

Schwerpunkt: Qualität

Qualität und Integrierte Versorgung: Differenzierte Stellungnahmen und Praxisberichte zeigen, wie mehr und bessere Vernetzung die Behandlungsqualität steigert.

Inhaltsverzeichnis

- «Taten sagen mehr als Worte» – auch in der Medizin
- Integrierte Versorgung – was wissen wir über unsere Qualität?
- Qualität ist käuflich – kaufen wir sie!
- Spital-Zuweiser-Interaktion als Mittel zur Qualitätsverbesserung
- Ein Plädoyer für Koordinationsstellen in der vertikalen Integration von Leistungserbringern
- Integrierte Versorgung aus der Sicht der Pflege – ein Beispiel aus dem Kanton Solothurn
- Le catalogue des prestations n'existe pas !
- Aufgefallen – Empfehlungen des fmc
- In eigener Sache

«Taten sagen mehr als Worte» – auch in der Medizin

Gedanken zum Vertrauen in eine seit langem versprochene – oder längst bewiesene? – bessere Medizin

Dr. med. Falk Schimmann, Leiter Medizinstrategie Inselspital,
Vorstandsmitglied fmc



In jüngster Zeit wird in der Schweiz wieder intensiver über die Qualität des Gesundheitswesens diskutiert. Das ist sicher zu begrüßen als Gegengewicht zur ständigen und leider häufig eindimensional geführten Diskussion um die Kosten im Gesundheitswesen.

Die stärkere Betonung der Qualität hat auch mit der politischen Aufmerksamkeit für Gesundheitsthemen zu tun: die unter dem Titel «Gesundheit2020» vorgestellten gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates, der Entwurf des Bundesgesetzes über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenversicherung, die Abstimmung über die Einheitskasse.

Häufig geht es dabei (auch) um die Integrierte oder Koordinierte Versorgung als Mittel zur Qualitätsverbesserung. Regelmässig beanspruchen alle Gruppen gleichermassen, dass nur ihre Definition von Qualität die richtige ist und dass nur ihr Weg zu einer guten Qualität in der Gesundheitsversorgung führt oder diese sichert. «In God we trust, all others bring data» ist ein Zitat, das häufig W. Edwards Deming, dem Pionier des modernen Qualitätsmanagements zugesprochen wird. Wörtlich interpretiert, sollte damit Vertrauen in die Qualitätssteigerung durch Integrierte Versorgung nicht ausreichen.

Können wir unsere Argumentation pro Integrierte Versorgung in Sachen Qualität mit genug Daten untermauern oder müssen wir uns darauf beschränken, um Vertrauen in unsere Expertenmeinung zu bitten?

In dieser Ausgabe von «fmc Impulse» finden Sie verschiedene Ansichten zum Qualitätsaspekt in der Integrierten Versorgung. Die Autorinnen und Autoren setzen sich in ihrer Arbeit praktisch und konkret damit auseinander, wie sie für ihre Patientinnen und Patienten in einem vernetzten und komplexen System über verschiedene Versorgungsstufen und Institutionen die erforderliche Behandlung organisieren. Damit sind sie mit der Frage nach der Qualität auf verschiedene Weise ganz direkt konfrontiert – und zwar tagtäglich.

Integrierte Versorgung – was wissen wir über unsere Qualität?

Wie viel gesichertes Wissen haben wir zum Qualitätsgewinn durch Integrierte Versorgung? Ein Überblick über die aktuelle weltweite Studienlage und hiesige Initiativen im Bereich der Qualitätsdokumentation in der ambulanten Medizin.

Dr. med. Felix Huber, Allgemeine Innere Medizin FMH, Präsident mediX



Seit der Debatte um die Managed-Care-Vorlage im Juni 2012 wissen wir es selbst von den Gegnern der Vorlage: Integrierte Versorgung bietet eine hervorragende Qualität. Jeder Parlamentarier ist heute felsenfest davon überzeugt, dass in Ärztenetzen eine bessere Qualität der medizinischen Leistungen erbracht wird als im konventionellen System. Aber können wir das beweisen?

Wir haben bei den Ärztenetzen in der Schweiz eine grosse Varianz bei der Qualitätsarbeit und Qualitätsdokumentation. Einige führende Netze haben den guten Ruf der Integrierten Versorgung geprägt. Was wissen wir über unsere Qualität? Es gibt einige Studien, die eine bessere Qualität in der Integrierten Versorgung nachweisen.

Chronic Care Management

Peter Berchtold stellte für die Debatte um die MC-Vorlage 2012 eine systematische Review zur Bewertung der internationalen Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit der Integrierten Versorgung auf Behandlungs- und Betreuungsqualität bei chronischen Patienten zusammen. Integrierte Betreuung hat einen positiven Effekt auf die Qualität der Patientenbehandlung. Insbesondere für den patientenbezogenen Outcome (Lebensqualität, Patientenzufriedenheit, krankheitsspezifische Symptome) schneidet die Integrierte Betreuung bei Patienten mit Diabetes, chronischer Herzkrankheit und Lungenerkrankung besser ab. Die Resultate waren also da, wenn auch im Ausmass eher bescheiden. Spezifische Schweizer Daten dagegen existierten schlichtweg nicht.

Qualitätszirkel und Guidelines

Ebenfalls 2012 zeigte Peter Berchtold in seinem Obsan-Bericht die Bedeutung der Guideline-Arbeit in Schweizer Ärztenetzen auf: 20 von 67 Ärztenetzen nutzen Guidelines, die sie in den Qualitätszirkeln weitgehend selbst erarbeiten oder modifizieren. Interessanterweise bewerten Ärzte in ärztlichen Netzen den Nutzen aus Guidelines höher als die Kollegen in kasseneigenen Netzen. Der wahrgenommene Nutzen und die Umsetzung in der täglichen Praxis hängen zudem von der Anzahl besuchter Qualitätszirkel pro Jahr und dem eigenen Engagement bei der Erarbeitung ab. Ich persönlich sehe die konsequente und kontinuierliche gemeinsame Guideline-Arbeit als eine Kernaufgabe für die laufende Qualitätsoptimierung in der Integrierten Versorgung an.

