

Vernetztes Wissen und interdisziplinäre Zusammenarbeit –  
die Stärke der Ärztenetze

## Auch die Integrierte Versorgung kennt zahlreiche Tücken

Eigentlich lernen wir das schon von Kindesbeinen an: Einer allein hat es schwer, sich zu behaupten. Schon die Familie an sich bildet in der Regel ein soziales Netz, spendet Geborgenheit und Sicherheit. Aber auch Freunde und später dann berufliche Netze helfen einem, sein Wissen zu erweitern und Beziehungen zu nutzen, um seine eigene Karriere und damit den Einkommensstatus zu verbessern. Oft schaffen es erst die gemeinsamen Interessen, den nötigen Willen zu entwickeln und damit bestehende Hindernisse zu überwinden. Dies haben selbst Ökonomen erkannt und sprechen heute von sogenannten «Shared Value-Prinzipien», die einen wirklichen monetären Erfolg erst entstehen lassen.

Dass es sinnvoll ist, im Gesundheitswesen in interdisziplinären Netzen zu arbeiten, zeigt die aktuelle Managed Care-Diskussion, die auch nach der Abstimmung vom 17. Juni fort dauern dürfte. Niemand diskutiert jeweils dabei über den Sinn der medizinischen Vernetzung oder Integrierten Versorgung an sich. Zur Diskussion stehen eher die finanziellen Aspekte und Zwänge im Zusammenhang mit der Einführung. So sind heute schon in der Schweiz viele niedergelassene Ärzte unterschiedlichster medizinischer Disziplinen in Netzwerken organisiert. Und auch viele der Patienten gehen heute oft zuerst zum Hausarzt und nutzen dabei diese Netze, meist ohne es explizit zu wissen.

### Die kleinen Unterschiede sind wesentlich

Dabei gibt es durchaus kleine, feine Unterschiede in den Netzwerken. Während einige der Netzwerke von den Ärzten selbst gegründet wurden, sind andere entweder direkt bei einer Krankenversicherung engagiert oder wurden durch diese vertraglich motiviert. Meist sind diese Netzwerke dann mit einer Art Budget ausgestattet oder erhalten pauschale Erstattungen. Und hier liegt wohl der eigentliche Unterschied der Netze. Während die «freien Netzwerke» im ganz normalen Tarifsysteem (meist nach TarMed) abrechnen, unterliegen die «Versicherungsnetzwerke» einem gewissen Kostendruck. Interessanterweise sind diese dann aber oft besser mit IT ausgestattet, was wohl den Eindruck manifestiert, diese seien effizienter.

### Das qualitative Ziel einer Behandlung

Nur genau da fehlt derzeit der Nachweis. Effizienz im Gesundheitswesen setzt voraus, dass man das qualitative Ziel einer Behandlung definieren kann und hier scheitern derzeit die meisten Massnahmen, nicht nur im ambulanten, sondern auch im stationären Behandlungsbereich. Bei der Frage, was denn Qualität im Gesundheitswesen ist (oder sein soll), scheiden sich so manche Fachgeister und die Politiker fordern Massnahmen, die vielleicht leicht verständlich sind, aber hinsichtlich dem eigentlich Zweck, nämlich des transparenten, zielorientierten, effizienten und wirkungsvollen Behandlungsprozesses und dessen Ziel, wirkungslos bleiben.

Die Behandlungsqualität setzt voraus, dass sowohl der Behandlungsprozess wie auch das Ziel zu Beginn einer Behandlung definiert werden kann. Und genau das funktioniert derzeit weder im ambulanten noch im stationären Prozess. Sogenannte Behandlungspfade, die den Behandlungsweg über beide Sektoren, also gegebenenfalls über den gesamten Behandlungsweg des Patienten definieren, sind dabei sowieso noch in weiter Ferne.

