

Andreas Meer

# Where the tire meets the road

Soziotechnologische Voraussetzungen integrierter Betreuungsprogramme für chronisch Kranke

**In den Industrienationen nimmt die Zahl der Patienten mit Langzeiterkrankungen stetig zu und damit auch deren Behandlungskosten. Diese lassen sich jedoch dank spezifischen Betreuungsprogrammen effizient senken. Es ist deshalb an der Zeit, dass solche Modelle auch in der Schweiz akzeptiert und umgesetzt werden.**



Andreas Meer

In der Schweiz leben circa 7,7 Millionen Menschen. Ein erheblicher Teil der Bevölkerung hat eine oder mehrere kardiovaskuläre oder pulmonale Langzeiterkrankungen. Viele Menschen sind übergewichtig und bewegen sich zu wenig. Aufgrund der demographischen Entwicklung, den unvorteilhaften Ernährungs-, Genuss- und Bewegungsgewohnheiten sowie ungenügender Präventionsmassnahmen steigen die Prävalenz der Langzeiterkrankungen und die Gesundheitskosten in den Industrienationen stetig an. Aufgrund inter-

nationaler Erfahrungen mit intensivierten Betreuungsprogrammen für chronisch Kranke ist heute unbestritten, dass deren Behandlung und Betreuung sowie die entsprechenden Kostenfolgen optimiert werden können. Das Chronic-Care-Modell von Wagner und Bodenheimer ist ein Ansatz, welcher aufzeigt, wie chronisch Kranke im hausärztlichen Rahmen umfassender betreut werden können.

Unter den Bezeichnungen Disease Management, Integrierte Versorgung oder Chronic Care Management wird seit einigen Jahren auch hierzulande versucht intensivierete Betreuungsprogramme für Menschen mit Langzeiterkrankungen einzuführen. Breit akzeptierte und wirtschaftlich betriebene Programme fehlen in der Schweiz jedoch bis anhin. Die Gesundheitsfachpersonen der traditionellen Versorgungsinstitutionen (Spitexorganisationen, Praxen, Spitäler) beginnen erst allmählich ihre zentrale Rolle in diesem Bereich zu entdecken. Neuere Versorgungsinstitutionen (Ärztetzwerke, Medizinische Call Center, Telemedizinische Anbieter), welche in den letzten Jahren im Disease Management Bereich eine Vorreiterrolle gespielt haben, lernen hingegen, dass ihre diesbezüglichen Dienstleistungen auf die Dauer nur als Teil der etablierten Versorgungsstrukturen Bestand haben können.

Zur integrierten Betreuung von Menschen mit Langzeiterkrankungen müssen die gegenseitigen Anforderungen

und Erwartungen der verschiedenen Beteiligten sowohl organisatorisch als auch in Bezug auf den Einsatz von Technologien definiert, kommuniziert und aufeinander abgestimmt sein. Der vorliegende Artikel möchte diesem Anspruch etwas Bodenhaftung geben: «Where the tire meets the road».

## Integration als soziotechnologische Aufgabe

Integration meint Eingliederung in ein Ganzes. Integration setzt Akzeptanz, Beziehung, und Verbindlichkeit voraus. Integrierte Patientenversorgung beginnt deshalb vorab auf einer organisatorischen Ebene. Integrierte Gesundheitsversorgung setzt zudem die Koordination von Menschen, Informationen und Abläufen voraus. Ab einer kritischen Menge an Daten und Prozessen können diese nicht mehr mit Papier allein bearbeitet werden, weshalb die Informationstechnologie bedeutsam wird. Institutionsübergreifende Betreuungsprogramme für chronisch kranke Menschen bedürfen deshalb einer soziotechnologischen Integration, ansonsten können sie nicht wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich betrieben werden.