Bessere Versorgung der polymorbiden Patienten

Oliver Reich und Oliver Senn haben im August 2014 die bisher wohl wichtigste Studie zur Qualität in Schweizer Ärztenetzen publiziert: Sie fanden in Ärztenetzen in der Schweiz eine viel tiefere Prävalenz von potentiell ungünstigen Medikationen (potentially inappropriate medication, PIM) als im konventionellen System. PIMs führen zu signifikant mehr unerwünschten Ereignissen wie Hospitalisationen. Die Autoren folgern, dass Ärztenetze in der Schweiz die Voraussetzungen für eine Verbesserung in der Medikation schaffen. Und wie schaffen sie das? Durch Auswahl der richtigen und motivierten Ärzte, die sich über die Inhalte ihrer Arbeit regelmässig austauschen und den Anreiz zur besseren Koordination bei der Behandlung chronisch kranker Menschen bekommen.

Das sind substantielle Qualitätsnachweise. Weitere solche Studien mit grossen Datensätzen sind in Bearbeitung. Wie steht es mit dem eigenen Qualitätsnachweis in den Ärztenetzen?

Qualitätsnachweise

Viele Ärztenetze lassen ihre Qualität von externen Auditoren überprüfen. Allen voran hat EQUAM seit 1999 hunderte von Praxen vornehmlich in Ärztenetzen zertifiziert und in einen laufenden Qualitätsprozess eingebunden. Weitere Initiativen sind der Mehrfacharzt von Argomed, QBM von der VEDAG und qualimednet von medswissnet, die sich in der Q-Initiative gegenseitig unterstützen. Sanacare führt ein eigenes Qualitätslabel über SQS. Die Integrierte Versorgung leistet also Pionierarbeit bei der Qualitätsdokumentation in der ambulanten Medizin. Aber auch hier sind es einige wenige hochmotivierte Netze und Praxen, die exemplarisch voranschreiten.

Kultur des Gemeinsamen

Mit den Ärztenetzen etabliert sich langsam und stetig eine neue Kultur des Gemeinsamen, des Teamplayers. Die strukturierte Qualitätszirkelarbeit ist wohl der wichtigste Beitrag zur laufenden Optimierung unseres Handelns. In den letzten Jahren haben viele Netzwerke auch mit Qualitätszirkeln für MPAs begonnen. Mit diesen MPA-QZ und der Möglichkeit zur Zusatzkompetenz in Schulungsprogrammen für chronische Patienten (Diabetes etc.) könnten sich die MPAs vermehrt zu verantwortungsbewussten CoTherapeutinnen entwickeln.

Die Qualitätsarbeit bei mediX

Zentraler Punkt sind die wöchentlichen bis zweiwöchentlichen QZ. Diese QZ sind vorbereitet, moderiert, protokolliert und themenbezogen. Sie lassen genügend Zeit für Fragen aus der Sprechstunde und für die Besprechung von Critical Incidents. Jährlich werden 10 bis 15 neue oder revidierte eigene Guidelines in allen QZ vernehmlicht. Wichtige Inhalte aus den Guidelines werden für die Patienten in aktuell 17 Gesundheitsdossiers aufbereitet. Alle Inhalte sind öffentlich: www.medix.ch. mediX entwickelt bei den häufigsten Indikationen einen Therapiekonsens und analysiert das Verschreibungsverhalten der einzelnen NetzärztInnen.

Fazit: Bei den Ärztenetzen der Integrierten Versorgung in der Schweiz lässt sich eine grosse Varianz bezüglich verbindlicher Auflagen, Strukturen, Innovationsfreudigkeit und Qualitätsnachweisen feststellen. Die Integrierte Versorgung in der Schweiz hat sich in den letzten 25 Jahren ganz langsam von unten nach oben entwickelt. Befördert durch das KVG 1996 und einen laufend verbesserten Risikoausgleich wächst die Anzahl verbindlicher und hochstrukturierter Netze laufend und parallel dazu die Anzahl Versicherter, die sich in einer solchen Arztpraxis behandeln lassen. Noch sind die tieferen Prämien das Hauptmotiv für die meisten Versicherten, in ein solches Modell zu wechseln. In

Zukunft sollte es immer mehr auch ein Qualitätsmotiv werden – Ärztenetze sollten vermehrt in einen Qualitätswettbewerb eintreten und ihr Markenimage aufbauen.

Qualität ist käuflich – kaufen wir sie!

Es geht um Qualität – aber es geht auch um Geld. Praktisch alle Erfolge auf dem Weg zu einem optimierten Gesundheitssystem sind mit sogenannten Incentives für die Leistungserbringer verbunden. Wie liesse sich das System der käuflichen Qualität auch in der Schweiz flächendeckend einführen?

Dr. med. Daniel Flach, Allgemeine Innere Medizin FMH, Localmed/City Notfall



Blickt man über die letzten Jahrzehnte zurück, lässt sich festhalten: Im Grunde befindet sich jeder, der über das Gesundheitswesen philosophiert, auf dem Weg zu einer optimierten, sprich integrierten Patientenversorgung. Je nach Zusammensetzung der Diskussionsrunde gleicht der Weg eher einer Autobahn, so vielseitig sind die Ideen und Projekte. Auf dieser Autobahn fliesst aber leider kein richtig grosser Strom. Vielmehr herrschen da gutschweizerische A1-Verhältnisse – und die Bewegung liegt im dezenten Stau. Unzählige Publikationen sind zum Thema Qualitätsverbesserung und Integrierte Versorgung erschienen, unzählige Kongresse wurden abgehalten. Heute heisst die Bewegung nicht mehr Managed Care, sondern Integrierte Versorgung. Ausser diesem Namenswechsel sind übers Ganze gesehen in der Schweiz die Diskussionspunkte aber immer dieselben geblieben.

Dennoch lässt sich im Überblick der eine oder andere Erfolg erkennen. Schaut man etwas genauer hin, dann zeigt sich, dass praktisch alle mit sogenannten Incentives für die Leistungserbringer verbunden sind. Zum Beispiel konnte im Rahmen der Grundversorgung in England in den Jahren 1998 bis 2007 eine enorme qualitative Verbesserung nachgewiesen werden (Campbell, NEJM 2009). Die Qualitätsunterschiede in der Behandlung zwischen den verschiedenen Ärzten haben sich über die untersuchten Jahre deutlich, wenn nicht sogar dramatisch vermindert (Doran et al, Lancet 2008). Was war geschehen? Es war Managed Care im wortwörtlichen Sinne. Care wurde gemanagt, indem ein Management die für die Behandlung Verantwortlichen gezielt bezahlte. Die Einführung und Anwendung von spezifischen Guidelines brachte den den Ärzten Geld. Die Frage, wieso dies überhaupt notwendig ist, da der Arzt ja sowieso im Sinne des Patienten handelt, sei hier dahingestellt. Aber es hat funktioniert. Die Patienten wurden, gemessen an harten Parametern, klar besser behandelt. Qualität in der Grundversorgung, zeigte sich, ist käuflich.