### Gefahr der Mengenausweitung

Im Gesundheitswesen zeigen sich in der Regel zwei wesentliche Gefahren zur Mengenausweitung und damit Kostensteigerung. Die eine Gefahr wird in der Bedarfsgenerierung an sich gesehen. Hierbei spielen das heutige Informationsangebot, auch im Internet, und die Art und

Weise der Kommunikation dieser Informationen eine nicht unwesentliche Rolle. Bestimmte Behandlungen werden überhaupt erst durch die Informationsverfügbarkeit und -präsentation angegangen. Das ist nun per se nicht schlecht, kann es doch dabei auch um die Behandlung eines bisher zwar latent vorhandenen, aber nicht bewussten Gesundheitsproblems gehen. So kann eine Früherkennung durchaus dazu führen, dass ein Gesundheitsproblem kostengünstiger behoben werden kann. Es gibt aber auch die Gefahr, dass dabei «Leiden» behandelt werden, die man nicht behandeln müsste, oder das die medizinische Indizierung nicht wirklich gegeben ist (z.B. wo ist die Grenze zum sog. Schönheitseingriff?).

### Auch eine Überversorgung droht

Die zweite Gefahr besteht in der «Überversorgung» eines Patienten. Neben der Generierung von Behandlungsbedarf, stellt sich auch oft die Frage bezüglich der notwendigen Massnahmen zur Behandlung. So ist es durchaus denkbar, dass ein Arzt einer alten Dame mit degenerativ bedingtem Rückenleiden und gelegentlichen Schmerzen eine Wirbeloperation empfiehlt, obwohl die meisten hierbei zuwarten würden, bis der Leidensdruck ein Stadium erreicht, welches die Operation unumgänglich macht (wiewohl auch diese Grenze nicht klar definierbar ist). Denn diese Operation ist im hohen Alter für einen Patienten auch nicht gerade risikolos und kann zu erheblichen gesundheitlichen Begleiterscheinungen führen, so dass nach der OP gegebenenfalls eine Verschlimmerung

resultiert oder zusätzliche Probleme behoben werden müssen.

Dieses sehr einfach gehaltene Problem zeigt schon, dass es für die Regulierer und Finanziierer gar nicht einfach ist, hier klare Leitlinien festzulegen und so bleiben hier immer gewisse Auslegungsprobleme oder «Grauzonen» in der Frage, was eine notwendige Behandlung ist. So darf es nicht verwundern, wenn zunehmend versucht wird, über Pauschalabgeltungen und Budgetzwänge nicht nur im stationären, sondern auch im ambulanten Bereich eine Motivation zur effizienten Behandlung einzuführen.

### Entstehen neue Probleme?

Nur stellt sich dabei auch die Frage, ob die so motivierte Einführung von monetären Limitierungen in der Integrierten Versorgung nicht zu neuen Problemen ganz anderer Natur führt? Schaut man sich heute die sich bildenden Ärztenetze einmal genauer an, fällt auf, dass diese meist regional orientiert sind oder sich gar in einer einzigen Praxis (Stichwort: ambulantes Klinikum oder Gesundheitszentrum) zusammenschliessen. Der Zusammenschluss in einem einzigen Zentrum hat dabei natürlich gewisse Prozessvorteile, was die gemeinsame Beratung von Patientenfällen, gemeinsame Investitionen oder die gemeinsame Abwicklung

administrativer Arbeiten angeht. Andererseits ist nicht jeder niedergelassene Arzt gewillt, in eine bestimmte Gemeinschaftspraxis zu gehen, da er sich so vielleicht andere Marktmöglichkeiten verschliesst. Und so können oft auch diese Gemeinschaftspraxen nicht auf allen medizinischen Gebieten wirken.

### Regionale Netzwerke – ein Ausweg?

Ärzteneetze in Regionen schaffen da einen gewissen Ausgleich, kann doch so der Arzt einerseits an den Beratungen teilnehmen und die Dienste anderer im Netzwerk für den Patienten in Anspruch nehmen, andererseits trotzdem seinen spezifischen Markt entwickeln, ohne auf andere dabei zu grosse Rücksicht nehmen zu müssen. Dafür muss er aber gewisse Wege z.B. für gemeinsame Treffen in Kauf nehmen, die ihn wiederum Reisezeiten und -spesen kosten. Per Telefon, Fax und eMail wiederum lassen sich dabei nicht alle Fragen lösen oder die Kommunikation kann zumindest sehr aufwändig sein. Auch wird es bei zu grossen Entfernungen zunehmend schwierig, den Patienten einem Kollegen zu überweisen, damit dieser ihn begutachten kann. Insbesondere, wenn dies mangels guter Information und Kommunikation untereinander unnötigerweise öfters passiert. Dies ist wohl auch der Grund, warum die Mitglieder derartiger Netze meist keine grossen Entfernungen zueinander haben.

