

Die persönliche Gesundheitsstelle – Integrierte Versorgung, die Sinn macht

Rosmarie Glauser

Ich wohne in einem Dorf im Berner Seeland. Hier gibt es seit ein paar Jahren ein so genanntes MediZentrum. Das MediZentrum ist nicht bloss ein Zusammenschluss von Ärzten in der Form eines Ärztezentrums, sondern eine qualitativ hochstehende und prozessoptimierte Struktur, die eine umfassende Grundversorgung bereitstellt und gleichzeitig eine wichtige Rolle bei der Aus- und Weiterbildung des Nachwuchses in der Hausarztmedizin und anderen Gesundheitsberufen übernimmt. Das Team besteht im Wesentlichen aus mehreren Hausärztinnen und Hausärzten, drei Advanced Practitioner Nurses (APN), Pflegefachfrauen, zwei Psychologinnen, mehreren Medizinischen Praxisassistentinnen (MPA), Laborantinnen, Ernährungsberaterinnen sowie Berufsleuten in Aus- bzw. Weiterbildung. Hinzu kommt eine Gynäkologin, die einmal pro Woche im Haus ist. Das Angebot wird ergänzt durch regelmässige Sprechstunden (in der Regel alle zwei Wochen) diverser Spezialärztinnen und -ärzte. Sie übernehmen gewisse Untersuchungen und Nachbetreuungen. Auch palliative Leistungen gehören zum Angebot. Das MediZentrum kümmert sich mit verschiedenen Massnahmen um Qualitätssicherung, ist zertifiziert und akkreditiert. Es steht allen PatientInnen offen, unabhängig von ihrem Versicherungsmodell.

Die medizinische, therapeutische und präventive Versorgung erfolgt in diesem System in hoher Qualität, effizient und dank effizienter Strukturen kostengünstig. Das MediZentrum bietet damit die perfekte integrierte Versorgung der Bevölkerung, und das ohne einengend zu sein. So ist es möglich, andere FachärztInnen zu wählen als die, die im und für das MediZentrum tätig sind. Ich selber habe beispielsweise eine andere Gynäkologin. Die Vernetzung und der gegenseitige Austausch funktionieren trotzdem. Im Regelfall sind die Patientinnen und Patienten aber froh, wenn die Versorgung unter einem Dach stattfindet bzw. eine notwendige Überweisung koordiniert und in eingespielten Netzwerken erfolgt.

Eine integrierte Versorgung dieser Art wäre allen Gesunden und Kranken in diesem Land zu wünschen. Die Frage ist also, wie solche Modelle gefördert werden können.

Bedrohte ganzheitliche Versorgung

In der medizinischen Versorgung nehmen Vielfalt und Spezialisierung laufend zu. Entsprechend wächst der Bedarf, Übersicht zu bieten, die einzelnen Behandlungsschritte zu koordinieren und eine ganzheitliche Sicht zu gewährleisten, damit die Patientinnen und Patienten in all ihren Aspekten Beachtung finden. Traditionell sind es die Hausärztinnen und Hausärzte, die diese Aufgaben übernehmen. Deshalb ist es besorgniserregend, dass die Hausarztmedizin in den letzten Jahren an Gewicht verloren hat und ein Mangel an Grundversorgerinnen und Grundversorgern droht.

Die Folgen einer mangelnden ganzheitlichen Versorgung sind vielfältig: Die Patientinnen und Patienten sind verunsichert, erhalten von verschiedenen Leistungserbringern Auskünfte, die es einzuordnen gälte, es kommt zu medizinisch unnötigen Mehrfachuntersuchungen, unkoordinierten Behandlungsabläufen und manchmal auch zu unangebrachten Therapien und Eingriffen. Schnittstellen, zum Beispiel zwischen Spital, Spitex, Rehabilitation oder Pflegeheim können leicht zum Problem werden. Kommt hinzu, dass Anbieter, denen es nicht primär um eine optimale Versorgung geht, sondern um möglichst hohe Umsätze und Gewinne, in einem nicht koordinierten System leichtes Spiel haben. All dies führt zu unnötigen Kosten und Belastungen für die Patientinnen und Patienten. Deshalb besteht ein hoher Handlungsbedarf.

