

Chancen und Gefahren des Networkings

Vernetzte Versorgung – was heisst das eigentlich?

Das Wort «Vernetzung» ist in aller Leute Mund. Anhand von praktischen Beispielen leuchtete die SGGP-Tagung* ins Herz dieses Modewortes. Fazit: «Networking» ist unverzichtbar und bringt viele Vorteile, hat aber auch seine Tücken. Das Potenzial dieser Arbeitsstruktur ist anhand von Beispielen aus der Praxis dargelegt worden.

MARGRIT BACHL

«**VERNETZUNG** ist das Gegenteil vom Gärtchendenken», sagte Jürg Baumberger, Vorstandsmitglied der SGGP und Tagesmoderator. «Gemeinsam geht es besser», könnte man auch sagen. Besonders, wenn die Ressourcen beschränkt sind, wenn es darum geht, die Qualität zu sichern und Doppelspurigkeiten zu verhindern. Im Gesundheitswesen komme Vernetzung allen zugute: den PatientInnen, den Bürgern und Bürgerinnen, und den Professionellen. Durch Vernetzung gebe es weder Über-, noch Unterversorgung, und dadurch, dass die «Profis das tun, was sie gut können», steige automatisch die Qualität, lobte Baumberger.

Gemeinsame Strukturen

Das Potenzial der Vernetzung für Kostendämpfung und Sicherung von Qualität hat die OECD dazu bewogen, eine Studie über die Koordination der Gesundheitsversorgung der Mitgliedsländer in Auftrag zu geben. Die Studie sollte die Probleme und die Lösungsansätze skizzieren. Beauftragt worden ist unter anderen die österreichische Gesundheitsökonomin Maria M. Hof-

marcher, die über diese Forschungsarbeit sprach. Die Auswertung aus den Antworten aus 26 Ländern habe ergeben, dass die chronisch Kranken und die alten Menschen im Gesundheitswesen am deutlichsten benachteiligt sind. Als Achillesferse habe sich der Übergang in die Langzeitpflege gezeigt: Niemand fühlt sich für die Koordination zuständig. Zwischen den Leistungserbringern herrsche ein schlechter Informationsaustausch. Und es gebe wenig Anreize zu besserer Koordination. Regulierungsbarrieren und mangelnder gegenseitiger Respekt machten die Aufgabe noch schwieriger. Die meisten gängigen Finanzierungsmodi stünden einer patientenorientierten Pflege/Versorgung im Wege, so Hofmarcher. Sie arbeitete vier Voraussetzungen heraus, die einer besseren Koordination förderlich sind:

- Dachstrukturen (Management, Strategien),
- multidisziplinäres Case Management,
- ein Leistungserbringer-Netz, das standardisierte Prozesse, gemeinsame Ausbildungen, Informationen und Budgets hat,
- finanzielle Anreize zur Prävention, Rehabilitation und Koordination.

Gelebte Vernetzung

Über die Rolle der Pflege in der vernetzten Versorgung sprach Jasmin Blanc Bärtsch, Pflegefachfrau und In-

Kanton Zürich

Winterthur zeigt den Weg

Wie eine vernetzte Versorgung aussehen kann, ist in einem Workshop am Beispiel der Integrierten Psychiatrie Winterthur (ipw) dargestellt worden. Ausgehend vom Psychatriekonzept des Kantons Zürich 1998, hat sich Winterthur als Modellregion vernetzt: Wie Andreas Andreae, ärztlicher Direktor der ipw, erklärte, sollte aus einer Vielzahl von Puzzleteilchen ein «Bild» entstehen, in dem jedes Teilchen seinen festen Platz hat. Die «Teilchen» waren: die Gemeinde, die Primärversorger, die ambulante Versorgung, die Tageskliniken, die Akut- und Spezialstationen und der Langzeitbereich. Diese wurden alle eingeladen, an der Vernetzung mitzuarbeiten. «Das waren sehr viele», sagte der Verwaltungsdirektor der ipw, Peter Roth, «aber es war nötig, um das Konzept breit abzustützen». Ipw ist also keine Klinik, sondern die «Orchestrierung» oder Koordination der bestehenden Angebote. Und sie stellt die Patientenorientierung ins Zentrum ihrer Anstrengungen. Koordiniert wird auf der klinischen, auf der Angebots- und auf der Netzwerkebene.

«Das Case Management erlaubte die Reduzierung der Pfl egetage um die Hälfte», sagte Roth. Und dabei fühlten sich die PatientInnen besser; die vernetzte Versorgung beziehe die Lebenswelt der PatientInnen besser ein. Fazit: Die Modellregion Winterthur werde wahrgenommen, aber nicht unbedingt kopiert. Und obwohl die ipw als Vorreiter eines kantonalen Projekts entstanden ist, hat der Kanton Zürich es offenbar nicht für opportun gehalten, das Projekt anderen Regionen nahezulegen.

