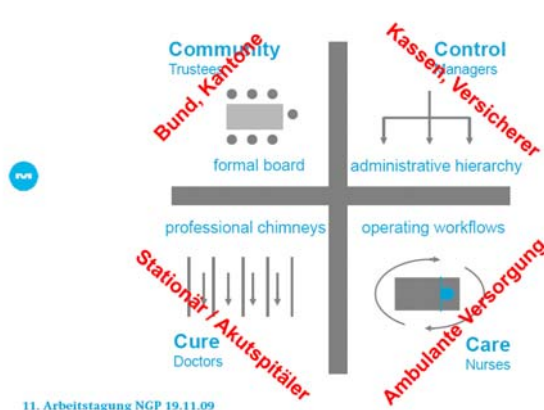
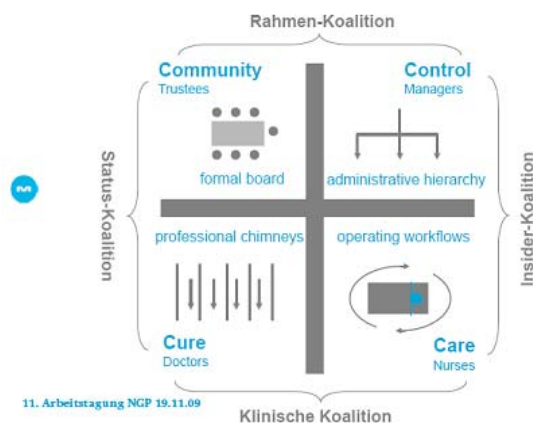
### Auswirkungen von Innovationen auf die Schnittstelle ambulant - stationär

**Referat 1:** PD Dr. Peter Berchtold (college-M): *Innovative Integrationskonzepte an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer Versorgung.*

Fragmentierung ist in den meisten Systemen der Normalzustand; Integration dagegen ein Ausnahmefall. Dies gilt in besonderem Masse für das Gesundheitssystem, wo die extreme Spezialisierung dazu führt, dass nur noch die Ärztinnen und Ärzte selber ihre Tätigkeit verstehen. Schon alt ist deshalb die Forderung nach möglichst viel beruflicher Autonomie.

Stellt man ein Spital als 2x2-Matrix dar, lassen sich vier Stakeholdergruppen identifizieren: Erstens die Ärztinnen und Ärzte („Cure“), für die der einzelne Patient und sein Krankheitsbild im Zentrum stehen. Zweitens die Pflegenden („Care“), welche sich an Prozessen orientieren und die Gesamtheit der Behandlung im Blick haben. Drittens das Management („Control“) und viertens der Spitalverwaltungsrat oder je nach rechtlicher Organisation der Regierungsrat („Community“), welcher die strategische Ebene des Spitalsystems repräsentiert. In diesem Viereck bilden sich nun verschiedene themenabhängige Koalitionen, z.B. die „klinische Koalition“ zwischen ÄrztInnen und Pflegenden oder die unter Umständen problematische „Status-Koalition“ zwischen ÄrztInnen und der Führungsebene.

Wendet man das Modell auf das gesamte Gesundheitswesen an wird schnell deutlich, dass der Interessengraben zwischen ambulanter („Care“) und stationärer („Cure“) Versorgung nicht zufällig, sondern konzeptuell im System verankert ist. Denn während bei der ambulanten Versorgung der Anspruch besteht, den Patienten über den Spitalaufenthalt hinaus zu begleiten, mangelt es in der stationären Versorgung an einer umfassenden Prozessorientierung. Die Folge sind divergierende Grundsätze, ohne deren Berücksichtigung Integration nicht gelingen kann





Nebst diesen divergierenden Grundsätzen ist bei der Integration von Prozessen zu beachten, dass nur ein sehr kleiner Teil der Patientinnen und Patienten die Schwelle zur stationären Behandlung überschreitet bzw. solche übergreifenden Prozesse überhaupt beansprucht. Steuerungsbemühungen müssen deshalb in Zukunft viel stärker differenziert und auf diese PatientInnengruppe ausgerichtet werden. Dies gilt besonders im Bereich des Disease Management oder bei multimorbiden Krankheitsbildern.

In einem voll integrierten System kommt den HausärztInnen eine entscheidende Bedeutung zu. Sie müssen nämlich nicht nur eine, sondern viele verschiedene Schnittstellen integrieren.

**Fazit:** Es braucht eine Neugestaltung der Leistungserbringung, welche statt auf „one-fits-all“-Lösungen auf differenzierte Ansätze setzt; damit Integration vor allem dort gefördert wird, wo sie die grösste Wirkung erzielt, nämlich bei den chronisch Kranken. Dazu braucht es gesetzliche Rahmenbedingungen, die Differenzierung zulassen und – v.a. bei den Hochkostenfällen – auch neue Finanzierungsmodelle.

### **Diskussion zu Referat 1:**

Im Zentrum steht die Frage, was unter „Differenzierung“ genau zu verstehen sei. Man ist sich einig, dass unterschiedliche Patientenkollektive auch unterschiedliche Steuerungsmethoden verlangen. Es stellt sich ausserdem die Frage, ob vermehrt über Vergütungssysteme gesteuert werden soll und die Leistungserbringer – also die Ärztinnen und Ärzte – in die Budgetverantwortung miteinbezogen werden sollen. Gemäss Berchtold „zementiert das gegenwärtige System den Graben zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.“ Mit der Einführung von DRG könnte sich dieser sogar noch vertiefen. Gefragt wären hingegen Formen der Abgeltung, welche Anreize für eine integrierte Versorgung setzen.