Untaugliche Vorschläge

Parteien, Versicherer, Bundesrat und Parlament propagieren in regelmässigen Abständen Modelle, die zur Kostendämpfung und zur besseren Versorgung beitragen sollen. So stehen zum Beispiel immer wieder Managed-Care-Modelle zur Diskussion, also auch Modelle, die eine vernetzte Versorgung gewährleisten sollen. Viele dieser Modelle sind aber mit erheblichen Nachteilen behaftet. Sie basieren auf speziellen, für die Betroffenen nicht einsehbaren Verträgen zwischen Krankenkassen und Ärztenetzwerken. Dabei herrscht wenig Transparenz. Die Patientinnen und Patienten wissen nicht, was genau in diesen Verträgen abgemacht wurde, zum Beispiel ob es ein Globalbudget oder ob es Bonus- bzw. Maluszahlungen gibt, ob bestimmte Spitäler oder Einrichtungen berücksichtigt werden müssen und so weiter.

Problematisch an solchen Managed-Care-Modellen sind die rasch wachsende Unübersichtlichkeit und die Steuerungsmacht, die den Kassen zukommt. Unliebsame Ärztenetze können von den Kassen mit der Vertragsauflösung bedroht werden – zum Beispiel dann, wenn die Behandlungskosten in den Augen der Kassen zu hoch sind.

Auf der politischen Agenda steht auch immer wieder die Idee, den Leistungserbringern die Budgetverantwortung zu übertragen. Sie können

Gewinn erzielen, wenn ihre Aufwendungen das jährliche Budget unterschreiten. Mehrkosten müssen sie selber bezahlen. Dies verleitet zu einem Sparverhalten auf Kosten der Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten. Werden die Budgets zu tief festgelegt, bedeutet das für viele gewissenhafte Leistungserbringer Gratisarbeit, Konflikte im Team und Verzicht auf Innovation. In Deutschland zum Beispiel haben solche Budgets dazu geführt, dass verantwortungsvolle Hausärztinnen und -ärzte die letzten zwei bis drei Monate des Jahres gratis arbeiten müssen.

Zur Debatte steht seit Jahren auch die Aufhebung des Vertragsobligatoriums. Die Krankenkassen wollen frei wählen können, mit welchen Leistungserbringern sie Verträge abschliessen und mit welchen nicht. Dies würde dazu führen, dass die Kassen als primär ökonomisch motivierte Akteure die zentrale Steuerungsmacht erhielten, mit unabsehbaren Folgen für die Gleichbehandlung und für die Qualität der Grundversorgung.

Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs bedeutet für die Patientinnen und Patienten nichts anderes als die Einschränkung der freien Arztwahl, weil sie sich nicht darauf verlassen können, dass die Ärzte ihrer Wahl einen Vertrag mit ihrer Krankenkasse haben. Ohne Vertrag müssten die Behandlungskosten selber bezahlt werden.

Die Krankenkassen haben nicht die gleichen Interessen wie die Patientinnen und Patienten. Es ist zu befürchten, dass sie nach rein ökonomischen Kriterien entscheiden würden, nicht nach qualitativen. Ausserdem würde das System noch unübersichtlicher, da die Krankenkassen Versicherungsmodelle mit eingeschränkter und solche mit freier Arztwahl zu unterschiedlichen Preisen anbieten könnten. Der permanente Kostendruck auf die Leistungserbringer würde zudem eine verdeckte Rationierung begünstigen.

In der Praxis haben sich zum Teil tauglichere Modelle entwickelt, wie zum Beispiel das eingangs beschriebene MediZentrum. Es gibt weitere Bemühungen verschiedener Institutionen, durch bessere Kooperation eine stärkere Integration und Koordination der Leistungen zu erreichen. An manchen Orten wird die ambulante und die stationäre Langzeitpflege und -betreuung unter einem organisatorischen Dach zusammengefasst, und es werden weitere Versorgungsformen einbezogen (z. B. betreutes Wohnen oder Hausarztmedizin). Doch ist die Lage sehr uneinheitlich: In manchen Kantonen wird eine Integration stark gefördert (siehe Artikel zum Kanton Waadt in diesem Buch), in andern fehlen solche Angebote gänzlich oder es müssen deutliche Vorbehalte angebracht werden, etwa dann, wenn solche Kooperationen von ökonomischen Interessen dominiert sind. Es ist meines Erachtens zwingend, die integrierte Versorgung primär nach den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten zu gestalten. Integration muss die individuelle Situation berücksichtigen, die psychosoziale Situa-

tion kennen und mit der Geschichte und der Individualität der Betroffenen vertraut sein. Sie muss in der Lage sein, das Interesse der Patientinnen und Patienten ins Zentrum zu stellen. Dies ist der grundsätzliche Ansatz der Persönlichen Gesundheitsstelle.

