

Volker Amelung, Peter Berchtold

# Neue Schlüsselqualifikationen und Berufsfelder in Managed Care

**In integrierten Versorgungssystemen stehen nicht nur die (ärztlichen) Einzelleistungen im Vordergrund, sondern das Zusammenspiel vieler: Die Bereitschaft zur Kooperation, Kommunikations- und Koordinationsfähigkeit sind dabei die Basis des Erfolgs, EinzelkämpferInnen müssen zugleich TeamplayerInnen werden.**

Höhere Vernetzung und Integration in unseren pluralistisch aufgebauten Gesundheitswesen sind herausforderungsreich und im Rahmen der gängigen Funktions- und Rollenverständnisse der Akteure nur beschränkt möglich. Am Beispiel eines hochintegrierten Versorgungsmodells aus den USA [1] soll aufgezeigt werden, was mit verstärkter Integration gemeint ist und welche neuen Qualifikationen für die bestehenden Berufsgruppen und welche neuen Berufsfelder dazu erforderlich sind.

## Montefiore Inc. – ein Beispiel weitentwickelter integrierter Versorgung

Montefiore ist eines der ältesten integrierten Versorgungssysteme in den USA. Gegründet wurde Montefiore 1884 als «Home for Chronic Invalids» mit einer damaligen durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von mehr als 350 Tagen. Bereits in der ersten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts wurden verschiedene Elemente eines integrierten Versorgungssystems aufgenommen (1920 «out-patient clinics» und 1947 «Home Health Care»). Ende der 80er Jahre wurde mit dem Aufbau des «Primary Care Network» begonnen.

Das Beispiel aus den USA zeigt, was die grundsätzlichen Herausforderungen der zukünftigen Berufsleute im Gesundheitswesen sein werden

Heute bietet das Versorgungssystem Montefiore nahezu das komplette Portfolio an Gesundheitsleistungen an und ist deshalb ein hervorragendes Beispiel zur Verdeutlichung der Anforderungen an die Qualifikation der Berufspersonen (Abb. 1). Die Versorgung beginnt ausgesprochen basisnah in den Schulen der Bronx – Montefiore verfügt

auch über mobile Einrichtungen – und baut stark auf primärärztlichen Zentren auf. Diese sind mit größten Medizinischen Versorgungszentren vergleichbar. Die fachärztliche Versorgung erfolgt sowohl in diesen Zentren als auch in Portalkliniken und Ambulanzen. Besonders hervorzuheben ist die Verknüpfung zwischen Akut- und Rehabilitationsversorgung: Beispielsweise steht ein Pflegeheim direkt auf dem Campus und ermöglicht eine Optimierung dieser sowohl aus Qualitäts- wie aus Kostenaspekten kritischen Schnittstelle. Ergänzt werden diese Angebote durch einen ausgedehnten ambulanten Versorgungsdienst sowie ein Callcenter. Montefiore ist jedoch nicht nur ein klassischer Leistungsanbieter, sondern übernimmt für etwa 150 000 Einwohner der Bronx die gesamte Gesundheitsversorgung und das komplette (Finanz-)Risiko, indem Montefiore für diese Versicherten, die aus dem bundesstaatlichen Medicaid-Programm kommen, eine jährlich ausgehandelte Kopfpauschale erhält.

In einem derartigen integrierten Versorgungssystem lassen sich natürlich Prozessoptimierungen wie beispielsweise Disease-Management-Programme sinnvoll umsetzen. Der Fokus von Disease-Management-Programmen liegt bei Montefiore auf der Versorgung chronisch Kranker. Entsprechend wurden Programme für Koronare Herzkrankheit, Diabetes, Asthma, Depression, Bluthochdruck und Nierenversagen, d.h. die häufigen und als Volkskrankheiten bezeichneten Indikationen, entwickelt und umgesetzt. Die Konzepte zeichnen sich einerseits durch eine starke primärärztliche Fokussierung und interdisziplinäre Konzeption und andererseits durch die erhebliche telemedizinische Unterstützung aus. Neben diesen indikationsorientierten Ansätzen hat Montefiore 2007 damit begonnen, zielgruppenspezifische Programme zu entwickeln. So wird in einem Programm