Ob eine solche Massnahme in der Schweiz flächendeckend möglich ist? Und muss das Handeln ebenfalls erkaufte werden oder stellt sich die Qualität von selber ein? Wie Kurt Hess in der Schweiz nachweisen konnte (Hess, SÄZ 2012), werden Massnahmen zur kontrollierten Qualitätsverbesserung vor allem in organisierten Ärztenetzwerken umgesetzt. Dabei hat der Organisationsgrad einen klaren Zusammenhang mit dem Vorhandensein und vor allem der Anwendung von Guidelines. Die Qualität als Gesamtheit der Eigenschaften, die die ärztliche Behandlung charakterisieren, kann, wie das Beispiel aus England zeigt, nachweislich gefördert werden.

Aber auch in der Schweiz sind in fast allen Fällen Geldwerte im Spiel. Viele Ärzte lassen sich (erst) bewegen, wenn Strukturen dies verlangen und der Aufwand zugunsten des Patienten entschädigt

wird. Ärztenetzwerke erarbeiten Qualitätskriterien, Guidelines, Behandlungskonzepte, Medikamentenlisten und diskutieren übers Zusammenarbeiten. Motivierend verbergen sich dahinter aber oft Verträge mit Krankenkassen, die im Rahmen der Hausarztmodelle von den Ärzten konkrete Projekte fordern, damit Steuerungsbeiträge bezahlt werden.

Wenn dies tatsächlich so ist, und meine Erfahrung mit vielen Ärztenetzen legt diese Vermutung nahe, dann stellt sich die Frage, wieso wir nicht klar und offen zu dieser Tatsache stehen und das System der käuflichen Qualität flächendeckend einführen?

In unserem föderalistischen System mit den im Gesundheits- und Sozialsystem unterschiedlichsten Kostenträgern ist eine solche Veränderung schwierig zu realisieren. Sie müsste aber ernsthaft erwogen werden, wollen wir Prozesse und Qualität in der Integrierten Versorgung nachhaltig verbessern und in der vertikalen Behandlungskette verankern.

Als Arzt sind mir Einwände gegen die Anwendung von Guidelines wie die Bewahrung der Behandlungsfreiheit und die Individualität der Patienten, die sich nicht in Prozessen abbilden lässt, sehr vertraut und auch nachvollziehbar. Und dennoch ist mir die qualitativ hochwertige Behandlung der Patienten das grösste Anliegen.

Die Qualität ist käuflich. Kaufen wir sie! Einen Versuch wäre es in der Schweiz doch wert. Jetzt müssen wir nur noch jemanden finden, der sie auch bezahlt.

Spital-Zuweiser-Interaktion als Mittel zur Qualitätsverbesserung

Das Spital Zofingen hat schon einige Erfahrung gesammelt mit der stärkeren Einbindung der Zuweiser in den Spitalalltag – ein strukturierter Überblick über das Erreichte und das Angestrebte.

Dr. med. Christian Reize, CEO Spital Zofingen



1. Kommunikative Interaktion

Qualitätszirkel: Um ein gemeinsames medizinisches Verständnis zu schaffen und eine Basis für ein abgestimmtes Fachwissen zu Belangen der Grundversorgung wie des Regionalspitals sicherzustellen, findet monatlich ein strukturierter Austausch statt. Relevante Aspekte in der medizinischen Diagnostik und Behandlung werden besprochen, Massnahmen abgeleitet und schriftlich festgehalten. Sinn und Zweck des Qualitätszirkels ist es, ein lernendes und sich stetig verbesserndes System zu etablieren – mit dem Ziel, die Qualität der medizinischen Diagnostik und Behandlung stetig zu optimieren.

Austausch Zuweiser und Spitalleitung: Bietet übergeordneten, eher administrativen Aspekten ein Gefäss, beispielsweise Themen wie Serviceleistungen des Regionalspitals, Notfallorganisation, vertragliche oder organisatorische Aspekten.

Einladung der Hausärzte an Morbidity- und Mortality-Konferenzen: Um insbesondere Fälle mit ungeplantem Verlauf bei Diagnostik oder Behandlung gemeinsam und auf strukturierte Weise besprechen zu können, werden die Hausärzte an die spitalinternen Morbidity- und Mortality-Veranstaltungen eingeladen. Besonders sinnvoll ist dies, wenn es um Patienten von Zuweisern geht, namentlich wenn suboptimale Verläufe analysiert und die entsprechenden Konsequenzen gezogen werden können. Der fachliche Austausch schafft Vertrauen, wenn gegenseitig Fälle präsentiert werden. Auch dies wiederum, um gemeinsam eine Verbesserung zu Gunsten der Patienten zu erreichen.

2. Angebotsabstimmung

Kommunikation, Angebot Spital: Um den Zuweisern einen raschen Zugang zu den benötigten diagnostischen Informationen respektive Handlungen zu ermöglichen, ist die Kommunikation des Angebotes (wie Sprechstunden, diagnostische Abklärungs- und Behandlungsmöglichkeiten) von grossem Nutzen. Insbesondere organisatorische Aspekte wie Sprechstundenzeiten und Kontaktinformationen sind hilfreich, um bei einer Zuweisung eine möglichst direkte und korrekte «Einfädung» in die Strukturen des Spitals zu ermöglichen.

Zusammenstellung der von den Hausärzten angebotenen Dienstleistungen: Um auch den Ärzten des Regionalspitals die Möglichkeit zu geben, das interne Prozedere optimal und abgestimmt auf den Zuweiser zu planen, wird eine Übersicht über deren individuellen Leistungsangebote benötigt (Gipsen, Faden entfernen, Stosswellentherapie, Röntgen usw.). Diese Übersicht umfasst auch, in welcher Form am besten mit dem Zuweiser kommuniziert werden soll (Brief, Fax, E-Mail).