Modell Persönliche Gesundheitsstelle (PGS): Eckwerte und Ziele

Vor mehreren Jahren haben diverse Berufsverbände im Gesundheitswesen als Alternative zu den untauglichen Managed-Care-Vorschlägen ein neues Modell propagiert. Im Zentrum des Modells steht die persönliche Gesundheitsstelle (PGS). Sie erbringt die hausärztliche Erstversorgung, übernimmt die Überweisung an andere Leistungserbringer und hat dabei die gesamte Behandlungskette im Blick. Alle Versicherten sind in der Wahl ihrer PGS frei und haben bei Bedarf Anrecht auf eine zweite ärztliche Meinung. Die Kantone müssen eine flächendeckende Versorgung mit PGS gewährleisten.

Das Modell im Detail

1. Jede und jeder Versicherte bestimmt eine Persönliche Gesundheitsstelle PGS. Sie/er ist in der Wahl dieser Stelle frei. Ein Wechsel der PGS ist jederzeit möglich.
2. PGS sind Hausarzt- oder Kinderarztpraxen, Praxisgemeinschaften, Ambulatorien und weitere ärztlich geleitete Netzwerke, die eine kompetente diagnostische, therapeutische und pflegerische Erst- und Grundversorgung sowie eine Kontinuität in der Betreuung sicherstellen. Die PGS koordiniert die Behandlungswege und führt ein umfassendes PatientInnen-dossier.
3. Leistungen der PGS werden von der OKP (obligatorische Krankenpflegeversicherung) übernommen, falls die darin arbeitenden ÄrztInnen die nachfolgenden Kriterien kumulativ erfüllen:
 - ◆ Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin oder Pädiatrie sowie FachärztInnen, welche in den letzten fünf Jahren hauptsächlich Leistungen der Grundversorgung erbracht haben,
 - ◆ Nachweis kontinuierlicher fachärztlicher Fortbildung,
 - ◆ kontinuierliche Fortbildungen in Gesundheitsökonomie (Versorgungseffizienz),
 - ◆ Zugehörigkeit zu einem Versorgernetzwerk (ohne Budgetverantwortung), das sich auch der Qualitätssicherung widmet,
 - ◆ Orientierung an den Behandlungsrichtlinien der Fachgesellschaften.
4. Die PGS stellt die Zuweisung zu einer spezialärztlichen Versorgung sowie zu den weiteren anerkannten Leistungserbringern sicher. PatientInnen wählen die weiteren Leistungserbringer in Absprache mit ihrer PGS aus.

5. Sämtliche Leistungserbringer leiten die erforderlichen Informationen an die PGS weiter. PatientInnen können diese Weiterleitung auf eigene Verantwortung hin untersagen. Der Datenschutz ist gewährleistet.
6. Die PatientInnen können in Absprache mit der PGS zu Lasten der OKP eine Zweitmeinung verlangen.
7. Die Kantone sind für die ambulante medizinische Versorgungssicherheit verantwortlich und garantieren ein flächendeckendes Angebot an PGS. Sie akkreditieren die PGS auf Basis der unter Punkt 3 genannten Kriterien. Die Akkreditierung kann nur aus Gründen mangelnder Qualität verweigert oder entzogen werden. Gegen eine Verweigerung oder einen Entzug kann Beschwerde erhoben werden.
8. Der Bund arbeitet bei Präventions-, Informations-, Gesundheitsförderungs- und Versorgungsprogrammen mit den PGS zusammen.

Die Vorteile dieses Modells

Mit dem Modell der Persönlichen Gesundheitsstelle (PGS) wird die ganzheitliche Versorgung entscheidend gestärkt. Weil alle eine PGS wählen müssen, profitieren auch alle von der integrierten, vernetzten Versorgung. Die freie Arztwahl und damit die Souveränität der Versicherten bleiben dabei gewährleistet.

Alle haben Zugang zum gleichen System, eine Aufspaltung der Grundversicherung in Billigvariante mit Einschränkungen einerseits und einer teuren Variante mit freier Arztwahl andererseits wird verhindert.

Durch das Vermeiden von Doppelspurigkeiten, von unnötigen Behandlungen und dank ganzheitlicher Betreuung der Patientinnen und Patienten können Kosten gespart und die Qualität der Versorgung gleichzeitig erhöht werden.

Die PGS müssen durch die Kantone akkreditiert werden, damit ist eine gewisse Qualitätskontrolle gewährleistet.

Falls es nicht genügend PGS gibt, wird das sofort deutlich und die Kantone sind gezwungen, zu handeln und Massnahmen zu ergreifen.

Die PGS sind zuständig für die Gesamtsicht, für die Koordination aller Behandlungen, für die Erfassung der Daten und – in Abstimmung mit den Patientinnen und Patienten – für das elektronische Patientendossier. Dafür müssen entsprechende Tarmed-Positionen geschaffen werden. Das wäre eine klare Stärkung der HausärztInnen.