Volker Amelung



Peter Berchtold

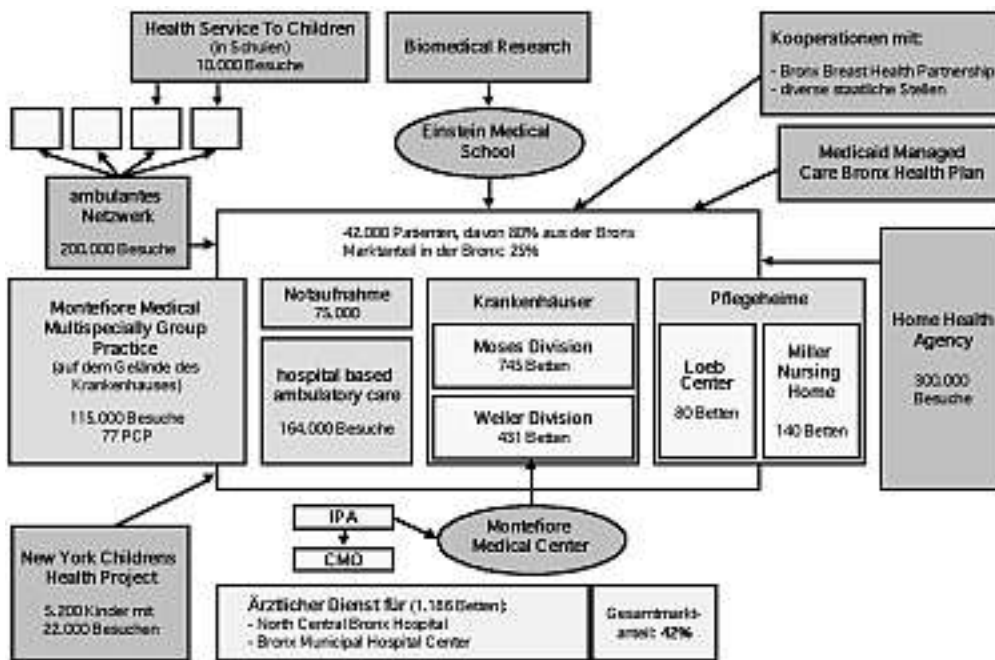


Abb. 1  
Organisationsstruktur  
von Montefiore.

gezielt auf die Herausforderungen der Versorgung Hochbetagter eingegangen, wo beispielsweise der Sturzprophylaxe im häuslichen Umfeld eine grosse Bedeutung zukommt.

Bei der Beurteilung von Montefiore muss berücksichtigt werden, dass dieses Versorgungssystem in der Bronx wohl eines der anspruchsvollsten und schwierigsten sozialen Umfeld der USA umfasst. Die Bronx gehört mit 1,7 Millionen Einwohnern zu den zehn grössten amerikanischen Städten. Mit einem Anteil von 30% der Bevölkerung an Medicaid-Berechtigten und mit einem Drittel der Bevölkerung mit einem Einkommen von weniger als 10 000 US-\$, 75% «Non-Whites» und mit einer Kindersterblichkeit von 13,3% stellt diese Region ohne Frage eines der benachteiligten sozialen Umfeld dar.

Um so mehr beeindruckt die Leistungen von Montefiore. Montefiore zeigt, dass integrierte Versorgungskonzepte, die weite Teile der Wertschöpfungskette beinhalten, auch – oder vielleicht insbesondere – in einem sol-

chen Umfeld umsetzbar sind. Abbildung 2 stellt nochmals in anderer Form dar, wie vollständig die Wertschöpfungskette abgebildet ist.