Eine grosse Chance besteht gemäss den beiden Referenten im Föderalismus, der als „Experimentierfeld für Innovationen“ wirkt und es erlaubt, neue Modelle zuerst in einer Region zu pilotieren und erst dann auf das Gesamtsystem zu übertragen. Nicht alle WorkshopteilnehmerInnen teilen diese Einschätzung; verschiedentlich wird argumentiert, der Föderalismus sei angesichts der drängenden Probleme zu langsam und schwerfällig. Ein Hauptproblem besteht gemäss Dr. Berchtold auch in der Kommunikation zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern; diese sei „katastrophal schlecht.“

Wie lässt sich Integration konkret umsetzen? Von zentraler Bedeutung sind gemäss Dr. Berchtold konkrete Ziele und Kollaborationsinstrumente, wie sie z.B. eHealth mit dem elektronischen Patientendossier bieten könnte.

Seitens der Kantone wird zuletzt die Frage aufgeworfen, weshalb es zur integrierten Versorgung nicht mehr internationale guidelines gibt. Die Antwort ist einfach: treten bei einem/r Patienten/in mehr als drei chronische Krankheiten gleichzeitig auf, ist die Wahrscheinlichkeit gross, dass sich bereits mindestens zwei der von den einzelnen Fachgesellschaften ausgearbeiteten Richtlinien widersprechen.



**Referat 2: Dr. med. Andy Fischer (Medgate): die Rolle der Telemedizin zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.**

Definition: Telemedizin ist eine Methode, bei der zwischen Patient/-in und Arzt/Ärztin eine räumliche Distanz besteht > Diagnostik und Therapie erfolgen über Telefon, Internet etc.

Eine Telefonkonsultation läuft typischerweise wie folgt ab: Eine telemedizinische Assistentin nimmt den Anruf des/r Patient/e/in entgegen und entscheidet unter Zuhilfenahme eines Wissensmanagementsystems, ob telemedizinische Versorgung grundsätzlich möglich ist oder nicht (Triage). Bei rund 20% der Anrufe fällt der Entscheid negativ aus; diese PatientInnen werden an ambulante Leistungserbringer (primär Allgemeinmediziner und Pädiater) weitergeleitet. Die restlichen 80% kommen in den Bereich der Telediagnostik, wo ein/eine Arzt/Ärztin die eigentliche Diagnose stellt und schliesslich ein Rezept ausstellt, das dem/der Patient/-in per Post oder Kurier zugestellt wird. Rund 60% aller Konsultationen können so abschliessend telemedizinisch behandelt werden.

Die Kernfunktion der Telemedizin ist also nicht die Triage, sondern die Versorgungsleistung bzw. die Substitution einer anderen Form der medizinischen Versorgung. In den meisten Fällen ersetzt die Telemedizin heute ambulante Versorgungsstrukturen, das sogenannte Telebiomonitoring und Chronic Care Management kommt nur in einem Bruchteil der Fälle zur Anwendung, jedoch mit steigender Tendenz. Auffällig ist, dass Telemedizin vor allem in städtischen Gebieten und während den Bürozeiten in Anspruch genommen wird, in den meisten Fällen geht es dabei um Hals-, Bauch-, Rücken- und Fieberbeschwerden.

**Diskussion zu Referat 2:**

Stichwort „Digital Divide“: Weil die Telemedizin vor allem von jungen StädterInnen mit überdurchschnittlicher Bildung und hohem Einkommen genutzt wird ist davon auszugehen, dass die Methode eine Risikoselektion bzw. Diskriminierung gewisser Bevölkerungsgruppen zur Folge hat. Wer Telemedizin nutzt, lebt gesünder als der Durchschnitt und ist deshalb für die Versicherer attraktiv. Chronische Krankheiten werden von der Telemedizin hingegen noch kaum abgedeckt; die Krankenkassen wollen RisikopatientInnen abschrecken und bieten deshalb keine attraktiven Modelle für chronisch Kranke an. Die „komplett ungenügende Risikostruktur“ wird denn auch von verschiedener Seite kritisiert und als eine der „destruktivsten Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen“ bezeichnet. Man ist sich darüber einig, dass das Problem bei der Telemedizin nicht die Methode, sondern das Patientenkollektiv ist und dass sich generell Risikoselektion weniger lohnen sollte. Erreicht werden könnte dies z.B. über alternative Vergütungsmodelle (Fondslösung).

Kurz ist die Antwort auf die Frage, wieviel Geld denn nun eigentlich mit der Telemedizin eingespart wird/werden könnte. Sie lautet: „wir wissen es nicht.“



Gut dokumentiert ist hingegen die „Mengenausweitung“, also telemedizinische Leistungen, die nicht andere ersetzen, sondern nur deswegen in Anspruch genommen werden, weil überhaupt ein zusätzliches Angebot besteht (Ausbau statt Substitution). Diese betragen gemäss Dr. Fischer lediglich 5-8%, was den Vorgaben des Bundes entspricht.

Ein ernstzunehmendes Problem der Telemedizin sind hingegen kulturelle Differenzen zwischen den Versorgungsbedürftigen, was sich in einem je nach Kultur unterschiedlichen Verständnis von Gesundheit und Krankheit äussert. Hier braucht es gemäss Fischer standardisierte Systeme, welche gleichzeitig sehr individuell auf die Probleme der PatientInnen anwendbar sind.