Behandlungsschemata: Im Optimalfall werden die in den beiden vorherigen Punkten beschriebenen Abstimmungsmassnahmen so konsequent umgesetzt, dass sogar institutionsübergreifende Behandlungsschemata erstellt werden können. Idealerweise entsteht so bei relevanten Krankheitsbildern ein gemeinsames Verständnis zu Diagnostik und Behandlung, was eine «Aufgabenteilung» zwischen Zuweiser und Regionalspital ermöglicht.

3. Prozessabstimmung

Vereinfachung und Vereinheitlichung der Kommunikationswege: Damit der Hausarzt den Patienten zeitnah begleiten kann bzw. über den aktuellen Aufenthaltsort des Patienten jederzeit informiert ist, muss sichergestellt sein, dass die entsprechenden Verlegungsinformationen zeitnah an den Hausarzt übermittelt werden. Das heisst, dass auch bei spitalinternen Verlegungen, beispielsweise vom Akutbereich in den Pflegebereich, eine entsprechende Information an den Hausarzt fliesst. Des Weiteren ist sicherzustellen, dass die Austrittsberichte mit den entsprechenden Angaben (siehe auch: Strukturierung der Austrittsberichte) zeitnah erfolgen.

Strukturierung der Austrittsberichte (Diagnose-Listen, Medikamenten-Liste, Prozedere): Um dem Hausarzt einen vereinfachten Zugang zu den relevanten Informationen zu ermöglichen, werden die Austrittsberichte klar strukturiert. Insbesondere die Medikamentenliste und das Prozedere sind ergänzend zu der Diagnoseliste von entscheidender Bedeutung für den Hausarzt. Diese Informationen sind prioritär dem Hausarzt respektive Zuweiser zukommen zu lassen.

4. Modelle der Zusammenarbeit

Gegenseitiger Personalaustausch (chirurgisch, medizinisch, Assistenten): Um eine enge Interaktion auch im medizinischen Bereich zu erreichen, ermöglichen wir von Seiten des Spitals interessierten Zuweisern einen direkten Kontakt zum behandelnden Personal (Begleitung Visiten, Unterstützung im operativen Bereich).

Einbinden der Hausärzte in den Notfalldienst: Beim Spital besteht ein klares Interesse, die Grundversorger in die Notfallversorgung zu integrieren. Es werden derzeit Gefässe geschaffen, um eine Plattform für eine gemeinsame Notfallversorgung entstehen zu lassen.

Modelle in der Grundversorgung: Um eine optimale Vernetzung der Zuweiser mit dem Spital zu erreichen, werden mit den entsprechenden Vereinsvorständen der Zuweiser und der Spezialisten der Region Möglichkeiten der weitergehenden Zusammenarbeit entwickelt. Mit diesen Massnahmen wollen wir einerseits ein klares Signal setzen, dass sich das Spital zur Integrierten Versorgung bzw. Vernetzung mit den Zuweisern verpflichtet. Andererseits soll damit ein zusätzlicher fachlich-sachlicher Austausch ermöglicht werden, der durch seine Strukturierung eine kontinuierliche Verbesserung bzw. Steuerung der Vernetzungsprozesses ermöglicht.

Ein Plädoyer für Koordinationsstellen in der vertikalen Integration von Leistungserbringern

In der Medizin sind definierte Patientenpfade sowohl für den Grundversorger wie auch für den Spitalmediziner äusserst wichtig. Dazu gehören klare Ansprechpartner entlang dieser Pfade, zu denen ein niederschwelliger Zugang jederzeit möglich ist. Dies ist insbesondere von Bedeutung, wenn ältere, polymorbide Patientinnen und Patienten mit gemischten und oftmals unklaren Krankheitsbildern notfallmässig hospitalisiert werden müssen. Hier ist die Zuweisung zu einem Generalisten vordringlicher als die Zuweisung an einen Organspezialisten.



[Dr. med. Felix Nohl, Leitender Arzt Innere Medizin Spital Netz Bern, Prof.](#)
[Dr. med. Hans-Peter Kohler, Chefarzt und Klinikleiter Spital Ziegler](#)

Die stationäre Medizin ist immer mehr durch eine Spezialisierung geprägt mit abgegrenzten Verantwortungs- und Zuständigkeitsbereichen unter den Spitalärzten. Damit kommt einer Koordinationsstelle in der vertikalen Integration von Leistungserbringern entlang der Behandlungskette zentrale Bedeutung zu. Im ambulanten Bereich sind die Hausärztinnen und Hausärzte die wichtigsten Koordinatoren, im stationären Bereich braucht es diese Funktion jedoch genau so. Dazu kommt, dass ein abgestuftes und dadurch wirtschaftliches Versorgungsmodell im Rahmen der DRGs (Diagnosis Related Groups; deutsch: diagnosebezogene Fallgruppen) und den immer häufigeren Capitation-Modellen in der Grundversorgungs-Praxis zunehmend gefragt ist. Die Leistung soll dort erbracht werden, wo sie am wirtschaftlichsten und mit bester Qualität erbracht werden kann.

Nicht jeder stationäre Leistungserbringer muss medizinisch alles einschliesslich den Koordinationsaufgaben abdecken können. Die Grundversorgung (und die erweiterte Grundversorgung) soll durch einen Grundversorgungs-Leistungserbringer, die spezialisierte bis hochspezialisierte Medizin durch einen Organspezialisten erbracht werden. Die Zusammenarbeit dieser zwei unterschiedlichen stationären Leistungserbringer und dem Hausarzt muss jedoch koordiniert erfolgen, dafür braucht es die bereits erwähnte Koordinationsstelle.

Was ist die Aufgabe einer solchen Koordinationsstelle im Spital? Und wer kann als Koordinator eingesetzt werden? Diese wichtige Aufgabe können am besten breit ausgebildete Internisten (im angelsächsischen Raum auch «hospitalists» genannt) übernehmen. Ihre Partner sind die zuweisenden Hausärzte, welche ihre Patientinnen und Patienten am besten kennen, aber auch die Angehörigen, die Sozialdienste und Case-Manager bis hin zu den Versicherern, welche an einer koordinierten und dadurch kostengünstig eingesetzten Diagnostik und Therapie ebenfalls interessiert sind. Die Zusammenarbeit dieser verschiedenen Anspruchsgruppen umfasst eine frühe Zielformulierung und ebenfalls eine frühe Austrittsplanung nach Hause oder in eine nachgelagerte Institution, z.B. eine Rehabilitationsklinik oder ein Pflegeheim.

