

Das Ganze und das Einzelne



Prof. Dr. med. Manfred Wildner

Ob der Philosoph und Staatstheoretiker Aristoteles ein Verfechter von Integrated Care gewesen wäre? Einen Hinweis darauf gibt das siebte Kapitel seiner Metaphysik: „Das, was aus Bestandteilen so zusammen gesetzt ist, dass es ein einheitliches Ganzes bildet, ist nicht nach Art eines Haufens, sondern wie eine Silbe – das ist offenbar mehr als bloß die Summe seiner Bestandteile. Eine Silbe ist nicht die Summe ihrer Laute: ba ist nicht dasselbe wie b plus a...“ Kurz gesagt: Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile. Diese Erkenntnis akademischen Philosophierens findet sich nicht nur in den Wandelhallen des alten Griechenlands – sie findet sich auch in den Korridoren und Krankenzimmern der stationären Versorgung, in den Wartezimmern und Behandlungsräumen der niedergelassenen Ärzte, an den grünen Tischen der Sozialversicherungen und wohl auch, in Form subjektiver Erlebnisse, an den Küchen- und Wohnzimmerischen der Patienten und ihrer Angehörigen.

Dass das „System Gesundheitswesen“ in seiner Komplexität von großer Unübersichtlichkeit ist und in seinen Strukturen und Funktionsweisen in Deutschland von einer bereichsspezifischen „hoch komplexen und meist wenigen Experten geläufigen Vielfachsteuerung“ geprägt ist, ist unübersehbar [1]. Vielfältige Formen der Über- und Unterversorgung, welche oft verbunden sind mit einer für die Patienten nachteiligen Fehlversorgung, stehen im Widerspruch zur Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit des §70 SGB V. Dies hat unter anderem das Jahresgutachten 2001 des Sachverständigenrates für die Begutachtung des Deutschen Gesundheitswesens deutlich gemacht [2]. Als eine der Ursachen dieser Entwicklungen wurde und wird die Fragmentierung der Leistungserbringungen nicht nur innerhalb der einzelnen Versorgungssektoren, sondern vor allem auch über die Sektorengrenzen hinweg benannt. Konkrete negative Folgen dieser Über- bzw. Unter- und Fehlversorgung sind Konfusionen bei den Patienten wie auch bei den Behandlern, die Verzögerung von Behandlungsschritten, Wiederholungen und Doppelungen von Untersuchungen, lückenhafte Informationen und Brüche in notwendigen Versorgungsabläufen.

Große Hoffnungen werden auf die integrierte Versorgung gesetzt – ein Ansatz, der schon Mitte der 1970er Jahre vom Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut des Deutschen Gewerkschaftsbundes ins Gespräch gebracht worden war, jedoch erst an der Wende zum 21. Jahrhundert bundespolitisch breiter rezipiert wurde. „Bei der integrierten Versorgung werden Patientinnen

und Patienten qualitätsgesichert und sektorenübergreifend bzw. fachübergreifend von vernetzten Strukturen versorgt“, ist auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit (www.bmg.bund.de) zu lesen. „Ärztammer, Fachärztekammer, Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehakliniken und andere zur Versorgung der Versicherten berechnete Leistungserbringer können kooperieren und sorgen für den notwendigen Wissensaustausch. Hierzu schließen Krankenkassen mit Leistungserbringern entsprechende Verträge (...). Um die medizinische und pflegerische Gesamtsituation von älteren und gebrechlichen Patientinnen und Patienten zu verbessern, ist auch die Pflegeversicherung in die Integrierte Versorgung eingebunden.“ Soweit, so gut.

Bei aller inhaltlichen Schlüssigkeit des Konzeptes, welches sicherlich auch den (staats-) theoretischen Beifall des Aristoteles gefunden hätte, stellt sich doch auch die Frage des praktischen Erfolges. Hier sind die Forschungsergebnisse allerdings recht unübersichtlich. Evidenz für Erfolg gesellt sich zu Evidenz für Scheitern oder auch zu schlichtweg fehlender Evidenz bei nüchtern-technischer Berichterstattung in einem Spiel mit offenem Ausgang [3,4]. Hinter der spezifischen Vielfachsteuerung im System stehen allzu oft auch bereichsspezifische Partikularinteressen. Diese haben ihre eigene Rationalität, stehen jedoch dem Gelingen des Ganzen bisweilen auch entgegen. Dies darf nicht unbedingt und vielleicht nicht einmal vorrangig den einzelnen Akteuren angelastet werden. Gefragt ist Großes: nämlich eine verständige Systemsteuerung mit klugen Anreizen („incentives“) wie auch ebenso klugen Dis-Inzentivierungen. Dabei soll – bei aller kritischen Reflexion – der Grundgedanke der Integrierten Versorgung nicht angegriffen werden: Er verdient Anerkennung und Unterstützung.