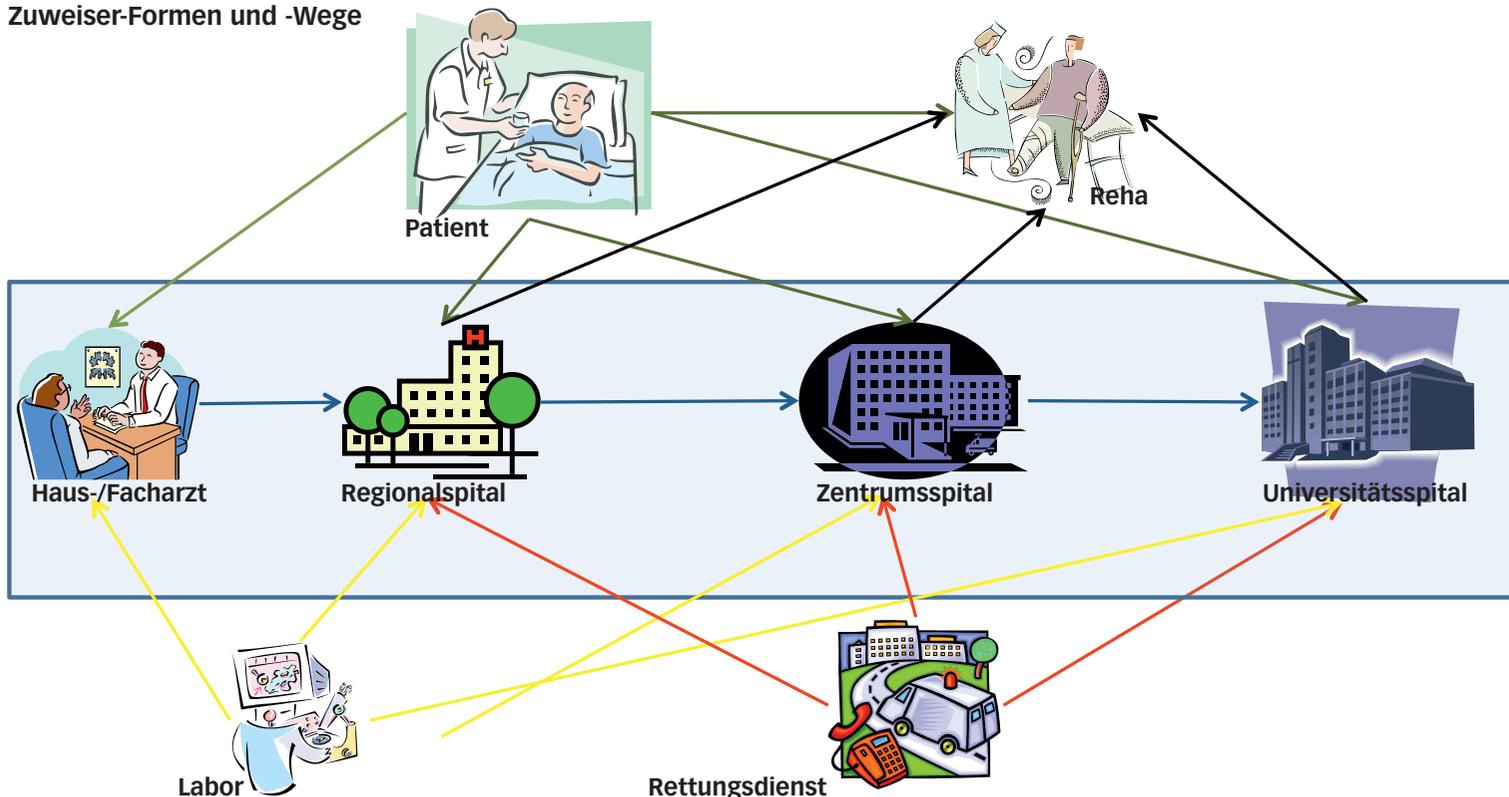
Obwohl man in der Schweiz in der Regel nicht von allzu grossen Entfernungen ausgehen kann und die verkehrstechnische Infrastruktur in grossen Teilen vorbildlich ausgeprägt ist, findet so aber doch durch die Netzwerke auch ein gewisser Sog bei den Ärzten in die Nähe von Zentren statt, was wiederum einen Ärztemangel in den ländlichen Regionen bewirkt.