Eine fehlende Abstimmung und Koordination beim Spitaleintritt führt unweigerlich zu einer Diskontinuität im Behandlungsprozess und steht einer wirtschaftlichen und qualitätsorientierten Behandlung des Patienten und dessen Bedürfnissen im Wege. Die Verantwortung in der Patientenbetreuung sollte möglichst einheitlich und nicht fragmentiert erfolgen. Je mehr Leistungserbringer pro Patient innerhalb eines Spitals involviert sind, desto weniger kann der einzelne Spezialist den gesamten Fall und die verursachten Gesamtkosten überblicken und den «Fall» wirtschaftlich führen. Durch interne Leistungsverrechnungen wird zwar versucht, die einzelnen erbrachten Leistungen möglichst gerecht untereinander abzugelten, aus Sicht des Spitals und der Gesamtunternehmung ist jedoch allein der fixe, je nach Codierungsqualität erwirtschaftete Gesamt-DRG-Betrag von Bedeutung.

Eine unzureichende Koordination von diagnostischen und therapeutischen Massnahmen im stationären wie im ambulanten Bereich führt unweigerlich zu Kostensteigerungen im Gesundheitswesen, da bei fehlender Koordination nicht immer das «nur» medizinisch Notwendige an Leistungen erbracht wird. Die zuweisenden Grundversorger sind an einem solchen koordinierten Einsatz von Ressourcen im stationären Bereich zweifellos und berechtigt auch aus monetären Gründen interessiert. Globalbudgets mit Capitation erfordern einen koordinierten Einsatz von diagnostischen und therapeutischen Massnahmen.

Eine solche «Koordinationsstelle» resp. eine Koordinationsfunktion könnte am besten die Allgemeine Innere Medizin oder die Allgemeinchirurgie übernehmen, wie schematisch in Abb.1 dargestellt.

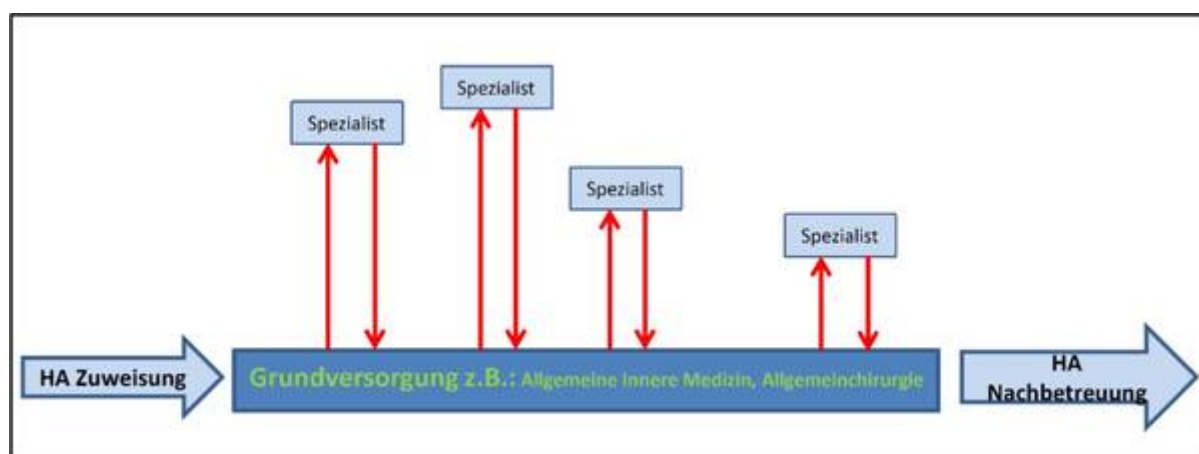


Abb.1: Stufengerechte Grundversorgung mit vertikaler Integration der Spezialisten

Der Hausarzt weist den Patienten direkt in die «fallführende» Grundversorgungseinheit ein, er formuliert die Problematik und stellt allfällig durchgeführte Vorabklärungen zur Verfügung. Die Grundversorgereinheit koordiniert die nötigen Weiterabklärungen in Zusammenarbeit mit den Spezialisten und erstellt am Ende der Hospitalisation eine Diagnoseliste unter Einbezug aller erhobenen Befunde. Nach erfolgter telefonischer Rückmeldung an den Hausarzt erfolgt die Entlassung des Patienten und die ambulante Nachbetreuung im hausärztlichen Umfeld.

Integrierte Versorgung aus der Sicht der Pflege – ein Beispiel aus dem Kanton Solothurn

Das Solothurner SHS Netzwerk (Spitex-Heime-soH) hat innerhalb weniger Jahre Strukturen geschaffen, die eine klare Qualitätssteigerung in der pflegerischen Betreuungskette bewirkten. Eine der Initiantinnen berichtet.

Gudrun Hochberger, Direktorin Pflege der Solothurner Spitäler AG (soH)



Der Nationalrat definierte am 16. Juni 2010 Integrierte Versorgung wie folgt: «Eine Gruppe von Leistungserbringern, die sich zum Zweck einer Koordination der medizinischen Versorgung zusammenschliesst, bildet ein integriertes Versorgungsnetz. In einem integrierten Versorgungsnetz wird der Behandlungsprozess der verschiedenen Personen über die ganze Behandlungskette hinweg gesteuert (...).» Was heisst das nun für die Pflegefachpersonen?

