

Clarissa Kurscheid, Frank Schulz-Nieswandt¹, Claudia Eisenring²

Das Gesundheitsnetz 2025

Die Stadt Zürich setzt Impulse in der Bewältigung des gesellschaftlichen Wandels

Um für die zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen vorbereitet zu sein, initiierte die Stadt Zürich mit dem Gesundheitsnetz 2025 einen lokal verankerten Vernetzungs- und Integrationsprozess. Erste Erfahrungen sind vielversprechend, nachhaltiger Wandel benötigt aber gegenseitiges Vertrauen, Offenheit und vor allem einen langen Atem.

Die Stadt Zürich zeichnet sich zwar nach wie vor dadurch aus, dass sie einen grösseren Zuzug als Abwanderung hat und im Gegensatz zu manch anderen Grossstädten hat Zürich die erste Welle der demographischen Alterung bereits hinter sich. Dennoch teilt die Stadt grundlegende Eigenschaften vieler sozialer Räume im soziodemographischen Wandel, wie z.B. Wandel der sozialen Netzwerke oder der Familien-, Lebens- und Wohnformen. Strukturen und Prozesse, die gesamthaft für Versorgung und soziale Integration sowie soziale Unterstützungen hoch relevant sind, laufen Gefahr wegzubrechen, so dass sie als Ressource der Gesellschaft weniger oder möglicherweise gar nicht mehr zur Verfügung stehen.

Parallel zum Wandel verändert sich das Krankheitspanorama. Chronische Krankheiten nehmen zu und sie gehen nicht selten mit Multimorbidität, funktionellen Alltagsbeeinträchtigungen (Hilfe- und Pflegebedürftigkeiten) oder mit Formen starker kognitiver Beeinträchtigungen (vor allem die Herausforderungen der Alzheimerdemenz) und mit psychosozialen Begleitbedarfen einher [1].

Hinzu kommen prognostizierte Probleme, wie z.B. ein Mangel an hausärztlicher Versorgung und Sogeffekte in den Spitalsektor. Brüchige Versorgungsprozesse und schnittstellengeprägte Versorgungsverläufe, die weder effizient noch qualitätsgesichert sind, gehören jedoch immer noch zur Standardversorgung [2].

Entstehung und Entwicklung

Vor diesem Hintergrund sind innerhalb der strategischen Weiterentwicklung einer bevölkerungsadäquaten Gesundheitsversorgung neue Ansätze zu veränderten Versorgungsprozessen diskutiert worden. Ihrer Mitverantwortung bewusst, nimmt die Stadt Zürich hierbei eine

tragende und führende Rolle ein und versucht, über später noch dargelegte Pilotprojekte innerhalb einer integrativen Gesamtversorgung Lösungswege für die skizzierten drängenden Probleme aufzuzeichnen und Innovationen anzutreiben. Diese Entwicklung erfolgt in einzelnen Prozessschritten unter Einbezug der verantwortlichen Akteure der städtischen Gesundheitsversorgung. Ausgesprochenes Ziel der Akteure ist, mit einem mittel- bis längerfristigen Blick (Zeithorizont 2025) eine bedürfnis- und bedarfsgerechte «Versorgungslandschaft» zu entwickeln und den sozialen Herausforderungen produktiv entgegenzutreten.

Konzeptionelle Überlegungen

Ausgehend von den schon gemachten Erfahrungen im In- und Ausland lag es nahe, die schon seit Jahren zunehmende Orientierung auf «integrierte Versorgung» konzeptionell aufzugreifen. Ohne den Blick auf die allgemeine Versorgungslandschaft für die ganze Bevölkerung zu verlieren, wurden zunächst über Pilotprojekte neue Versorgungskonzepte erprobt. Dabei standen insbesondere Versorgungsprozesse und Strukturen sowie deren Vernetzung stark im Vordergrund [3].