### Wie kann man nun diese Probleme lösen?

Gerade bei niedergelassenen Ärzten und damit auch in Ärztenetzen ist traditionelles Arbeiten mittels Telefon, Fax und Handakte heute eher noch die Regel. Vermutlich auch durch die derzeitigen eHealth-Diskussionen motiviert, werden neue Formen der möglichen Zusammenarbeit primär mit dem notwendigen Aufbau von Patienteninformationssystemen und dem vernetzten Austausch von Daten aus diesen heraus assoziiert. Das es daneben auch noch andere, meist schneller realisierbare und kostengünstigere Methoden gibt, sowohl interaktiv wie auch interdisziplinär gemeinsam mit dem Patienten an der Behandlung zu arbeiten, ist derzeit eher noch unbekannt.

Dabei sind die Möglichkeiten der modernen telemedizinischen Kommunikationen mit Ihren hohen Bildqualitäten und flexiblen Anbindungsmöglichkeiten von unterschiedlichsten Behand-

### Zuweiser-Formen und -Wege





Telemedizin zur interdisziplinären Begutachtung von Patienten

lungengerätschaften geradezu prädestiniert, die niedergelassenen Ärzte, wie auch Spitäler und medizinische Institutionen, unmittelbar bei der Arbeit zu unterstützen, auch wenn diese noch primär mit der Handakte arbeiten oder ihr Praxis- oder Klinikinformationssystem noch nicht vernetzt ist.

Ausserdem ermöglicht es völlig neue Wege der Zusammenarbeit. Allerdings nur, wenn die telemedizinische Lösung auch eine entsprechende Flexibilität für den direkten Aufbau von Video-Konferenzen und die gemeinsame Betrachtung von Bildern oder sonstigem (medizinischem) Content am Bildschirm auch zulässt.

**Die Schweiz – führend bei telemedizinischen Netzwerken**

Heutzutage etablieren sich neben sozialen auch echte berufliche Netzwerke im Internet und nutzen die Flexibilität, die dieses Medium ermöglicht, zur interaktiven Zusammenarbeit. Ein Beispiel für eine derartige flexibel und einfach zu handhabende telemedizinische Kommunikationslösung ist die Cybermedical Community. Hier entstand vor ca. 3 Jahren in der Schweiz in Zusammenarbeit mit Ärzten und medizinischen Fachspezialisten ein interdisziplinäres, national, wie international eingesetztes Fachnetzwerk, welches die medizinische Kommunikation unter Verwendung von Standard-PC-

Equipment in einer medizinisch notwendigen, hohen Bildqualität und mit entsprechender Security ermöglicht.

Wie es sich für ein Netzwerk gehört, kann sich damit grundsätzlich jeder Arzt, ob niedergelassen, Mitarbeiter in einem medizinischen Institut oder in einem Spital, dort anmelden. Und so mit dem Experten seiner Wahl kommunizieren, egal wo sich dieser befindet. Dies ermöglicht vielfältige Formen der Zusammenarbeit und damit Behandlungsprozess- und Qualitäts-optimierungen, sowohl untereinander als auch mit dem Patienten. Hierzu ein paar einfache Beispiele:

**Homecare**

Viele Patienten besitzen heute schon einen modernen PC oder ein Tablet und einen HDTV (1080p)-fähigen Monitor oder Fernseher. Eine entsprechende Webcam und ein Soundgerät sind da oft ebenfalls schon vorhanden oder zumindest schnell beschafft. So ausgestattet kann der Patient die direkte Kommunikation in einer Qualität aufnehmen, die für den Arzt schon eine medizinische Beurteilung zulässt.

