

Die Bedeutung von Nahtstellen zwischen ambulant und stationär

Gerade die Managed-Care-Entwicklung in der Schweiz zeigt, dass selbst im fragmentierten Gesundheitswesen von unterschiedlichen Interessengruppen gemeinsam getragene Lösungen und Innovationen möglich sind.

Peter Berchtold

Jedes Jahr werden gut 10 Prozent aller Versicherten in einem Spital behandelt. Grosses Engagement und Qualität charakterisieren die stationären Behandlungen. Aber sie belasten auch: den einzelnen Patienten, weil niemand gern ins Spital geht und das Gesundheitssystem, weil diese Versicherten fast dreimal höhere Kosten verursachen. Dies auch, weil unter ihnen viele chronisch Kranke sind, Patienten also, welche über längere Zeit zwischen ambulanter Betreuung und Spitalbehandlungen hin und her pendeln müssen. Es sind auch diese kranken Menschen, denen ein engeres Zusammenwirken und eine stärkere Integration zwischen ambulant und stationär entgegenkommen würden.

Weshalb es überhaupt Schnittstellen gibt ...

Die oberflächlichen (und mittlerweile ritualisierten) Schuldzuweisungen, wer im Gesundheitssystem für steigende Kosten verantwortlich sein sollte, suggerieren gerne, dass fehlende Koordination im (Eigen-) Interesse aller sein muss. Solche Er-

klärungsmuster greifen zu kurz, und kaum ein Gesundheitssystem existiert, welches nicht mit kleineren und grösseren Reformen Kostenkontrolle und Zusammenwirken der Akteure optimieren wollte. Das Gesundheitswesen als Gesamtsystem zu steuern, fällt deshalb bekannterweise schwer, weil es weder bei uns noch sonstwo als kohärentes System existiert, sondern aus unterschiedlichen Teilsystemen besteht. Diese Teilsysteme haben ihre eigenen Historien, Kulturen und Logiken, was auch bedeutet, dass Vernetzung innerhalb der Teilsysteme das eine ist, Zusammenarbeit zwischen denselben aber etwas ganz anderes.

«Ambulant» und «stationär» sind zwei solche Teilsysteme, die beide schon ausreichend herausgefordert sind, um die Vernetzung innerhalb (zum Beispiel eines Spitals) zu optimieren und sich schwer damit tun, Verknüpfungen nach aussen zu verstärken. Wie kam es dazu, wie unterscheiden sie sich, und was ist das Trennende? Als hilfreich erweist sich ein Modell von Glouberman und Mintzberg, welches aufzeigt, wie sich die Akutversorgung in Spitälern (und in Analogie dazu die Gesundheitssysteme) seit langem in die vier unterschiedlichen Subsysteme Cure, Care, Control und Community differenziert (siehe *Abbildung 1* [1]). Cure, die Mediziner, und Care, die Pflegenden, arbeiten beide im operativen Kerngeschäft der Behandlung und Betreuung von Patienten. Und trotzdem trennen ganz unterschiedliche Grundverständnisse diese beiden Subsysteme: Mediziner profilieren sich in ihren Fachdisziplinen, kontrollieren Behandlungsentscheide/ Interventionen und orientieren sich



Peter Berchtold

gerne ausserhalb der Spitalhierarchie. Die Pflegenden widmen sich vor allem den Betreuungsprozessen, koordinieren vieles rund um den Patienten und orientieren sich innerhalb der Organisation. Control, das Management, identifiziert sich mit der Hierarchie, kontrolliert Ressourcen – Budget, Betten, Stellen – und hat die Aufgabe, mittels messbarer Kriterien und Anreizen das Spital zu leiten. Das der Gesamtorganisation vorgesetzte Gremium (Community) ist zur Übersicht verpflichtet und bildet gleichzeitig die formale Verbindung zur Aussenwelt.

Alle diese Quadranten beziehungsweise die darin arbeitenden Menschen zeichnen sich durch ein je individuelles Verständnis ihrer Arbeit, eigene Kulturen, Hierarchiebezüge und Orientierungen aus. Diese wurden ihnen nicht «in die Wiege gelegt», sondern sie haben sie während ihrem beruflichen Werdegang akquiriert. Die so häufig beklagte «Unführbarkeit» von Spitälern beruht wesentlich auf eben diesen Unterschieden.