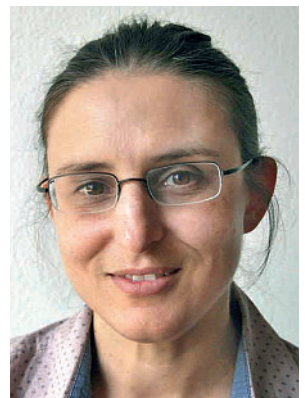
Vernetzung in der Versorgungslandschaft kann in vielen Formen gestaltet sein. Die Vernetzung kann eher informelle oder eher formelle Gestalt annehmen. Bereits die Einführung von Konferenzkulturen («Runde Tische») kann eine erste Stufe der Vernetzung bedeuten und so Kommunikationsräume eröffnen, die kollektiv geteilte Situationsdiagnosen und gemeinsam anvisierte Orientierungspfade des praktischen Handelns generieren und strukturieren können.



Clarissa Kurscheid



Frank Schulz-Nieswandt



Claudia Eisenring

¹ Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät der Universität zu Köln.

² Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich.

Vernetzung kann aber auch Teil des strategischen Vertragsmanagements von einzelnen Leistungserbringenden sein. Vernetzung kann innerhalb eines Sektors oder als Schnittstelle zwischen den Sektoren verlaufen. Vernetzung kann aber auch bedeuten, dass neue multiprofessionelle Betriebsformen entstehen, welche direkt funktional erst die Deckung komplexer Bedarfe ermöglichen [3].

Die Rolle der Stadt Zürich

Es war der Stadt Zürich von Beginn an klar, dass eine impulsgebende Gestaltungsrolle der Politik auf Akzeptanzprobleme stossen kann. In einem regulierten Markt wie dem Gesundheitswesen ist die Ökonomie der (Einkommens-)Interessen v.a. auf Erhalt der gewachsenen Strukturen und auf Kapazitätsauslastung gegebener Angebotsstrukturen ausgelegt. Speziell im Gesundheitswesen kommen in allen institutionellen Handlungskontexten tief verankerte berufsgruppenspezifische Statusinteressen hinzu. Um hier zu wirken, bedarf es eines aktiven Change-Managements, unterstützt von einer achtsamen Kommunikationspolitik. Es geht darum, Vertrauen und neue, kollektiv geteilte wertorientierte normative Handlungsorientierungen zu generieren [4].

Das Gesundheits- und Umweltsdepartement (GUD) der Stadt Zürich hat vor dem Hintergrund dieser Vielfalt der Möglichkeiten mit dem Gesundheitsnetz 2025 Impulse in verschiedener Ausdrucksform gesetzt. Mit der angezeigten Sensibilität wurden zunächst in städtischer Eigenregie Pilotprojekte generiert und diese von Beginn an extern begleitet und evaluiert. Parallel dazu wurde der Weg der Kommunikation und Kooperation mit den Akteuren der kommunalen Gesundheitsversorgung gesucht.

Der Verein im Zentrum des Geschehens

Vernetzung und Innovation kann gefördert, jedoch nicht gefordert werden. Deshalb wollte das GUD bereits früh im Gesamtprozess sichergehen, dass die Ideen des Gesundheitsnetzes 2025 von weiteren Kreisen mitgetragen werden. Mit dem Ziel, eine breite Trägerschaft zu gewinnen, wurden potentielle PartnerInnen eingeladen, sich am Prozess zu beteiligen und im November 2009 gründeten 19 Organisationen den Verein Gesundheitsnetz 2025. Zu den inzwischen 22 Mitgliedern zählen Ärztenetze, Berufsverbände, Spitäler, Spitexorganisationen, soziale Organisationen, Bildungsorganisationen und Krankenversicherer. Das gemeinsame Führen des Vereins und das grosse Engagement der Mitglieder in Vorstand und Think-Tank sind wichtige erste Schritte in Richtung einer nachhaltigen Vernetzung und setzen damit auch Impulse für Innovation und Integration. Die Erfahrungen zeigen aber auch, dass sich einzelne Projekte schnell

realisieren lassen; der Prozess als Ganzes benötigt jedoch viel Zeit und Geduld und damit einer soliden Portion an gegenseitigem Vertrauen und auch Vertrauen in das Vorhaben und dessen Potential.