* «Vernetzte Versorgung im Trend: Chancen, Stolpersteine, Beispiele». Weiterbildungstagung vom 21. August der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP, in Zürich.

Kanton Aargau

40 Gemeinden sind vernetzt

Christine Egerszegi, Projektleiterin der Vernetzung der Langzeitversorgung von rund 40 aargauischen Gemeinden, legte in ihrem Workshop dar, welche Ziele mit dem Projekt verfolgt werden und wie man bei dieser Arbeit vorgegangen ist. Die Ziele bestünden in der Umsetzung des kantonalen Pflegegesetzes, das seit Anfang 2008 in Kraft ist. Dabei gehe es auch um die Bewältigung der Kosten, die mit der Neuordnung der Pflegekosten einher gehen: Diese bringt eine Mehrbelastung (nach zwei Wochen gehen 55 Prozent zu Lasten der Kantone bzw. der öffentlichen Hand, was eine Mehrbelastung auch für die Gemeinden bedeute. Deshalb müsse man «alles tun, um pflegende Angehörige zur Pflege zu befähigen», meinte Egerszegi.

Zunächst sei eine Umfrage zur Erhebung der bestehenden Betreuungsangebote gemacht worden: bei 14 Spitex-Organisationen und 18 Heimen, die Dienste anboten in den Bereichen Geriatrie, Palliativpflege, Psychiatriepflege, Demenzpflege, Ferienbetten, Übergangspflege, Tages- und Nachtplätze sowie Anlauf- und Beratungsstellen. Dabei habe sich gezeigt, dass es viele Überschneidungen gebe (zum Beispiel bieten sowohl die «Pro Senectute» als auch örtliche Turnvereine auf freiwilliger Basis Turnstunden an) und die Bandbreite der Qualität sehr unterschiedlich sei. Indem sich Spitex-Organisationen zusammentun, könnten sie professioneller arbeiten und mehr Dienste anbieten, und wenn sich zum Beispiel die Turnvereine des Altersturnen annähmen, könnte die «Pro Senectute» ihre Beratungen ausbauen, verdeutlichte Egerszegi den Sinn der Neuordnung und Neufestlegung der Angebote und ihrer Anbieter. Durch einen Ist-Soll-Vergleich ergäben sich schliesslich die nicht abgedeckten Bedürfnisse, die dann auf die Beine gestellt werden könnten, sagte sie.

haberin einer Firma für Beratungen im Gesundheitswesen. «Professionell» bedeute heute «interprofessionell», sagte sie. Und das werde in der Pflege auch gelebt: in der Spitex, der Übergangspflege, im Akut- und Langzeitpflegebereich. Bezugspflege und Case Management seien weitere Beispiele. In der vernetzten Gesundheitsversorgung spiele die Pflege vier Rollen:

- den Gatekeeper (Empfang und Triage),
- den Broker (Vermittler),
- den Anwalt,
- Support und Coaching.

Entscheidend für die Ausschöpfung des Potenzials seien eine flächendeckende Umsetzung des Case Managements, Weiterbildungen zur vernetzten Versorgung, offene Systemgrenzen (kein Gärtchendenken), interprofessionelle und interinstitutionelle Vernetzung, Autorisierung der Pflegenden sowie das Vorhandensein von entsprechenden Finanzen.

«Die vernetzte Versorgung kommt durch Partner zustande», betonte Blanc. Akteure seien die Politik, Gesundheitsdirektionen, Betriebe, Individuen und Krankenkassen.

Das Netz – ein Mythos?

Entsteht durch Vernetzung wirklich eine bessere Qualität oder ist das bloss ein Mythos? Bettina Borisch, Professorin am Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Genf, fühlte den Puls des «inflationären» Begriffs und klopfte dessen Grenzen ab. Dass der Begriff des Netzwerkes in der Medizin gebraucht wird, sei relativ neu. Vorher war er im Umfeld von Clubs oder ausserbetrieblichen Unterstützungsgruppen (z. B. Rotary-Club) gebräuchlich. Denn ein Netzwerk ist eine verbundene Gruppe. Es hat – wie ein Spinnennetz – ein Zentrum, eine Peripherie und Knoten (= Vernetzungen). Während eine hierarchische Struktur effizient ist für die Ausführung von Anordnungen, aber ineffizient in Zusammenarbeit und Kommunikation (um zu kommunizieren, muss man immer den Weg über die nächst höhere Stufe gehen, was schwerfällig ist), kann in einem Netz jeder mit jedem direkt kommunizieren. Wenn

es darum geht, Anordnungen auszuführen, ist die Netzstruktur weniger effizient.