Was sind mögliche Erfolgsfaktoren für eine gelingende integrierte Versorgung? Zunächst ist eine integrierte Versorgung als Organisationsform aus Sicht der Leistungserbringer von dem Erleben von Patienten zu trennen. Aus subjektiver Sicht des Patienten steht vor allem eine *Kontinuität der Versorgung* im Vordergrund, ohne allzu viel Berücksichtigung der dahinterstehenden Organisationsform. In einer Spannweite, die von völliger Autonomie der sektoralen Leistungserbringer bis zur organisatorischen Integration reicht, sind verschiedene Zwischenschritte einer solchen Koordination („co-ordinated care/seamless care“) möglich. Eine bewusste Diversität mit lokal verschiedenen Ausprägungen ist dabei durchaus

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1550014>
 Gesundheitswesen 2015;
 77: 334–335
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0941-3790

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Manfred Wildner
 Bayerisches Landesamt für
 Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
 Veterinärstraße 2
 85764 Oberschleißheim
manfred.wildner@igl.bayern.de

zielführend – überhaupt scheint der Ebene der Kreise und Kommunen größere Bedeutung als bisher gedacht zuzukommen [5,6]. Nach Analysen des King's Fund aus Großbritannien sind für eine erfolgreiche Koordination der Behandlung die Identifikation von Defiziten und ein gemeinsames Problemverständnis unverzichtbar, um nicht im subjektiven Gefühl der Partner „zu verbessern, was schon gut läuft“ [7,8]. Eine Fokussierung auf die Patientenerfahrung der *Kontinuität der Versorgung* sowie auf Qualität, nicht primär auf Kosten, ist ebenfalls zu empfehlen. Für eine auch gesundheitsökonomisch belastbare Evaluation empfiehlt sich zudem ein ausreichend langer Zeitraum von 5 bis 7 Jahren. Kürzere Evaluationszeiten sollten auf geeignete intermediäre Indikatoren zurückgreifen und als vorläufig angesehen werden. Auch scheinen sich bei diesen Studien erfolgreiche Projekte als *kontextabhängige, lokal diverse Angebote* darzustellen: Es gilt, mit dem zu arbeiten, was da ist – also unter Einbeziehung der örtlichen Leistungserbringer.

Eine unterstützende Rolle ist nach diesen Untersuchungen auch dem politischen Umfeld sowie einem breiteren bevölkerungsmedizinischen Ansatz zuzuerkennen. Dies steht im Einklang zu regionalen „bottom-up“-Prozessen, also mit Initiativen, die aus der lokalen Bevölkerung erwachsen bzw. mit ihr von den lokalen Leistungserbringern gestaltet werden. *Koordination* scheint dabei wichtiger als *organisatorische Integration*, eine simultane Entwicklung der Organisation und der klinischen Versorgung stellt sich als mehrschrittiger Prozess, teilweise Zug um Zug, heraus. Dafür bieten sich besondere Chancen, insbesondere auch für die sektorenübergreifende, sogenannte vertikale Integration, außerhalb der großen Städte und Behandlungszentren. Diese können vorteilhaft unter Federführung gerade auch des ambulanten Sektors oder auch der örtlichen politischen Gremien, Akteure und Institutionen ergriffen werden. Möglicherweise bietet sich hier auch eine moderierende Rolle für den öffentlichen Gesundheitsdienst oder andere neutrale Dritte, welche nicht unmittelbar in der individualmedizinischen Leistungserbringung tätig sind. Dass eine solche Konstruktion nicht immer und nicht auf Anhieb gelingt, ist naheliegend. Ein Bonmot dazu lautet ja: „*Wir sind ein gut intrigiertes Team*“ – zumindest unangemessene Eigeninteressen sollten sich bei gutem Willen der Beteiligten im Zaun halten lassen. Auch hat die Komplexität selbst ihre Tücken. Die Bilder Charlie Chaplins in seinem großen Film „*Moderne Zeiten*“, welche ihn eingeklemmt zwischen den Zahnrädern einer großen, unübersichtlichen Maschinerie zeigen, sprechen in diesem Sinn für sich.