Unterschiedlich ausgerichtete Pilotprojekte

Bereits sehr früh entschied die Stadt Zürich, den Prozess durch Pilotprojekte zu unterstützen. Die Piloten sollen beispielhaft aufzeigen, was unter Innovation verstanden werden kann. Sie unterstreichen die Ernsthaftigkeit des Vorhabens und bieten ein direktes Praxisfeld für Zusammenarbeit und Vernetzung. Die Pilotprojekte werden wissenschaftlich begleitet. Im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen dabei die Angebote der Projekte, ihre Implementierung und Akzeptanz sowie einfache Outcomes. Der Austausch zwischen den Piloten sowie ihre Rückanbindung an die Idee des ganzen Gesundheitsnetzes 2025 ist ebenfalls ein Thema.

Die Projekte haben ganz verschiedene aufgabenorientierte Konstruktionen und verorten sich innerhalb des Gesundheitswesens auch unterschiedlich. Intersektoral unter Einbezug der Hausärzte ist das Projekt Notfallpraxis Waid des Stadtsitals Waid. Es optimiert die Patientenströme in der Notfallversorgung. Weil die Patientinnen und Patienten immer mehr von sich aus den stationären Notfall aufsuchen, auch wenn dies medizinisch nicht notwendig ist, holte das Spital die Hausärzte zu sich ins Haus. Durch das Modell wurde die Behandlungszeit deutlich verkürzt, die Notfallstation des Spitals entlastet und den Hausärztinnen eine Alternative zum herkömmlichen Notfalldienst geboten. Seit dem Start im März 2009 hat sich die hausärztliche Notfallpraxis gut etabliert. Allerdings war das Projekt innerhalb der Ärzteschaft lange umstritten und die Verhandlungsprozesse mit den niedergelassenen Ärzten und ihren Organisationen waren intensiv und komplex.

Care- und Case-Orientierung

Die vier anderen Pilotprojekte sind Varianten von pflegerisch-medizinischen Care- oder Case-Management-Projekten, die immer zugleich an Schnittstellenproblemen der Sektoren, der Institutionen und der Professionen anknüpfen [5]. Dies ist aus Sicht des oben knapp skizzierten Hintergrunds der Entwicklung von Care-Management-Ideen bedeutsam.

Selbstverständlich ist diese Mischung von Care- und Case-Orientierungen nicht. Praktisch erweist sich beim Care Management eine Vernetzung der Akteure und ein unbrüchiger Verlauf eines Patientenprozesses als extrem kompliziert. Das individuelle Case Management hat es, wenn das System nicht mehr so fragmentiert ist, dagegen einfacher.

Die Case-Management-Projekte sind trennscharf definiert, müssen aber im Hinblick auf ihren Bekanntheitsgrad intensiv mit einer aktiven Öffentlichkeitsarbeit begleitet werden. Es geht hier um Akzeptanz als Voraussetzung der Kooperationskultur, wobei die Beziehungen zu den Überweisenden nicht immer einfach sind. Rationale Informiertheit allein genügt dabei nicht. Interessens- und vor allem ökonomisch bedingte Ängste spielen ebenso eine Rolle wie professionsspezifische Wahrnehmungsschemata. Derartige kulturelle Skripte sind schwer aufzubrechen, selbst wenn die Information der Beteiligten sichergestellt ist [6].

Die Kernaufgaben der vier auch sozialmedizinisch ausgerichteten Pilotprojekte sind folgende:

Das *Projekt LEILA* konzentriert sich auf das Programm der Patientenedukation chronisch kranker Menschen unter Einbezug von PflegeexpertInnen (Advanced Nursing Practice-Kompetenzen) [7, 8] (vgl. Beitrag Leila – Leben mit Langzeiterkrankung).

Das *Projekt SIL* hat sich auf die beratende Förderung von Demenzkranken und ihren Angehörigen fokussiert. Die Betroffenen sollen dabei möglichst bereits im Frühstadium der Krankheit angesprochen werden [9].

Das *Projekt KOMPASS* konzentriert sich in kurz- und mittelfristigen Kriseninterventionen auf diejenigen PatientInnen, die durch sämtliche Netze gefallen sind und hochkomplexe somatische, psychische und soziale Problematiken aufweisen [10] (vgl. Beitrag Wer krank ist, ist manchmal arm dran ...).

SALUTE, ein gemeinsames Projekt mit dem Schweizerischen Roten Kreuz Kanton Zürich, nutzt geschultes gemeinnütziges Engagement bei einfacheren sozialen Problemlagen, die den medizinisch-pflegerischen Heilungsprozess beeinträchtigen. Es handelt sich um ein besonderes Public-Private-Partnership-Modell, in dem Freiwillige das ambulante Gesundheitssystem durch kompetente, aber unbürokratische Dienstleistungen unterstützen und entlasten [4].

