

Peter Berchtold

Jenseits von Gatekeeping – Koordination und Kooperation!

Gatekeeping ist ein integraler Bestandteil heutiger Ärztenetze und Hausarztmodelle. Doch können ärztliche Grundversorger die komplexen Koordinationsaufgaben, die sich beispielsweise bezüglich der Langzeitbetreuung chronisch Kranker ergeben, überhaupt erfüllen? Und: Wie müssten die Ärztenetze der Zukunft gestaltet werden, damit eine optimale Koordination und Kooperation erreicht werden kann?

«Langzeitpflege verteuert sich bis 2030 rasant»: dies der Titel eines neulich erschienenen Artikels in der NZZ über das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan), in welchem die Gesamtkosten für die Langzeitbetreuung im Jahr 2030 auf 17,8 Milliarden Franken prognostiziert wurden – rund eine Verdoppelung gegenüber heute.¹ Und damit nicht genug, denn auch in die (medizinische) Langzeitbehandlung werden in dieser Zeitspanne sehr viel mehr finanzielle Ressourcen fliessen *müssen*, in erster Linie einfach deswegen, weil Häufigkeit und Behandlungsbedürftigkeit chronischer Krankheiten ebenso wie die Komplexität der Behandlungsmöglichkeiten stark zunehmen werden [1].

Das zentrale Problem

Warum werden diese Entwicklungen bedeutsam sein? Nicht nur wegen der steigenden Ausgaben im Gesundheitssektor. Bedeutsam auch deshalb, weil die traditionelle Grundlage der Behandlungs- und Betreuungskontinuität – die Beziehung zwischen Patient und einem einzelnen (Haus-)Arzt – überfordert ist. Folge davon wird ein noch prekäreres Auseinanderfallen der Behandlungsprozesse in (zu) wenig aufeinander abgestimmte Teile sein. Dieses Auseinanderfallen bzw. die damit verbundenen Doppelspurigkeiten und Ineffektivitäten sind wahrscheinlich *der* zentrale Kostentreiber in Gesundheitssystemen und *das* grösste Risiko für Behandlungsqualität und Patientensicherheit. Denn viele wissenschaftliche Studien haben in den vergangenen Jahren gezeigt, dass dieses prekäre Auseinanderfallen vielfach gravierende Qualitätsprobleme nach sich zieht [2]. Mit vernetzten IT-Systemen, der Forderung nach wirkungsvollen (und nebenwirkungsarmen) Anreizkonzepten

¹ Langzeitpflege verteuert sich bis 2030 rasant: Gesundheitsobservatorium prognostiziert Verdoppelung der Kosten. Neue Zürcher Zeitung, 22.4.2008.

und neuen Vergütungsmodellen wird diesem Auseinanderfallen sinnvollerweise und mindestens partiell erfolgreich entgegengetreten. Gerade den Informations- und Kommunikationstechnologien kommt dabei eine grosse Bedeutung zu, denn sie fördern Vernetzung und Zusammenspiel der Akteure im Gesundheitswesen mit dem Ziel, Leistungsprozesse qualitativ besser, sicherer und effizienter zu machen. Doch auch mit den besten Anreizsystemen und IT-Vernetzungen alleine werden mehr Koordination und Kooperation in der Behandlung und Betreuung nur unzureichend gelingen. Im Gegenteil: Die Einführung der DRG-basierter Vergütung, eines ökonomisch sehr sinnvollen Anreizsystems zur Minimierung von Doppelspurigkeiten und ineffektiven Behandlungsmassnahmen, zeigt beispielsweise, dass sich dadurch auch paradoxe Nebeneffekte einstellen können. Nicht nur sind teilweise erheblicher administrativer Mehraufwand und implizite Rationierung die Folge, auch können dadurch Behandlungen und Prozesse (noch) fragmentierter statt koordinierter werden.



Peter Berchtold

Differenzierte Koordination

Differenzierte(re) Formen von Koordination und Kooperation sind deshalb gesucht. Ein altbekanntes (und bewährtes) Instrument, welches zurzeit die (ärztlichen) Gemüter erhitzt, ist das Prinzip des Gatekeepings. Bei dieser «Türsteher-Funktion», die integraler Teil der meisten heutigen Ärztenetze und Hausarztmodelle in der Schweiz ist, treten Grundversorger – Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater – prinzipiell als erste Anlaufstelle für Versicherte bzw. Patienten auf. Die Idee dahinter: Durch die Koordination der Überweisungen an spezialisierte bzw. stationäre Betreuende sollen Gatekeeper Doppelspurigkeiten und unnötige Behandlungen vermeiden. Das dürfte mindestens bei Bagatellerkrankungen gewiss sinn- und wirkungsvoll sein. Aber wie sieht es bei komplexen chronischen Erkrankungen und Langzeitbetreuten aus? Hier wird von seiten der Spezialisten und Langzeitbetreuenden seit längerem und nicht zu Unrecht gefordert, dass solche Patienten eine entsprechende erste Anlaufstelle – beispielsweise im Sinne eines spe-

zialisierten Care-Managers – benötigen. Diese Weiterentwicklung des traditionellen Gatekeeping-Prinzips hat im Urland von Managed Care, in den USA, mindestens teilweise bereits stattgefunden: Kaiser Permanente beispielsweise bietet eine integrierte Versorgung, bei der Patienten lediglich für den ärztlichen Erstkontakt einen Grundversorger aufsuchen und für die weitere Behandlung und Betreuung keine Überweisungen mehr benötigen.