Damit ist das oft mühsame Suchen nach Erkenntnis und Einsicht in vielen Bereichen alternativlos. Derartiger Suche gehen auch die Beiträge in dieser Ausgabe nach: der Ableitung von Qualitätsindikatoren in der ambulanten psychiatrischen integrierten Versorgung, dem Einfluss von integrierten Versorgungsprogrammen auf den Patientennutzen, niedrigschwelligen Betreuungsangeboten für Menschen mit Demenz, der Leistungs- und tagesbezogenen pauschalen Vergütung in der stationären psychiatrischen Versorgung, der Bedeutung der Lebensqualität in der Leitlinienentwicklung und im Rahmen bewegungsbezogener Maßnahmen in der Betrieblichen Gesundheitsförderung, dem Informationsbedarf Niedergelassener zu Reha-Leistungen der Rentenversicherung, einem bundeseinheitlichen und kosten-

trägerübergreifenden Antragsformular für die Anschlussrehabilitation und der Elternberatung zur Reduktion der kindlichen Passivrauchbelastung. Hinzu kommt – aktuell mit besonderem Blick auf die Präventionsgesetzgebung des Bundes – das Memorandum III der Kooperation für Nachhaltige Präventionsforschung (KNP).

Unseren Überlegungen zum Ganzen und zum Einzelnen waren die Gedanken des Aristoteles zu Buchstaben und Silben vorangestellt, also zur *Schrift als Bewahrerin von Information*. Was zu diesem Zweck und im Zusammenhang mit Integrated Care die Rolle der neuen Medien, insbesondere der elektronischen Patientenakte sein kann? Die Digitalisierung von Kommunikation, in Worten wie in Bildern, welche von flinken Elektronen geleistet wird und dringend benötigte und essentielle Information überall und annähernd zeitgleich zur Verfügung stellen kann, ist mit großen Hoffnungen verbunden. Es verwundert fast, dass sie nicht zu einer treibenden Technologie für die Integration von Versorgung in Deutschland, dem Land der Ideen – von Gutenbergs Buchdruck über Bismarcks Sozialgesetzgebung bis zu Konrad Zuses erstem Computer – geworden ist. Der Streit zwischen Akteuren und Professionen um die Aufnahme eines Medikationsplanes in die elektronische Gesundheitskarte bzw. das E-Health-Gesetz des Bundes ist da schon sehr erstaunlich. Aristoteles hat noch mit Stolz von Silben gesprochen, welche mehr sind als die Summe ihrer Laute. Uns steht unter Berücksichtigung der informationellen Selbstbestimmung die Technologie zur Verfügung, nicht nur Silben, sondern ganze Berichte, Bilder und Filme zusammenzuführen im Dienst am Patientenwohl. Wenn in einer digitalisierten Welt im Gesundheitswesen am Ende lediglich ein b neben ein a gestellt wird, dürfte sich nicht nur Aristoteles verwundert die Augen reiben.

Literatur

- 1 Alber J. Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise. Frankfurt am Main: Campus Verlag 1992; 14
- 2 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Gutachten 2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. III Kap. 3. URL <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=18> download am 03.03.2015
- 3 Neumann K, Dietzel J. Monitoring Integrierte Versorgung: Rahmenbedingungen der IV verbessern. Dritte Erhebung – Expertenbefragung 2014 im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen (DGIV). Berlin: IGES Institut, August 2014; URL http://www.dgiv.org/cmsMedia/Downloads/Monitoring-IV_Rahmenbedingungen-der-IV-verbessern.pdf download am 03.03.2015
- 4 Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V. Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004–2008 – Bericht gemäß § 140d SGB V auf der Grundlage der Meldungen von Verträgen zur integrierten Versorgung. URL <http://www.bqs-register140d.de/> download am 03.03.2015
- 5 Reeve B, Ashe M, Farias R et al. State and municipal innovations in obesity policy: why localities remain a necessary laboratory for innovation. Am J Public Health 2015; 105: 442–450
- 6 Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. Gesundheitsregionen^{plus} – Entscheidungen vor Ort treffen. URL <http://www.stmgp.bayern.de/wirtschaft/gesundheitsregionen/> download am 09.03.2015
- 7 Ham C, Curry N. Integrated Care. What is it? Does it work? What does it mean for the NHS? London: The King's Fund 2011
- 8 Goodwin N, Sonola L, Thiel V et al. Co-ordinated care for people of complex chronic conditions. Key lessons and markers for success. London: The King's Fund 2013