Ob man dies direkt mit dem Patienten durchführt oder hier die Dienste im Primary Nursing (Spitex, Hebammen, Apotheker etc.) noch dazwischen schaltet, ist dann eher eine Frage des Services, den man erbringen will.

In Deutschland werden hierzu aktuell diverse Projekte durchgeführt, um so Patienten, die relativ weit vom nächstgelegenen Arzt entfernt wohnen, eine medizinische Erstberatung und Versorgung zu ermöglichen. So können insbesondere älteren Menschen die zum Teil langen Anreisewege zunächst erspart oder sogenannte «Bagatellschäden» effizient erledigt werden. Auch in der Schweiz werden diesbezüglich erste Überlegungen angestellt bzw. Projekte durchgeführt.

**Medical Collaboration**

Über 100 Schweizer Spitäler, Ärzte und Institutionen setzen bereits die telemedizinischen Möglichkeiten für interdisziplinäre Begutachtungen der Patienten, gemeinsame Tumorboards oder andere Konsilien, interaktive Labor- und Radiologie-Untersuchungen oder die interdisziplinäre Vorbereitung und Durchführung von Operationen ein. Dabei zeigen sich schon deutliche Vorteile in der Prozessoptimierung und der medizinischen Qualität der Behandlungen.

So bauen z.B. erste Spitäler entsprechende Services auf, um die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten zu verbessern und damit diese bei Bedarf auf entsprechende Einrichtungen im Spital zugreifen können.

Aber auch im Bereich Rettung und Notfall lassen sich so schon einige Optimierungen erzielen, indem der Arzt sich z.B. visuell direkt ein Bild vom Ort des Unfallgeschehens machen oder den Zustand des Patienten während des Transportes permanent verfolgen kann.

**Health- and Accident Insurance Services**

Auch in der Zusammenarbeit mit den Kranken- und Unfallversicherungen lassen sich so Optimierungen erzielen, indem im Falle von Kostengutsprachen, die Ärzte oder das Spital z.B. direkt eine Verbindung mit den vertrauensärztlichen Diensten der Versicherungen aufnehmen können, um die notwendigen medizinischen Klärungen für die Finanzierung einer Behandlung oder eines Krankenrücktransportes schnell vornehmen zu können.

Dies sind nur ein paar wenige Beispiele, die aber schon zeigen, dass durch dieses telemedizinische Netzwerk erhebliches Einsparpotenzial gegeben ist.

**Integrierte Versorgung lohnt sich, Umsetzung enthält aber auch Gefahren**

Integrierte Versorgungs- und Ärztenetzwerke lohnen sich in mehrfacher Hinsicht, sowohl bei der Qualität der Versorgung als auch bei den

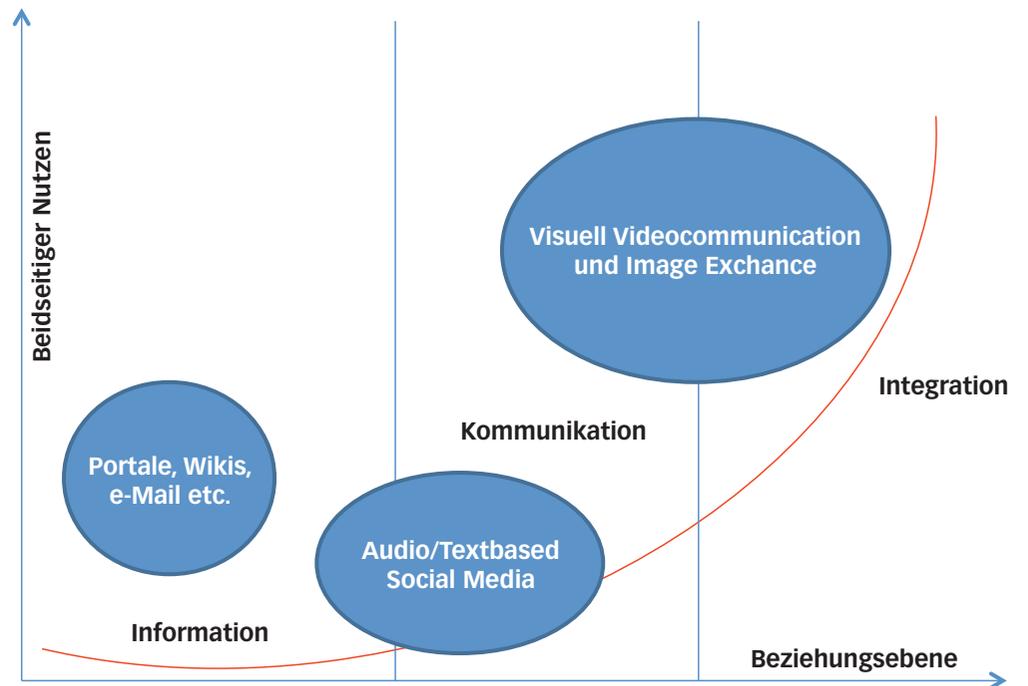
Kosten. Dabei ist es zunächst egal, ob es sich um freiwillig gebildete Netzwerke, staatlich gesteuertes Managed Care oder eine andere Form der gemeinsamen Versorgung handelt.