Trotz der deutlich schwieriger zu versorgenden Bevölkerungsstruktur – die Asthmaprävalenz liegt in der Bronx beispielsweise bei 42% – erzielt Montefiore in allen Qualitätsindikatoren des Staates New York bessere Ergebnisse als der Durchschnitt der entsprechenden Leistungserbringer. Die hohe Versorgungsqualität konnte nur erreicht werden, weil Montefiore unter anderem konsequent in die Verbesserung der Versorgungsqualität investiert hat. Zwischen 1995 und 2005 wurden insgesamt 950 Millionen US-\$ in das Versorgungssystem investiert, alleine 150 Mio. US-\$ in die Informationstechnologie. Als wesentliche Erfolgsfaktoren gelten:

1. konsequente Orientierung an der Wertschöpfungskette mit dem Fokus auf wohnortnaher und primärärztlicher Versorgung entlang von selbstentwickelten Disease-Management-Programmen;

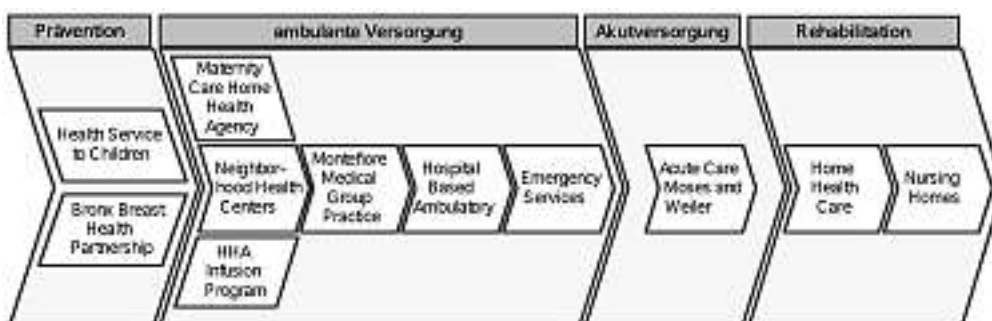


Abb. 2  
Wertschöpfungskette  
von Montefiore.

2. Aufbau einer einheitlichen Unternehmenskultur, die gleichzeitig den unterschiedlichen professionellen Verständnissen und Kulturen Rechnung trägt;
3. Einsatz einer einheitlichen Informationstechnologie und einer internen Patientenakte und
4. adäquater Anreiz und Kontrollsysteme.

Und genau dies sind die grundsätzlichen Herausforderungen, mit denen sich zukünftige Berufsleute im Gesundheitswesen konfrontiert sehen werden. In der Qualifizierung dieser Berufsleute geht es also darum, erstens das Verständnis der einzelnen Akteure und professionellen Gruppen und einen wirkungsvollen Umgang in viel größerem Umfang als heute zu stärken und zweitens Kompetenzen zu vermitteln, die helfen, die Systemunterschiede im Gesundheitswesen zu verstehen und in ihnen – das heisst unter Netzwerkbedingungen und nicht nur in hierarchischen Kontexten – erfolgreich wirken zu können [2].

### Zukünftige Schlüsselqualifikationen

Für derartige neue Vernetzungsleistungen bedarf es erheblicher Bildungsinvestitionen. Dies gilt sowohl für die bestehenden Berufsgruppen in Gesundheitsinstitutionen als auch für neue Qualifikationen beziehungsweise Berufsfelder. Für die bestehenden Berufsgruppen stehen folgende neue Schlüsselqualifikationen im Vordergrund:

- Denken und Handeln in Gesamtsystemzusammenhängen:
- Strategisches Denken;
- Team-, Kooperations- und Kommunikationsfähigkeit (u.a. über die eigenen Professionsgrenzen hinweg) und
- Koordinationsfähigkeit.