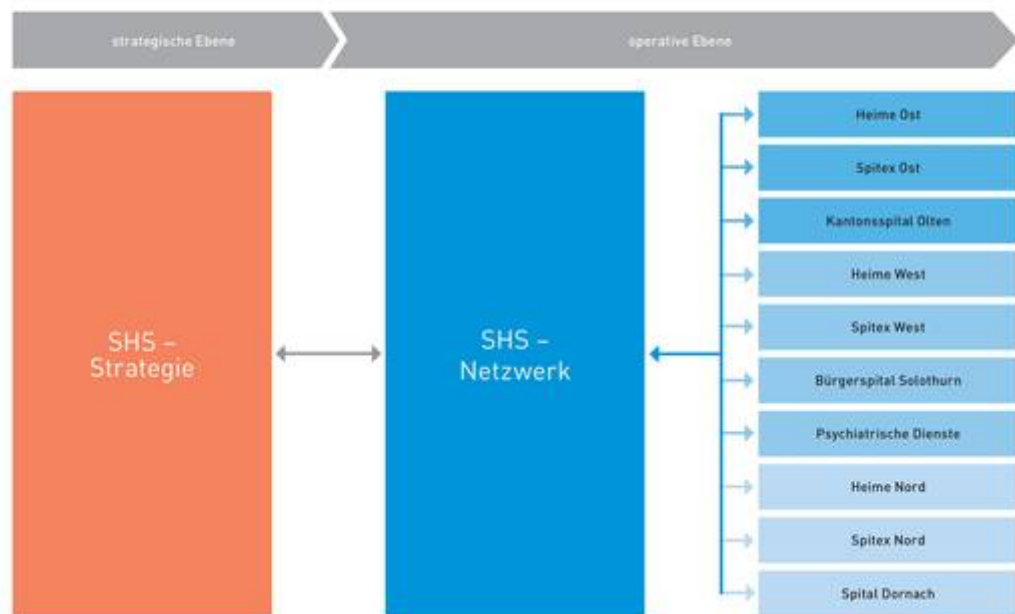
Die Solothurner Spitäler AG, kurz soH, betreibt 3 Akutspitäler (Solothurn, Olten und Dornach) sowie eine Psychiatrische Klinik in Solothurn und diverse ambulante Zentren im gesamten Kanton. Wir behandeln jährlich in der Somatik rund 26'000 stationäre und 142'000 ambulante Patienten. Geografisch teilen wir unsere Standorte in die Regionen Ost, West und Nord ein.

Jede Region arbeitete auch schon früher eng mit den verschiedenen Spitex-Organisationen und Pflegeheimen zusammen, allerdings weniger koordiniert, nicht systematisch und vor allem nicht strategisch. Wer den Kanton Solothurn kennt, weiss, wie verwinkelt und ländlich geprägt er ist. 39 Spitexorganisation sind im Spitexverband Kanton Solothurn (SVKS) vereint, die privaten Anbieter nicht inbegriffen. 52 Pflegeheime werden durch die Gemeinschaft der Solothurner Alters- und Pflegeheime (GSA) vertreten. Aus diesen Schnittstellen sollten Nahtstellen werden, so mein Ziel.

In einem ersten Schritt gründeten wir eine Strategieguppe, bestehend aus Personen mit Entscheidungskompetenz aus dem SVKS, der GSA, des Amtes für soziale Sicherheit (ASO) des Kantons, der Solothurner Hausärzte und aus der soH. Der Name SHS Netzwerk (Spitex-Heime-soH) wurde geboren.

Managed Care war damals, 2010, noch nicht in aller Munde. Die Treffen der SHS Netzwerkgruppe wurden mittels eines Zeitplans so festgesetzt, dass Anliegen aus den Regionen in der Strategieguppe aufgenommen werden können und umgekehrt (siehe Abb. 1).

Strukturen der Integrierten Versorgung im Kanton Solothurn



In den ersten beiden Jahren nach der Gründung tagte die SHS Strategieguppe häufig. Es wurde ein wichtiger Prozess in Gang gesetzt, um unsere gemeinsamen Anliegen zu erkennen, zu benennen, zu priorisieren und um der operativen Ebene konkrete Aufträge erteilen zu können. Als erstes bearbeiten wir die Kommunikationswege zwischen den verschiedenen Akteuren im Patientenprozess. Im Anschluss daran wurden Handlungsfelder definiert, deren Bearbeitung z.T. noch heute im Gange ist.

Im Handlungsfeld «Lernortkooperation» wurde ein Leitfaden zur gemeinsamen Ausbildung erstellt und erst vor wenigen Wochen den Institutionen zur Verfügung gestellt. Wir können die Qualität der Patientenbetreuung nur dann auf hohem Niveau halten, wenn wir auch das entsprechende Fachpersonal dafür rekrutieren können.

Im Handlungsfeld «Übergaberapport» wird zurzeit ein einheitlicher Standard zur Übergabe Pflegeheim – Spital und umgekehrt erarbeitet. Zwischen der Spitex und der soH besteht bereits ein einheitliches Prozedere. Vorher war sehr individuell geprägt, welche Daten den Patienten begleiten. Dies reichte von Kopien der gesamten Patientenakte bis zu einem kleinen «Fresszettel».

Auf Anregung der SHS Strategieguppe hat die Gemeinschaft für Alters- und Pflegeheime ein einheitliches Anmeldeformular für den Übertritt in das Pflegeheim entwickelt. Bis anhin mussten sich Sozialberaterinnen der soH 52 unterschiedliche Formulare ausfüllen – jedes Heim hatte ein anderes. Die Vereinheitlichung vereinfacht und professionalisiert die Anmeldung massgeblich. Die erste Datenübermittlung konzentriert sich auf die wesentlichen Punkte und spart so wertvolle Ressourcen auf beiden Seiten.

Im Handlungsfeld «Vertragsheim» befassen wir uns mit Zusammenarbeitsformen zwischen der soH und einem oder zwei Pflegeheimen pro Region. Das Ziel ist, dass diese ausgewählten Häuser die soH Patienten temporär aufnehmen und die Patienten dort warten können, bis ein Platz im Heim

ihrer Wahl frei wird. Zur Zeit besteht die unbefriedigende Situation, dass es in den Spitälern immer wieder zu Rückstaus kommt und Akutbetten mit postakuten Fällen belegt werden müssen.

Fazit: Die Zusammenarbeit innerhalb des Netzwerkes wird immer selbstverständlicher. Nicht nur der Name SHS Netzwerk ist in gewissen Kreisen bereits ein fester Begriff. Es kommen auch immer öfter Fragen und Anliegen mit der Bitte, diese innerhalb des Netzwerkes zu diskutieren bzw. Lösungen zu erarbeiten. Die neu geschaffenen Strukturen dienen klar der Qualitätssteigerung in der pflegerischen Betreuungskette. Sie werden uns bei der Koordination der zunehmenden Komplexität und Verdichtung im Gesundheitswesen helfen.

Le catalogue des prestations n'existe pas !