Je nach Ausgestaltung lösen diese Formen aber auch ungewollte Trends aus, wie z.B. die Abwanderung der niedergelassenen Ärzte in ländlichen Regionen und deren Zuzug in städtische Gebiete. Ausserdem sind sie bezüglich der Ausgestaltung von medizinischen Services und bei der Zusammenarbeit noch nicht flexibel genug.

Hinzu kommt, dass gerade die derzeitigen «Vernetzungsdiskussionen» im Rahmen von eHealth auch noch eine Art Blockade auslösen, da sie bei den Beteiligten implizieren, dass zunächst die Informationssysteme, deren Vernetzung und damit der Datentransport geklärt werden muss, bevor eine effektive Zusammenarbeit möglich ist. Die dafür notwendigen Investitionen wirken hier gar noch als zusätzliches Hemmnis.

Genau in diesem Bereich bieten die telemedizinischen Lösungen rasche Hilfe, insbesondere wenn sich jeder, ohne grosse Zusatzinvestitionen und -vorbereitungen, daran beteiligen kann und so die Kommunikation mit jedem «Wunsch»-Partner möglich wird. Statt die Daten, Bilder etc. zunächst von einem System in das andere zu transportieren, wird hier ein direkter und kontrollierter Einblick auf Basis des eigenen Systems gewährt. Erst nach Klärung des notwendigen Bedarfs kommt dann die Frage der Übertragung. Vor allem ist dies nicht nur eine «Interimslösung», die dann mit Einführungen einer Datenübertragungs-Vernetzung obsolet

## Aufbau einer systematischen Kommunikation



wird, sondern diese wird auch neben derartigen Lösungen Bestand haben. So lassen sich schon jetzt durch Prozessoptimierungen und die Zusammenarbeit im Netzwerk erhebliche Kosten sparen.

Hier ist die in der Schweiz entwickelte Cybermedical Community eine beispiellose Lösung, denn sie bietet als Fachkräftenetzwerk schon heute eine weitestgehend barrierefreie Nutzung und damit eine flexible und schnelle Vernetzung mit jedem «Wunschpartner».



**Autor**  
Uwe Kleinschmidt  
Strategie- und  
Performance  
Beratung Healthcare  
Tel. 079 503 7107  
Health.Bells@Gmail.com

## MAS in Health Service Management

Für Führungspersönlichkeiten im Gesundheitswesen: Solide Management- und Sozialkompetenz sowie Erfahrungsaustausch im Klassenverband. 60 Tage berufsbegleitend. Nächster Start: 24. Oktober 2012.

### Interessiert?

Weitere Informationen auf [www.fhsg.ch/management-weiterbildung](http://www.fhsg.ch/management-weiterbildung) oder über Tel. +41 71 228 63 28, [management@fhsg.ch](mailto:management@fhsg.ch)



FHO Fachhochschule Ostschweiz [www.fhsg.ch](http://www.fhsg.ch)



Stefan Christen, Absolvent MAS in Health Service Management