ÄrztInnen sind in der Regel geschult und sozialisiert, primär in der unmittelbaren Arzt-Patienten-Interaktion zu handeln. Daran soll sich auch nichts ändern, denn eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Interaktion wird auch zukünftig einen Kern der medizinischen Versorgung darstellen. In einem integrierten Versorgungssystem stehen aber nicht nur die (ärztlichen) Einzelleistungen im Vordergrund, sondern das Zusammenspiel vieler, das zudem auf ein kooperativ determiniertes (Behandlungs- und Betreuungs-)Ziel ausgerichtet ist. Nicht «was kann ich leisten», sondern «was können wir leisten» wird im Fokus sein. Dies ist eine grosse Herausforderung für «KünstlerInnen», die nun gleichzeitig Teamplayer sein müssen, und zwar in Teams mit verschiedenen Professionen. Teamplayer und kooperationsfähig zu sein heisst in diesem Kontext jedoch nicht, sich die je anderen professionellen Verständnisse anzueignen, dazu sind diese zu verschieden: ÄrztInnen diagnostizieren und therapieren, während Pflegefachpersonen Patienten im Umgang mit ihrer Krankheit und Behandlung begleiten und unter-

stützen. Kooperationsfähigkeit von ÄrztInnen, Pflegefachpersonen und anderen Gesundheitsberufen meint hier, die Komplementarität der verschiedenen bzw. anderen professionellen Selbstverständnisse zu erkennen und dadurch zu gemeinsam geteilten Vorstellungen – in grundsätzlichen Belangen wie in unmittelbaren Behandlungskontexten – zu gelangen.

Diese für vernetzte Organisationsformen erfolgsentscheidenden Qualifikationen werden weder in der medizinischen noch in den pflegerischen oder anderen Ausbildungsgängen ausreichend berücksichtigt. So auch zwei weitere wesentliche Schlüsselqualifikationen, die Kommunikations- und die Koordinationsfähigkeit.

Gerade das Zuteilen von Aufgaben und Verantwortungen jenseits von traditionell-hierarchischen Rollenverständnissen stellt einen wesentlichen Erfolgsfaktor in einem kooperativen Zusammenspiel der unterschiedlichen Akteure dar. Alle diese zusätzlichen Qualifikationen sind zwingend in die Lernziele der Aus- und Weiterbildungsgänge aller Berufe zu integrieren. Dies kann unter anderem gelingen durch eine verstärkte Verzahnung der Bildungsgänge, durch interdisziplinäre Projektarbeiten sowie durch didaktische Methoden, die kooperative Haltungen fördern und das Erkennen der Komplementarität unterschiedlicher Berufsverständnisse unterstützen.

Neben der zusätzlichen Qualifizierung der bestehenden Akteure werden sich für eine zukünftige Gesundheitsversorgung auch neue Berufsfelder entwickeln. Es sind dies beispielsweise:

- neue Formen der Grundversorgung und der Langzeitbetreuung (durch nichtärztliche Berufspersonen);
- Produkt- und ProjektmanagerInnen, Business Development ManagerInnen;
- Case ManagerInnen und andere Unterstützungsfunktionen zur Prozessoptimierung;
- Public-Health-ExpertInnen und VersorgungsforscherInnen.

### Die zusätzlichen Qualifikationen sind zwingend in die Lernziele der Aus- und Weiterbildungsgänge aller Berufe zu integrieren

Die traditionellen Formen der hausärztlichen Grundversorgung wandeln sich, nicht (nur) wegen Attraktivitäts- und Nachwuchsmangels in der hausärztlichen Versorgung, sondern im Rahmen der steigenden Nachfrage nach längerfristiger ambulanter Betreuung chronisch kranker oder älterer Menschen und der sich verändernden Bedürfnisse, Erwartungen und Präferenzen dieser Menschen und ihrer Angehörigen. Dafür werden – wie schon heute zu beobachten ist – neue Einrichtungen (z.B.

interprofessionell besetzte Ambulatorien und Permanence-Praxen), neue Vernetzungen (z.B. städtische Gesundheitsnetze) und neue Berufsfelder (beispielsweise für auf Hochschulstufe qualifizierte Pflegefachpersonen) entstehen [3, 4].