Der Sessionsrückblick von Ignazio Cassis, Nationalrat und fmc-Vorstandsmitglied

Ignazio Cassis



La session parlementaire d'automne vient de s'achever : compte tenu de l'excellente météo de septembre on devrait plutôt parler de session d'été, surtout que les mois du juillet et août étaient hélas horribles. Encore une fois nous avons dédié passablement de temps aux initiatives populaires, dont le nombre explose bien plus que les coûts de la santé, sans toutefois préoccuper les citoyens, peut-être parce-ce que ces initiatives ne sont pas « à la charges des caisses maladie » ! En plus du rejet de l'initiative « Remplacer la TVA par une taxe sur l'énergie », l'initiative populaire sur les successions et celle en faveur du service public ont clairement été rejetées, exactement comme celle du PDC « pour des allocations pour enfant et des allocations de formation professionnelle exonérées de l'impôt ». Au people le dernier mot !

Une loi importante pour le fonctionnement de notre économie de marché est celle sur les cartels, dont la révision n'a pas trouvé de grâce devant le Conseil national et a été définitivement balayée dans sa forme actuelle. D'une part nous évitons une réglementation excessive et potentiellement nuisible, d'autre part on peut regretter une occasion manquée de renforcer la concurrence et lutter ainsi contre l'îlot de cherté suisse. Deux lois feront surement l'objet d'un référendum : celle pour la réfection du tunnel routier du Gothard avec construction d'un second tube (sans augmentation de la capacité de trafic) et celle nouvelle redevance pour la radio et la télévision, qui prévoit que le service public à la radio et à la télévision soit désormais financé par un nouveau mode de redevance, non lié à la possession d'un récepteur. Là aussi, ce sera la démocratie directe à trancher.

La politique de santé a été surtout caractérisée par l'adoption de la nouvelle loi sur la surveillance des assureurs-maladie : la loi répond au besoin d'améliorer les instruments à disposition de l'autorité de surveillance (l'OFSP) pour garantir un bon fonctionnement du système de santé dans sa forme actuelle de marché régulé. Un compromis sur plusieurs points a été trouvé entre les parties du centre et la gauche, alors que l'UDC a refusé cette loi en votation finale. Le danger d'un changement de paradigme – passer d'un système d'assurance à un système de frais de chauffage – a pu être repoussé. Avec les deux lois approuvées au printemps (affinement de la compensation du risque et réglage de primes de caisses-maladie payés en trop dans certains cantons), ce trio-pack représente un train de réformes substantielles, contre lesquelles il n'y a pas eu de référendum. La pression exercée par l'imminente votation sur la caisse unique et publique a probablement joué un rôle : les socialistes et les verts, qui prévoaient l'échec de leur initiative, ont renoncé à vouloir davantage et sont restés calmes pour avoir en tout cas cette loi, alors que les partis du centre ont trouvé ce compromis acceptable et en mesure d'améliorer notre système. Maintenant c'est au Conseil fédéral de régler les détails. S'il est donc vrai que le people a rejeté avec env. 62% cette troisième épreuve

d'étatisation progressive du système de santé, il est aussi vrai que l'initiative socialiste a exercé une forte pression sur les travaux du Parlement.

Le Conseil national a par la suite accepté sans grande discussion la révision de la loi sur les professions médicales et décidé que chaque médecin devra désormais parler la langue officielle du Canton pour exercer la profession de manière dépendante ou indépendante. Le Parlement veut aussi donner un rôle plus important aux pharmaciens dans leur activité de professionnels de premier recours. Leur formation devra dorénavant ainsi comprendre des connaissances de base pour poser un diagnostic et proposer un traitement simple, ainsi que des compétences en matière de vaccinations. La loi passe au Conseil des Etats.

L'initiative parlementaire [13.433](#) du député vaudois Olivier Feller «Non-discrimination des médecins spécialistes en médecine interne générale titulaires d'un deuxième titre de spécialiste », par laquelle il s'est fait porte-parole des médecins vaudois irrités par le comportement de l'assurance Assura a été rejetée : le Parlement n'a pas voulu de deuxième Lex Assura : il semble avoir appris des erreurs faits dans le passé (voir la question des déplacements des « réserves cantonales » (qui n'existent pas) ! C'est plutôt un bon signe: errare humanum, perseverare diabolicum !

Pour terminer cette brève rétrospective vous voici encore deux actes parlementaires : la motion Stahl [13.3265](#) « Contre-proposition à la limitation de l'admission de médecins », qui demande au Conseil fédéral de renoncer à un nouveau moratoire des cabinets médicaux et d'introduire à sa place la liberté de contracter, mais seulement à partir d'une certaine densité médicale. Le résultat du vote – 128 favorables contre 58 contraires – a été considéré par la presse romande comme un éclat, voire une provocation, à trois semaines du scrutin populaire sur la caisse unique.

Le deuxième acte parlementaire était de nature sémantique et concernait le catalogue des prestations. Est-ce qu'un tel catalogue existe véritablement ? Et dans ce cas où est-il possible de le consulter ? Aux questions posées par mon interpellation [14.3554](#) « Catalogue des prestations de la LAMal. Mythe ou réalité? » le Conseil fédéral a répondu : « Pour ce qui est des prestations médicales, il n'existe pas de liste positive comprenant toutes les prestations obligatoirement remboursées ». Conclusion : tout le monde parle du catalogue des prestations, il y a ceux qui le veulent réduire, alors que d'autres le veulent élargir. Seulement voilà : tout d'abord il faut le produire !

Aufgefallen – Empfehlungen des fmc

Ausgesuchte neue Literatur zum Themenkreis Integrierte Versorgung, kurz vorgestellt.



Aufgefallen Ausgabe 2014/04

Potentially inappropriate medication use in older patients in Swiss managed care plans: Prevalence, determinants and association with hospitalization.

Authors: Oliver Reich, Thomas Rosemann, Roland Rapold, Eva Blozik, Oliver Senn

Journal: PLOS One

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko, an mehreren chronischen Erkrankungen zu leiden. Multimorbidität geht in der Regel einher mit der Einnahme mehrerer Medikamente, welche zur Behandlung der einzelnen Erkrankungen eingesetzt werden. Mit jedem zusätzlichen Medikament steigt allerdings auch das Risiko unerwünschter Nebenwirkungen. Um die Medikamentensicherheit zu erhöhen, empfehlen deshalb ärztliche Leitlinien, bei älteren Menschen gewisse als «potentiell inadäquate Medikamente» (PIM) eingestufte Arzneimittel zu vermeiden.

