

Auszug aus: „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“

Sondergutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Tabelle 123: Internationale (Weiterentwicklungs-)Vorschläge zur Primärversorgung der Zukunft

Teilbereich	Aufgabe / Teilempfehlung	Beispiel
Ebene 1: Arzt-/Team-Patienten-Beziehung		
Förderung der persönlichen Kontinuität	Einzelner Arzt/Teammitglied bleibt persönlicher Ansprechpartner	Betreuung und Koordination der Behandlung von mehrfach erkrankten Patienten aus einer Hand
Verstärkte Teamorientierung	Nichtärztliches Teammitglied begleitet chronisch kranken Patienten und veranlasst ggf. notwendige Versorgungsschritte	Med. Fachangestellte (MFA) führt geplantes Monitoring (z. B. Blutdruck, Gewicht, HbA1c) durch oder vereinbart Termine
Fortdauernde therapeutische Beziehung entwickeln und pflegen	Vertrauen und Verständnis fördern	Ängste vor Operationen aufgrund früherer Erfahrungen ansprechen
Partnerschaftliche Entscheidungsfindung	Soweit Patient hierzu bereit bzw. in der Lage ist Entscheidung über individuelle Therapieziele Patienteninformation	Präferenzen des Patienten eruieren Behandlungsintensität und Lebensqualität abwägen Grenznutzen weiterer Test o. Interventionen gemeinsam besprechen
Einbeziehung des Patienten in Versorgungsprozess	Patientenaktivierung und Stärkung des „Selbst-Managements“ Entwicklung von individuellen Behandlungsplänen mit Patienten Patientenschulung	Bewegungsprogramm, Unterstützung bei Blutdruck-Selbstmessung Individueller Plan zur flexiblen, aber geregelten Anpassung der Medikation bei Herzinsuffizienz Hypertonie-Schulung
Betrachtung des Patienten im Kontext der Population und seines Umfeldes	Familienmedizin und Public Health-Aspekte berücksichtigen	Impfungen durchführen, belastende Pflege von Angehörigen sowie Risiken am Arbeitsplatz berücksichtigen
Ebene 2: Organisation des Versorgungsprozesses („Mikrosystem“)		
Integration der Versorgungsprozesse in der Praxis	Befunde von Fachspezialisten und nichtärztlichen Gesundheitsberufen werden zusammengeführt	Betreuungsteam stimmt praxisintern angemessene Therapie bei Mehrfach erkrankten gemeinsam ab
Verbesserte Kooperation mit anderen Leistungserbringern	Gemeinsame, arbeitsteilige Betreuung chronisch Kranker	Liaison-Sprechstunden von Fachspezialisten in hausärztlicher Praxis
Verbesserte Patientenorientierung	Bedürfnisse der Patienten, weniger der Beschäftigten, bestimmen Angebote (<i>patient-focused care</i>)	z. B. verbesserte Erreichbarkeit der Praxis, Optimierung der Konsultationsdauer