Chancen und Grenzen des Gesundheitsnetzes 2025

Die rechtlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen erweisen sich als notwendige Voraussetzung des Gelingens von Innovationen in Richtung integrierter Versorgungslandschaften. Hinreichende Bedingungen einer funktionierenden integrierten Versorgung sind Offenheit für wandelnde Versorgungsprozesse, ständige Kommunikation miteinander und ein Abbau ökonomisch und egoistisch geprägter Ängste.

Deshalb erweist sich der Wandel auf kommunaler Ebene als eine Art Choreographie. Es geht um die kommunikative Inszenierung eines Wandels der Haltungen, der Denkstile, der Wahrnehmungsschemata, der orientieren-

den Zukunftsvisionen. Es ist notwendig, für diese Pfade echte (ökonomische) «Win-Win»-Situationen zu konzipieren. Es geht um lernende Professionen, lernende Organisationen und lernende Versorgungslandschaften [4].

Der Zeithorizont auf das Jahr 2025 hin ist symbolisch klug gewählt. Der anvisierte Wandel funktioniert nicht durch eine reine Vorgabe oder ein aufgesetztes Konstrukt. Der berühmte «lange Atem» ist erforderlich, was wiederum stabile politische Handlungsorientierungen voraussetzt. «Mut» zu einer solchen Politik ist sicherlich notwendig.

Die internationalen Beobachtungen und Entwicklungen helfen dabei letztendlich nicht wirklich weiter. Die Menschen «vor Ort», müssen in ihrem Wirkungskreis den Boden fruchtbarer Zukunftsentwicklung bearbeiten, müssen ihre je eigenen Ideen pflanzen, heranwachsen lassen und pflegen, erst dann ist eine Ernte angesagt. Der Mensch, als Person wie als Figuration von vernetzten Akteuren, kann an seinen Daseinsaufgaben scheitern. Das ist seine Fehlbarkeit. Aber genau diese Einsicht sollte zur Verantwortung angesichts der Ideen motivieren.

Literatur

- 1 Schaeffer D, Wingenfeld K. (Hrsg.). Handbuch Pflegewissenschaft. Neuausgabe. Weinheim-München: Juventa; 2011.
- 2 Braun B, Buhr P, Klinke S, Müller R, Rosenbrock R. Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzähler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Bern: Huber; 2009.
- 3 Hellmann W. (Hrsg.). Handbuch Integrierte Versorgung. 32. Aufl. Loseblattsammlung. Heidelberg: medhochzwei Verlag; 2011.
- 4 Schulz-Nieswandt F. Wandel der Medizinkultur? Berlin: Duncker & Humblot; 2010.
- 5 Klie T, Monzer M, Roccor, B. Case Management und Pflege. Heidelberg: medhochzwei Verlag; 2011.
- 6 Herriger N. Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 4., erw. u. aktual. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer; 2010.
- 7 Klug Redmann B. Patientenedukation. Kurzlehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. 2., vollst. überarb. Aufl. Bern: Huber; 2009.
- 8 Petzold HG, Horn E, Müller L. (Hrsg.). Hochaltrigkeit. Herausforderung für persönliche Lebensführung und biopsychosoziale Arbeit. Wiesbaden: VS; 2010.
- 9 Moniz-Cook E, Manthorpe J. Frühe Diagnose Demenz. Rechtzeitige evidenzbasierte psychosoziale Interventionen bei Menschen mit Demenz. Bern: Huber; 2010.
- 10 Pritz A, Vykoual E, Rebohy K, Agdari-Moghadam N (Hrsg.). Das Messie-Syndrom. Phänomen, Diagnostik, Therapie und Kulturgeschichte des pathologischen Sammelns. Wien: Springer; 2010.

Korrespondenz:

Prof. Dr. Clarissa Kurscheid, Studiendekanin Health Economics
Hochschule Fresenius, Im MediaPark 4c, D-50670 Köln
kurscheid@hs-fresenius.de
<http://koeln.hs-fresenius.de/startseite-cologne.html>