## Organisatorische Aspekte

Aus organisatorischer Sicht stellt sich vorweg die Frage ob die verschiedenen Beteiligten, welche ein integriertes Betreuungsprogramm aufbauen und anbieten wollen, überhaupt in der Lage sind, als System zu funktionieren und eine kollaborative Kultur zu entwickeln. Wenn eine Ärzteorganisation aus verschiedenen individuellen und weitgehend autonomen Einzelunternehmen besteht, wie schwierig wird es sein, systemübergreifende Strukturen und Prozesse einzuführen? Werden sich grundversorgende Ärzte, deren Arbeitswelt selten durch Klarheit, sondern vielmehr durch Widersprüche und Unsicherheiten geprägt ist, intrinsisch motivieren lassen, sich an vorgegebene Protokolle im Rahmen eines integrierten Betreuungsprogrammes zu halten? Integration erfordert Akzeptanz und Verbindlichkeit. Die Rechtsform, der Aufbau und die Beteiligungsverhältnisse der Organisation, aus welcher heraus integrierte Betreuungsprogramme entwickelt werden, sind deshalb bedeutsam. Eine Interessensgemeinschaft genügt hier nicht. Finanzielle Mitverantwortung in guten und schlechten Zeiten ist eine Möglichkeit Verbindlichkeit, Motivation und Identifikation zu erreichen. Gesellschafts-

formen, welche eine finanzielle Beteiligung beinhalten, eignen sich dafür eher.

Im Weiteren stellt sich die Frage, wie ein integriertes Betreuungsprogramm in die bestehenden Abläufe innerhalb der einzelnen Organisationen verankert werden kann. Hier bedarf es vertiefter Kenntnisse der Arbeitswelten medizinischer Fachpersonen. Erachtet der Kollege die Betreuung chronisch Kranker überhaupt als Kernkompetenz der Hausarztmedizin oder erfährt er diesen Teil seiner Arbeit eher als notwendiges Übel? Wie steht er zum Berufsbild der Medizinischen Praxisassistentin? Ist es für ihn denkbar, seinen Assistentinnen neue Aufgaben und Verantwortungen in der Beratung chronisch kranker Patienten zuzumuten? Und wie stellen sich diese zu einer Erweiterung ihres Arbeitsbereiches? Wird die medizinische Beratungstätigkeit seitens der Medizinischen Praxisassistentin als Bereicherung oder als zusätzliche Last empfunden? Wenn eine Organisation eine qualitativ hochstehende Betreuung chronisch Kranker nicht explizit als eine ihrer Kernkompetenzen bezeichnet und als strategisches Ziel formuliert, wird die Innovation und die Integration von Betreuungsprogrammen für chronisch Kranke nicht gelingen. Kernkompetenzen sollten nicht ausgelagert werden. Die kritische und offene Auseinandersetzung mit neuen Gesundheitsversorgungsmodellen steht deshalb in der Verantwortung eines jeden Kollegen, welcher die Betreuung chronisch Kranker als eine Kernkompetenz der Hausarztmedizin betrachtet.

Last not least muss die Finanzierungsfrage geklärt sein. Die Art und Weise der Vergütung der Leistungen medizinischer Fachpersonen hat einen grossen Einfluss auf das Angebot und die Qualität derselben. Wird in einem Gesundheitssystem eine Entwicklung in einer bestimmten Richtung gewünscht und soll diese Entwicklung nicht per Dekret erzwungen werden, müssen seitens der Leistungserbringer entweder die Ausgaben verringert oder die Einnahmen erhöht werden können. Wenn die Leistungserbringer und die Versicherer keine fairen Vergütungsmodalitäten verhandeln können, werden sich integrierte Betreuungsprogramme mit einer verbesserten Behandlungsqualität für chronisch Kranke nicht etablieren.

### Technische Integration

Bodenheimer und Wagner erwähnen den Einsatz der Informationstechnologie explizit als eines der wesentlichen Elemente, welches für die erfolgreiche Umsetzung integrierter Betreuungsprogramme bedeutsam ist. Mehr oder weniger lesbare, handgeschriebene Notizen auf losen Papierbogen in grossen Archivschubladen eignen sich schlecht um den Überblick über den Patientenstamm zu bewahren. Wird hingegen eine elektronische Krankengeschichte geführt, können gezielte Datenbankabfragen die