### Die Nachfrage nach längerfristiger Betreuung und Begleitung chronisch kranker und älterer Menschen wird weiter steigen

Integrierte Versorgungssysteme erfordern ein hohes Mass an Projekt- und Produktentwicklung. Dies kann nicht einfach «nebenbei» erfolgen, sondern erfordert auch, dass Projekte von entsprechend qualifizierten Personen unterstützt, die angedachten Ideen zu umsetzbaren Konzepten weiterentwickelt, diese Projekte wirksam gesteuert und eine finanzielle Verantwortung erfolgreich gemeistert werden.

Im Kern aller Integrationsbestrebungen steht die Zielsetzung, Qualität und Effizienz der ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Massnahmen innerhalb stationärer Einrichtungen und über ganze Krankheitsverläufe im Rahmen verbindlich gesteuerter Prozesse zu optimieren. Das Know-how und die Kenntnisse der verschiedenen Prozesssteuerungsinstrumente und -konzepte müssen nicht nur im Hinblick auf die Einführung von DRGs breiter gestreut und laufend ergänzt werden, sondern weil die Prozesssteuerung in Zukunft durch zwei Entwicklungen noch stärker an Bedeutung gewinnen wird:

- durch den Ausbau der Verfügbarkeit relevanter Informationen zugunsten der Leistungserbringenden und der Patienten (elektronisches Patientendossier): Leistungserbringende werden unabhängig von Ort und Zeit Zugriff auf behandlungsrelevante Informationen ihrer Patienten haben. Diese können online auf ihr Dossier zugreifen und/oder den Leistungserbringenden ihrer Wahl den Zugang gewähren;
- Ausrichtung der Steuerung und Gestaltung der Behandlungsprozesse auf die Gesamtqualität aller Behandlungen bzw. das Outcome: Als wesentliche Qualitätsdimension für Patienten wie auch für Finanzierende

und die Gesellschaft wird zukünftig stärker das Gesamtergebnis eines Behandlungsprozesses und weniger die Qualität der Einzelmassnahmen angesehen werden. Integrierte Versorgungssysteme und -institutionen sind viel stärker als traditionelle Versorgungsformen von neuen Qualifikationen ihrer Mitarbeitenden abhängig: Dazu müssen sie erstens bestehende Mitarbeitende konsequent qualifizieren und zweitens gezielt neue Berufsfelder bzw. Qualifikationen einbinden. Von den Aus- und Weiterbildungsinstitutionen im Gesundheitswesen ist zu fordern, dass sie sich viel stärker als heute mit genannten Anforderungen auseinandersetzen und die neuen Qualifikationen in ihre Lernziele aufnehmen. Für sämtliche Bildungsgänge gilt ein stärkerer Fokus auf Denken und Handeln in Gesamtsystemzusammenhängen sowie Team-, Kooperations- und Kommunikationsfähigkeit über die eigenen Professionsgrenzen hinweg.

#### Literatur

- 1 Amelung V: *Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement*. Wiesbaden: Gabler 2007.
- 2 Schmitz C: *Qualifiziert für Innovation und Vernetzung? – Bildung für Managed Care*. *Care Management* 2008; 2.
- 3 Meyer PC: *Der Nutzen der Akademisierung von Gesundheitsberufen. Die neuen Studiengänge sollen helfen, Veränderungen im Gesundheitswesen zu bewältigen*. *Neue Zürcher Zeitung* 19.3.2007.
- 4 De Geest S, Schwendimann R, Spichiger E, Cignacco E: *Akademisch ausgebildete Pflegefachleute in der Hausarztmedizin*. *Neue Zürcher Zeitung* 29.2.2008.

Prof. Dr. oec. Volker Amelung  
Medizinische Hochschule Hannover  
und Bundesverband Managed Care e.V.  
Friedrichstrasse 136  
D-10117 Berlin

PD Dr. med. Peter Berchtold  
Forum Managed Care und College-M  
Freiburgstrasse 41  
CH-3010 Bern