Eine derartige Erweiterung des Gatekeeping-Gedankens kann eigentlich nur sinnvoll sein, denn Bedarf an mehr Koordination und intensiverer Kooperation besteht offensichtlich vor allem dort, wo viele und verschiedenste Behandlungen und/oder Betreuungen aufeinander abgestimmt und koordiniert werden sollten: bei komplexen chronischen Krankheiten und bei Langzeitbetreuten. Ein noch grösserer Koordinationsbedarf bei diesen Patienten-

Die künftigen Herausforderungen der Medizin verlangen eine Erweiterung des traditionellen Gatekeepings

gruppen kann nicht mehr nur von ärztlichen Grundversorgern alleine gedeckt werden, denn unsere Grundversorger sind ausgelastet bzw. teilweise bereits überlastet. Dies nicht nur wegen der viel diskutierten Nachwuchsprobleme, sondern weil die traditionelle Funktion der Grundversorger – mindestens derjenigen in einsamen Einzelpraxen – *grundsätzlich* und zunehmend mit den veränderten Herausforderungen kaum mehr kompatibel ist [3].

Ärztetze der zweiten Generation

Das soll aber nicht heissen, dass Grundversorger nicht ein essentielles (und unverzichtbares) Element einer besseren Koordination sind: Auch in Zukunft werden Grundversorger und Grundversorgernetze – unter anderem – als erste ärztliche Anlaufstelle für Triage, Behandlung und Betreuung von Patienten mit unterschiedlichsten Erkrankungen agieren. Und gleichzeitig verlangen die beschriebenen Herausforderungen eine Erweiterung des traditionellen Gatekeepings – beispielsweise indem in Ärztenetzen auch spezialisierte Ärzte (oder entsprechend qualifizierte, nichtärztliche Fachpersonen) diese Rolle übernehmen können: ein Spezialist im Falle komplexer chronischer Krankheiten, ein Grundversorger im Falle vieler einfacher/unklarer Erkrankungen bzw. Langzeitbetreuung. Patienten könnten ihre primären Ansprechpartner (Care-Manager) frei wählen.

Für Ärztenetze einer nächsten Generation hiesse dies also, (1) die zentrale Steuerung der Gatekeeper mit der koordinierenden Funktion eines so genannten Care-Mana-

gers (primär betreuende(r) Arzt/Fachperson) zu erweitern, (2) als Care-Manager sowohl Grundversorger wie spezialisierte Ärzte und allenfalls andere Gesundheitsberufe zu verpflichten und (3) Patienten (und nicht Versicherer oder Gesundheitsdirektionen) ihre Care-Manager bestimmen zu lassen. Auf diese Weise wären sowohl die «freie Arztwahl» (auf Stufe des Care-Managers) wie auch die «eingeschränkte Arztwahl» (für anderweitige Behandlungen) gewährleistet – und ebenso die qualitativen und wirtschaftlichen Vorteile einer integrierten Versorgung. Und es ist zu erwarten, dass eine derartige «Erweiterung» der Grundversorgung (im Sinne des Care-Managers) sowohl der Behandlungsqualität wie der (hausärztlichen) Berufsattraktivität dienlich wäre.

Natürlich reichen neue Funktionsbezeichnungen nicht aus, um mehr Koordination und Kooperation zu gewährleisten. Denn ein Plus an Koordination bedingt auch ein Plus an Verbindlichkeit. Verschiedene Instrumente sind dazu entwickelt und in der Praxis erprobt worden, so z.B. Überweisungsvereinbarungen, welche Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten aller Beteiligten festlegen, Coaching-Programme für Patienten und deren Familien, damit diese einen Teil der Koordination eigenverantwortlich mittragen, oder neue Vergütungsformen, welche das Plus an Koordination auch finanziell (allenfalls in Abhängigkeit von Resultaten) belohnen [4]. Alle Anstrengungen werden sich mit Blick auf die eingangs beschriebene Zukunft lohnen, denn bereits heute gibt es gute Evidenz, dass mehr koordinierte bzw. integrierte Versorgungsformen bessere Qualität erzeugen.

Literatur

- 1 Pham HH, Schrag D, O'Malley AS, Wu B, Bach PB. Care patterns in Medicare and their implications for pay for performance. *N Engl J Med* 2007;356:1130-9.
- 2 Bodenheimer T. Coordinating Care – A Perilous Journey through the Health Care System. *N Engl J Med* 2008; 358:1064-71.
- 3 McGlynn EA, Asch SM, Adams J, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med* 2003;348:2635-45.
- 4 Mehrotra A, Epstein AM, Rosenthal MB. Do integrated medical groups provide higher-quality medical care than individual practice associations? *Ann Intern Med* 2006;145:826-33.

PD Dr. med. Peter Berchtold
Leiter College-M
Präsident Forum Managed Care
Freiburgstrasse 41, 3010 Bern
peter.berchtold@college-m.ch