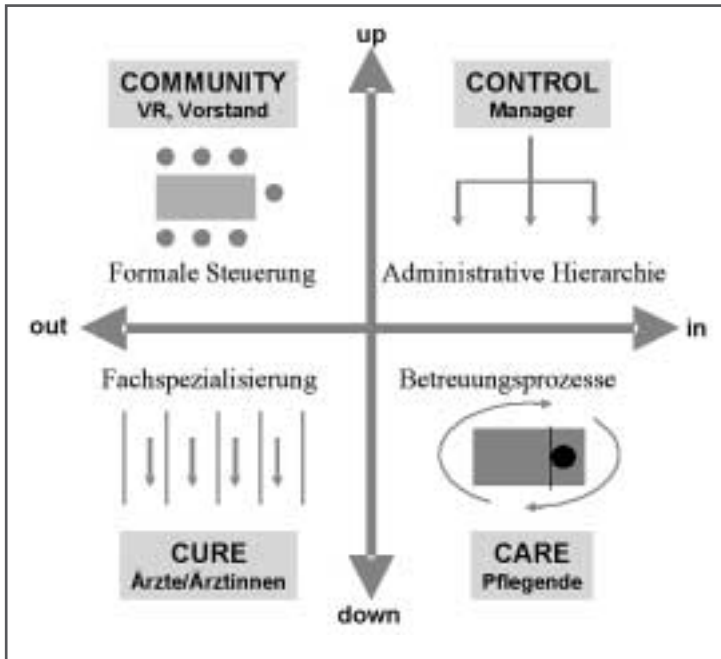


Abbildung 1

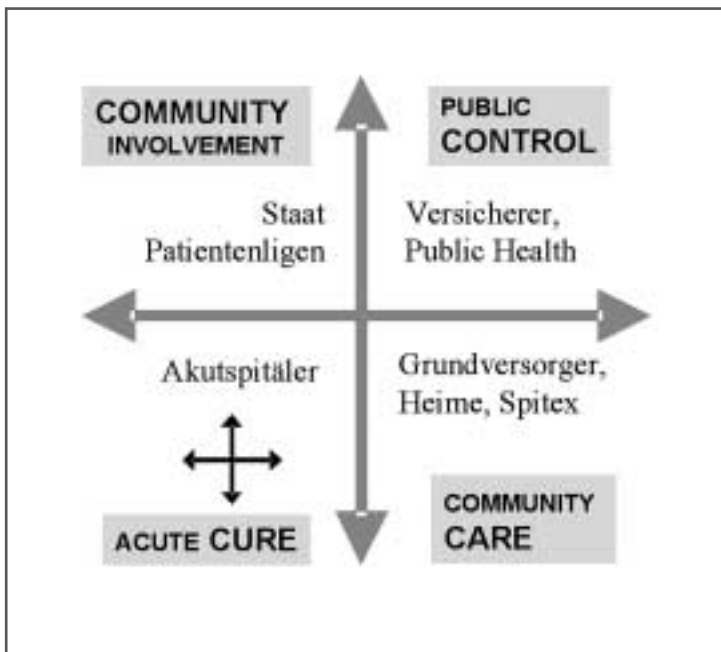


Abbildung 2

Auf der Stufe Gesundheitswesen ist ein analoges Bild auszumachen (Abbildung 2). Man braucht dazu nur das beschriebene Modell auf Systemebene anzuheben: Cure repräsentiert dann die Akutspitäler, Care die Grundversorger, Heime und Spitex, Control die Krankenkassen und regulierenden Instanzen sowie Community den Staat. Die beschriebenen Unterschiede treffen weitgehend auch hier zu, man braucht sich nur an eine Diskussion zwischen beispielsweise Krankenkassen und Ärz-

tevertretern oder Grundversorgern und Spitälern zu erinnern. Sie alle haben ihre eigenen Haltungen, Logiken sowie Wertvorstellungen, und sie zweifeln – mindestens im Konfliktfall – am Stellenwert der jeweils anderen!

... und wie daraus Nahtstellen werden

Der Schnittlinien sind also viele. Welche Verknüpfungsstrategien bieten sich an? Integration ist gefragt – auch im grundsätzlichen Sinn und in

verschiedenen Dimensionen: erstens ein integratives Verständnis, wobei es darum geht, unterschiedliche Haltungen und Wertvorstellungen als innere Logik der jeweils anderen Akteurguppen zu verstehen. Denn nur so lassen sich immer vorhandene gegenläufige Interessen konstruktiv überwinden.

Zweitens soll ein integratives Handeln, beispielsweise Projekte und Initiativen nicht nur im Licht der eigenen Anliegen, sondern unter Berücksichtigung der Interessen der beteiligten Akteure entwerfen und bearbeiten. Gerade die Managed-Care-Entwicklung in der Schweiz zeigt, dass selbst im fragmentierten Gesundheitswesen von unterschiedlichen Interessengruppen gemeinsam getragene Lösungen und Innovationen möglich sind. Lösungen und Innovationen übrigens, welche in umliegenden Gesundheitswesen kaum denkbar wären. Dem schweizerischen Sinn für Integration sei Dank. Drittens geht es um integrative Konzepte, also um koordinierte und aufeinander abgestimmte statt isolierter Massnahmen. Dieser Aspekt ist zur Überbrückung der ambulanten-stationären Schnittfläche mit Blick auf Patienten mit chronischen Krankheiten besonders bedeutsam. Denn komplexe Behandlungsabläufe lassen sich nur mit breit gefächerten Massnahmen und nicht mit punktuellen Eingriffen optimieren. ■

Autor:

PD Dr. Peter Berchtold

Präsident Forum Managed Care

Leiter College-M

College für Management im

Gesundheitswesen

Freiburgerstrasse 41

3010 Bern

E-Mail:

peter.berchtold@college-m.ch

Literatur:

1. Gloubermann S, Mintzberg H: Managing the care of health and the cure of disease. Health Care Manage Rev 2001, 26: 56-92.