Gesundheitsfachpersonen bei der Identifikation von Patienten unterstützen, welche für eine intensivierete Betreuung in Frage kommen. Menschen müssen vergessen können, die Informationstechnologie nicht. Dies kommt den Betreuenden wie den Betreuten, beispielsweise durch elektronische Erinnerungsfunktionen, zugute. Computer können viel und schnell rechnen und damit Daten effizient zu Informationen verarbeiten. Das verhilft den Menschen zu neuen Erkenntnissen und zu neuem Wissen, was für eine stetige Qualitätsverbesserung unerlässlich ist. Die Möglichkeiten der asynchronen Kommunikation, also Informationen in einem Moment zu senden und in einem anderen Moment zu empfangen, sind aus unserem Alltag nicht mehr wegzudenken. E-Mail, SMS und Voicemails haben zu neuen Abläufen und Kooperationsformen geführt. Ge-

---

Eine neue Hausarztmedizin,  
welche die Betreuung chronisch Kranker  
als eine ihrer Kernkompetenzen betrachtet,  
braucht Visionäre.

---

rade im ambulanten Bereich, wo der Informationsaustausch oft nicht wie im Spital anlässlich von Visiten und Rapporten synchron erfolgen kann, sind die asynchronen elektronischen Kommunikationsmöglichkeiten hilfreich. Im Umgang mit neuen Technologien wird das Pferd jedoch oft vom Schwanz her aufgezäumt. Mit der Einführung eines Computerprogrammes sind häufig Erwartungen verbunden, welche einer ungenügenden Organisationsentwicklung entspringen, technologisch jedoch lediglich zementiert aber nicht gelöst werden können. Elektronische Patientenregister, Krankenakten und Erinnerungssysteme vermögen die Betreuung chronisch Kranker nur dann zu verbessern, wenn die weiter oben diskutierten organisatorischen Voraussetzungen gegeben sind. Die Informationstechnologie kann die Organisationsentwicklung zwar stimulieren, sie folgt ihr jedoch als «digitaler Schatten» hinterher, nicht umgekehrt.

Sollen Computer Menschen bei ihrer Arbeit unterstützen, müssen Menschen Computer in ihrer Arbeitswelt integrieren und bedienen können. Kann auf der Tastatur im Zehnfingersystem hantiert werden, damit der Augenkontakt mit dem Kranken weiterhin aufgenommen werden kann? Oder bildet die ungenügende Integration am Interface Mensch-Maschine bereits eine unüberwindbare Hürde, weil der Blick auf die Tastatur die Zuwendung zum Patienten einschränkt? Mehr als die Hälfte der Schweizer Ärzte äussern bezüglich der Anwesenheit eines Computers im Sprechzimmer Bedenken, da dadurch der Arzt, die Patienten oder die Patienten-Arzt-Beziehung gestört wer-

den könnte. Die Patienten haben, das zeigen verschiedene Studien, hingegen weniger Probleme damit und stören sich nicht generell daran, wenn ein Arzt während der Konsultation den Computer benutzt.

Der Strukturierungsgrad digitaler Daten ist bedeutsam. Digitaler Freitext und gescannte Dokumente eignen sich zur Dokumentation, zum Sammeln und Archivieren und schliesslich als Substrat einer Datennekropole. Sollen Daten hingegen auferstehen und leben, das heisst von einem Computer verstanden und verarbeitet werden können, müssen diese strukturiert und bisweilen auch kodiert erfasst werden. Strukturieren und kodieren heisst eine komplexe Welt zu abstrahieren und zu vereinfachen. Auf der Basis dieser Abstraktion wird es möglich, Erkenntnisse zu gewinnen und allgemein gültige Aussagen zu machen. Die so erreichte Schärfe und Klarheit ist aber leider nur um den Preis der Entfernung von der Wirklichkeit zu erreichen. Für Ärzte, welche sich in ihrer klinischen Tätigkeit am Konkreten orientieren, ist der Umgang mit Abstraktionen eher ungewohnt. Dies mag einer der Gründe für das Unbehagen der Ärzteschaft gegenüber einer Strukturierung ihrer Arbeitswelt durch die Informatik sein.