Im Rahmen einer von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften finanzierten Studie untersuchten wir in Zusammenarbeit mit der Universität Zürich, a) wie viele über 65-jährige, grundversicherte Patienten in einem Managed-Care-Modell eine PIM-Verordnung erhielten, b) welche Faktoren eine PIM-Verordnung begünstigen, sowie c) ob eine PIM-Verordnung zu vermehrten Spitalaufenthalten führt.

Zu diesem Zweck analysierten wir Versicherungsdaten von Helsana aus den Jahren 2008 bis 2012. Die Stichprobe umfasste fast 50'000 ältere Patienten in einem Managed-Care-Modell. Der Anteil Patienten mit mindestens einer PIM-Verordnung betrug rund ein Viertel (22.5%). Bei Patienten, die nicht in einem Managed-Care-Modell versichert sind, ist dieser Anteil bedeutend höher. Zu beobachten war auch ein Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein einer PIM und der Häufigkeit von späteren Spitaleinweisungen. Bei Patienten mit 1 PIM war die Wahrscheinlichkeit einer Hospitalisation um 13% erhöht, beim gleichzeitigen Auftreten von mehr als 3 PIM's war die Wahrscheinlichkeit einer Spitaleinweisung bereits 63% höher als bei Patienten ohne PIM.

Die Resultate zeigen eine weite Verbreitung potentiell inadäquater Medikamente bei älteren Patienten – und damit die Notwendigkeit vermehrter Anstrengungen im Bereich der

Arzneimittelsicherheit. Im Vergleich zur nicht gesteuerten Versorgung sehen wir hingegen einen Trend zur gezielteren Arzneimitteltherapie in Managed-Care-Modellen.

[komplette Studie](#)





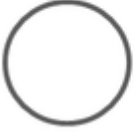











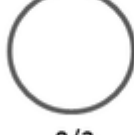

Integrated care programmes for adults with chronic conditions: a meta-review

Autoren: Martínez-González NA., Berchtold P., Ullmann K., Busato A., Egger M.


















Journal : Int J Qual Health Care (2014)

Steigert Integrierte Versorgung, also mehr Vernetzung und Koordination, die Betreuungs-Qualität und -Effizienz insbesondere bei chronischen Krankheiten? Diese Frage beantwortet eine neue systematische Literaturreview und zeigt, dass Integrationsmassnahmen bei chronischen Krankheiten wie Asthma, chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD), Diabetes und Herzinsuffizienz die Behandlungs-Qualität wie auch die Effizienz der Behandlung steigern. Beachtenswert ist, dass in keiner Arbeit eine Verschlechterung der Behandlungsqualität durch Integrierte Versorgung beschrieben wird. Wenig Evidenz liefert die Review dafür, dass durch Integrations-Massnahmen eine Reduktion der Gesamtkosten erreicht wird.

[komplette Studie](#)

Asthma		 1/3	 1/2	 1/2	 5/5
COPD	 0/3	 2/4	 0/5	 2/2	 3/3
Diabetes		 2/3	 4/5	 4/4	 4/6
Chronische Herzinsuffizienz	 5/8	 2/2	 4/8	 0/2	 2/5
	Mortalität reduziert	Leistungsfähig- keit verbessert	Lebensqualität verbessert	Patientenzufrie- denheit erhöht	Compliance verbessert

Resultate im Überblick: Qualitätsverbesserung

Asthma	 2/3			 1/2	 1/2
COPD	 2/5	 2/3	 4/4	 2/3	 0/3
Diabetes	 2/3		 1/1	 1/3	 1/4
Chronische Herzinsuffizienz	 4/6	 5/9	 4/8	 2/3	 1/8
	Spitalaufenthalte reduziert	Rehospitalisation reduziert	Spitalaufenthalte verkürzt	Notfallstation reduziert	Kosten reduziert

In eigener Sache

- www.fmc.ch auch auf französisch,
- neue Schriftenreihe «fmc-Denkstoff» und
- Infos zum Symposium 2015



Es gibt wieder einige News vom fmc: Zunächst einmal haben wir unsere Webseite endlich auch auf Französisch aufgeschaltet; dies als Zeichen, dass wir uns auch in der Westschweiz in nächster Zeit aktiver in die Debatte rund um die Zukunft der Gesundheitsversorgung einmischen möchten.

Zudem haben wir eine eigene Schriftenreihe lanciert – den fmc-Denkstoff. In der ersten Ausgabe werden drei Trendszenarien (Land, urbane Region, Grossstadt) bezüglich der Entwicklung der Integrierten Versorgung in der Schweiz skizziert und 16 konkrete Anwendungsbeispiele beschrieben.

Schliesslich nimmt unser Nationales Symposium Integrierte Versorgung vom 24. Juni 2015 in BERN mehr und mehr Gestalt an. Das Thema: «Sehen Sie mal, was ich sehe!»: mehr Patientensicht, mehr Integration. Die Neuerungen:

- Input Referate mit anschliessenden interaktiven Diskussionen in Kompetenzgruppen
- eHealth Challenge – Lösungsanbieter präsentieren nach Vorgaben des fmc innovative Lösungen für die Integrierte Versorgung
- Der fmc-Förderpreis wird zum «Anstoss- Preis» innovativer, neuer Projekte – Sie bestimmen vor Ort den Preisträger!
- Zentraler Veranstaltungsort: Kursaal Bern

Weitere Highlights:

- Politfokus mit Meinungen aus Politik und Behörden
- Interaktive Workshops d/f
- Meet the Experts
- Networking Dinner

Reservieren Sie sich bereits heute den 24. Juni 2015!



Das Schweizer Forum für integrierte Versorgung fmc ist ein unabhängiges, breit abgestütztes Kompetenzzentrum das den Wissens- und Erfahrungsaustausch zur horizontalen und vertikalen Vernetzung in der Gesundheitsversorgung fördert. Das fmc trägt dazu bei, die Qualität und Effizienz der Patientenbetreuung zu verbessern sowie die Sicherheit und Handlungsfähigkeit der Patienten zu erhöhen. Die Mitglieder des fmc profitieren von einem disziplinen- und sektorübergreifenden Netzwerk sowie spezifischen Angeboten. Weitere Informationen: <http://www.fmc.ch>

Wollen sie das eMagazin «fmc Impulse Integrierte Versorgung» weiterhin kostenlos erhalten? Dann melden Sie sich bitte an auf <http://fmc.ch/fmc-impulse/>