Qualitätsverbesserung?

Woher kommt überhaupt das Interesse an Netzwerken? Je mehr sich Systeme entwickeln, desto fragmentierter, spezifischer und aufgesplitteter werden sie. Die Komplexität nimmt zu, es gibt mehr Wissen und mehr Angebote, und die Kommunikation «über die Grenzen» hinweg, nimmt ab. Wenn ein Netz sehr viele Knoten hat, braucht es mehr Zeit, um zu kommunizieren, und es gibt mehr Konflikte.

Damit ein Netzwerk funktioniert, gebe es fünf Voraussetzungen, sagte Borisch:

- klar definierte und anerkannte Ziele,
- messbare Ergebnisse,
- formalisierte Zusammenarbeit,
- direkte und anhaltende Kommunikation,
- Leitung durch einen Koordinator (nicht Direktor).

Idealerweise müsste die gesamte Bevölkerung von einer vernetzten Versorgung profitieren können. Aber wird die Qualität der Versorgung wirklich besser? Zuerst gälte es, Qualitätsindikatoren zu entwickeln. Der Fokus sollte allerdings nicht auf die Messung gelegt werden, sondern auf die Verbesserung. «Kooperation, nicht Heroismus muss das Ziel sein», schloss Borisch.

Langer Weg zum «Gesundheits-HarmoS»

Im Podiumsgespräch wurde klar, dass es bis zur tatsächlichen Vernetzung in der Schweiz noch ein weiter Weg ist. Nicht nur gibt es 26 verschiedene Gesundheitssysteme, auch die einzelnen Kantone delegieren Teile der Gesundheitsversorgung an die Gemeinden, so dass es zu absurden Situationen kommen kann, wie Podiumsteilnehmerin Barbara Bussmann, Pflegefachfrau und Zürcher SP-Kantonsrätin, erzählte. Dort müsse die Spitex mit jeder einzelnen Gemeinde Verträge abschliessen – ein Riesenaufwand. Ausserdem dürfe es nicht sein, dass die Spitex je nach Finanzkraft der



Zuweisungen nach Plan und koordinierte Übergänge in die verschiedenen Gesundheitsinstitutionen: Eine Vernetzung schafft Zuständigkeiten und vermindert Über- oder Unterversorgung.

Foto: Silke Goes

Gemeinde besser oder schlechter sei. «Die Spitex muss überall gut sein», sagte sie. Jürg Baumberger, der auch als Gemeinderat in Sirnach AG amtiert, meinte ebenfalls, der Kanton solle koordinieren: «Die Gemeinden sind zu schwach.» Die FDP-Ständerätin und Präsidentin der SGGP, Christine Egerszegi, sieht den «Miteinbezug» der Gemeinden positiver. Im Kanton Aargau hätten die Gemeinden das Ruder in die Hand genommen, sagte sie. Diese vernetzen sich zu «Regionen», um die Bedürfnisse festzustellen und das entsprechende Angebot zu gestalten (s. Kasten). Und wie sehen es die Krankenkassen? Sind umfassendere Netze Richtung Managed Care möglich? Der Direktor von santésuisse, Stefan Kaufmann, bejahte die Frage. «Die Entwicklung geht in diese Richtung, doch braucht es noch Bemühungen.»

Definierte Angebote

Kurz war die Rede von der neuen Pflegefinanzierung. Danach bezahlen die Krankenkassen während zwei Wochen die vollen Pflegekosten, sofern sie verordnet sind, später noch 45 Prozent, während die öffentliche Hand den Rest übernehmen muss. Offenbar hält auch die santésuisse diese Regelung für «ausgewogen». Peter Seiler, Präsident der Arbeitsgruppe Gesundheit im Schweizerischen Seniorenrat SSR, wünschte sich eine Anlaufstelle für ältere Menschen, damit sie nicht Institution um Institution abklopfen müssen, wenn sie ein Problem haben. Egerszegi unterstützte ihn: «Die Angebote müssen definiert und bekannt sein.» Wäre eine Vernetzung auf nationaler Ebene nicht sinnvoll, so eine Frage aus dem Publikum. «Was im Bildungswesen ging, sollte auch im Gesundheitswesen möglich sein», antwortete Egerszegi. Doch wird wohl noch viel Wasser die Aare hinunterfliessen, bis es zum «Gesundheits-Harmos» kommt. Die Gesprächsmoderatorin, Anna Sax, SGGP-Geschäftsführerin, schätzte sich immerhin glücklich, dass dies die erste Tagung seit langem gewesen sei, an der nicht in erster Linie oder ausschliesslich übers Sparen geredet worden sei. □