Die technische Integration im engeren Sinn meint Architekturen, Methoden und Technologien, welche es unterschiedlichen, autonomen Computerprogrammen ermöglichen miteinander zu arbeiten. Die Konzepte sind aus anderen Industriezweigen seit Jahren bekannt und erprobt. Die Anwendung und Weiterentwicklung bestehender Standards im Gesundheitswesen ist nicht trivial aber machbar. Systemintegration ist jedoch immer auch strategisch. Bestehende Grenzen, nicht nur technische sondern auch rechtliche, semantische und politische müssen überdacht und neu definiert werden. Integration braucht deshalb die Bereitschaft zur Veränderung und folglich Zeit. Spätestens wenn medizinische Institutionen und Gesundheitsfachpersonen in Netzwerken effizient zusammenarbeiten wollen, sollte der «digitale Schatten» diese Absicht unterstützen und müssen Daten zwischen den Informationssystemen ausgetauscht werden können. Eine integrierte Versorgung ohne integrierte Informationssysteme kann nicht gelingen.

### Die Frage der Finanzierung

Last not least stellt sich auch aus technischer Sicht die Finanzierungsfrage. Ein Betrieb, welcher die administrativen jedoch nicht seine Kernprozesse durch Informatikmittel unterstützt, rechnet mit einem Informatikjahresbudget von circa 1–2% des Umsatzes. Entsprechend ist seitens der Kollegen in Einzelpraxen ein Informatikbudget von fünf- bis zehntausend Schweizerfranken pro Jahr

und Arzt vorstellbar. Will ein Ärztenetzwerk im Rahmen eines Betreuungsprogramms für chronisch Kranke die entsprechenden Kernprozesse durch integrierte Informationstechnologien unterstützen, steigt der Finanzbedarf dafür sprunghaft an. In anderen Dienstleistungsbereichen mit digitalisierten Kernprozessen werden Informatikbudgets von 5–10% und mehr kalkuliert. Beteiligen sich zwanzig bis dreissig Kollegen an einem derartigen Programm, werden Budgetgrössen erreicht, die den Jahresumsatz einer Einzelpraxis problemlos übersteigen können. Integrierte Informationssysteme werden auf 10–15 Jahre geplant. Sowohl die Investition als auch der generierte Nutzen sind vor diesem Hintergrund zu beurteilen. Darin unterscheidet sich der professionelle Informatikeinsatz vom Heim-Computing. Gelingt es den beteiligten Akteuren nicht, in realistischen Grössenordnungen und adäquaten Zeiträumen zu denken, laufen die entsprechenden Projekte Gefahr, die Pilotphasen nie zu verlassen. Dabei sind alle Beteiligten gefordert; der Nutzen und die Mehrwerte werden nicht nur dort anfallen wo die Kosten entstehen. Das muss mindestens im Rahmen der Vergütungsmodalitäten gebührend berücksichtigt werden.

Eine neue Hausarztmedizin, welche die Betreuung chronisch Kranker als eine ihrer Kernkompetenz betrachtet, braucht Visionäre. Visionäre welche – und darin unterscheiden sie sich von den Phantasten – vorausblickend und zielsicher die Zukunft anvisieren und den Bodenkontakt nicht verlieren: «Where the tire meets the road».

### Literatur

- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving Primary Care for Patients with chronic illness, Part 1. JAMA. 2002;288:1775–9.
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving Primary Care for Patients with chronic illness, Part 2. JAMA. 2002;288:1909–14.
- Marty F, Zoller M, Bhend H, Wagner J, Hess L, Rosemann T. eHealth – die Ausgangslage in den Arztpraxen. SISA Studie. Poster SGAM-Kongress 2008.
- Bomba D, Svardsudd K, Kristiansson P. A comparison of patient attitudes towards the use of computerised medical records and unique identifiers in Australia and Sweden. Australian Journal of Primary Health. 10(2):36–42.

Korrespondenz:

Dr. med. Andreas Meer, MHIM  
 Facharzt Allgemeine Medizin FMH  
 Geschäftsführender Partner in4medicine AG  
 Roschistrasse 1c, 3007 Bern  
 a.meer@in4medicine.ch