Teilbereich	Aufgabe / Teilempfehlung	Beispiel
Entwicklung populationsbasierter Strategien	Register / statistische Übersicht zu Patienten mit chronischen Erkrankungen / Risikofaktoren	Benchmarking des erreichten Anteils gegen Grippe geimpfter chronisch Kranker mit anderen Praxen
Nutzung moderner Informationstechniken	Elektronische Patientenakte, E-Mail-Kontakt zu Patienten	Individueller Betreuungsplan steht allen Beteiligten zur Verfügung
Berücksichtigung von Strategien der Qualitätsförderung	Nutzung aussagekräftiger Qualitätsindikatoren und eines (internen) Qualitätsmanagementsystems Förderung der Patientensicherheit	Gezielte Teambesprechungen zur Versorgungsqualität bei einzelnen Erkrankungen praxisinterne Teambesprechungen auf der Basis eines Fehlerbuchs
Organisation der Arbeit in großen Praxisteams	Zusammenschlüsse bisher unabhängig arbeitender Hausärzte in unterschiedlichen Praxisformen Umsetzung evidenzbas. Leitlinien Steigerung der Effizienz im Team	Gemeinsame Nutzung verschiedener Kompetenzen und Kenntnisse Gesonderte Chroniker-Sprechstunden Abstimmung praxisinterner Versorgungspfade
Neue Formen der Arbeitsteilung / Kompetenzverteilung im Team	Bildung von Duos bzw. <i>teamlets</i> Gemeinsame Planung der Aufgabenverteilung in der Praxis Förderung der <i>comprehensiveness of care</i> , Erkennen eigener Versorgungslücken	Hausärzte und MFA / Schwestern betreuen chronisch Kranke als Kleinteam gemeinsam: Hausarzt delegiert bestimmte Aufgaben (z. B. Monitoring-Untersuchungen, inkl. Dokumentation)
Neue Rollenentwürfe	MFA übernehmen Case Management-Funktion Entlastung der Arztfunktionen	Telefon-Monitoring mit standardisiertem Protokoll bei Arthrose oder Major Depression durch MFA
Qualifikationsentwicklung (<i>human resource continuum</i>)	Gezielte Personalentwicklung / Professionalisierung für das Praxisteam Förderung der Organisationskultur in der Praxis ('lernende Organisation') Stärkung von Beratungskompetenzen	Individuelle Fort- und Weiterbildungspläne für Praxisteam Leitung lebt Kultur des Lernens aus Fehlern vor Gezielte Fort- und Weiterbildung zu kommunikativen Kompetenzen

Ebene 3: Gesundheitssystem/gesundheitspolitische Rahmenbedingungen

Kooperation/Vernetzung zwischen Hausarztpraxen (lokale Netzwerke), neue Kooperationsformen	Je nach Bedarf und örtlicher Situation (z. B. Stadt, Land): vernetzte Einzelpraxen, Primärversorgungspraxen, MVZ und andere	(freiberuflicher) Zusammenschluss in „Gesundheitsimmobilien“, Gründung von Patientenschulungs-Vereinen
Kooperation mit anderen Leistungserbringern (aus anderen Sektoren)	Implementierung von evidenzbasierten Behandlungspfaden, Verträge zur integrierten Versorgung, Organisation von Liaison-Sprechstunden	Koordinierung professioneller psychotherapeutischer Unterstützung und von Selbsthilfegruppen bei Krebskranken
Stärkung der Patientenbindung, Erhöhung der Kontinuität	Versorgung einer definierten Population	Einschreibung von Versicherten in regionale Versorgungsmodelle

Teilbereich	Aufgabe / Teilempfehlung	Beispiel
Sicherstellung eines qualifizierten Erstkontakts mit dem Gesundheitssystem	Niedrigschwelliger Zugang zur initialen Einschätzung von Gesundheitsproblemen	Möglichst zuverlässige Unterscheidung einer Angststörung von einer koronaren Herzkrankheit
Reform des Vergütungssystems	Einführung von (Full-)Capitation-Systemen, Vergütungen (oder <i>fund-holding</i>) im Rahmen integrierter Versorgung Payment mix unter Berücksichtigung von qualitätsfördernden Anreizen	Kontaktunabhängige Vergütung aller Kosten zur Versorgung einer definierten Population (ca. 80 - 90 % Full Capitation) plus gezielte Anreize, z. B. für Grippeimpfungen, Palliativmedizin (ca. 10 - 20 % <i>pay for performance</i> gegen Unterversorgung)
Gesundheitliche Bedürfnisse der Bevölkerung und Ressourcen des Gesundheitssystems in Übereinstimmung bringen	Effizienz und Angemessenheit der Versorgung verbessern	Angebotsseitigen Faktoren für eine Überinanspruchnahme (z. B. bildgebende Verfahren) entgegenwirken, empfohlene Impfungen durchführen
Förderung der Versorgungsqualität durch gezielte allgemeinmedizinische Forschung und Umsetzung der Ergebnisse in die Praxis	Prüfung der „effectiveness“ von zuvor in klinischen Studien entwickelten Strategien unter den Bedingungen der Alltagspraxis	Prüfung der Langzeitfolgen eines neuen Medikaments bei mehrfacherkrankten (Durchschnitts-) Patienten hausärztlicher Praxen