



managed care

1 • 2005

21. Januar

Tessin

Erfahrungen mit einer Informationskampagne im Tessin

Bei palliativmedizinischer Betreuung die Wahl geben

Managed Care in der Tessiner Arztpraxis: Nein danke!

EOC: eine dezentralisierte Spitalorganisation

Organisationsqualität und medizinische Leistungsqualität
im Spital – ein Widerspruch?

Professionalisierung und Koordination der Rettungsdienste

Leistungsvertrag Staat – Spitex: «ein kultureller Wandel»

Seite der Pflege: Fachangestellte/r Gesundheit: Erste
Erfahrungen

Wege zu einer reformierten Gesundheitsversorgung

Internes oder externes Case-Management?

Public Health und Gesundheitspolitik

Wie viel Regulierung brauchen Netzwerke?

Symposium
des Forums Managed Care:
**Hot Spots und Konfliktfelder
in der Gesundheitssteuerung**
25. Mai 2005, Zürich

www.forum-managed-care.ch
www.tellmed.ch

en français:
www.managedcareinfo.net

Managed Care – das Tessiner Rezept

Luca Crivelli

Seit einigen Jahren gilt das Tessin als günstiges Pflaster, um innovative Organisationsformen zu erproben und Forschungsarbeiten durchzuführen. Bereits zu Beginn der Neunzigerjahre hatten sich einige Akteure aus dem Tessiner Gesundheitswesen im nationalen Kontext als besonders dynamisch profiliert. Einen zusätzlichen Impuls hat 1996 die Gründung der Università della Svizzera italiana (USI) gegeben, die sich dank dem fruchtbaren Umfeld rasch zu einem dynamischen Partner für die privaten und öffentlichen Institutionen entwickeln konnte. Neben der Forschung spielte dabei das Weiterbildungsprogramm «Executive Master in economia e gestione sanitaria e sociosanitaria» (Net-MEGS) eine wichtige Rolle, das 1998 von der USI in Partnerschaft mit lokalen Institutionen gestartet wurde. Dieses Weiterbildungsprogramm ist seit 2003 mit anderen Angeboten in der Schweiz vernetzt; ab Herbst 2005 werden all diese Angebote durch die «Swiss School of Public Health» – eine von sechs Schweizer Universitäten gegründete Weiterbildungsinstitution – unter einem Dach vereint werden.

Die enge Verknüpfung zwischen der akademischen Welt und den Praktikern im Tessin kommt in den Artikeln im vorliegenden Heft auch darin zum Ausdruck, dass 10 der 13 Autorinnen und Autoren, die zurzeit eine leitende Funktion im Tessiner Gesundheitssektor innehaben, zu den ehemaligen Studenten beziehungsweise zum Lehrkörper des Net-MEGS gehören.

Die im Tessin angestrebte Zusammenarbeit zwischen Akademie, Leistungserbringern und Finanzierungsträgern scheint unerlässlich für die Zukunft von Managed Care (MC) in der Schweiz. MC setzt, unabhän-

gig von der konkreten Ausformung, veränderte Anreize voraus und bringt eine gewisse Umverteilung der finanziellen Risiken zu Lasten der Leistungserbringer mit sich. Dies brachte MC in den USA in Verruf – was in der Schweiz nicht passieren darf. Die Schweizer Stimmbürger haben die politische Macht, die Aufhebung der freien Arztwahl noch für einige Jahre hinauszuschieben, sodass der Beitritt zu MC in unserem Land noch lange freiwillig erfolgen wird. Wenn nicht nur beitreten soll, wer sehr gesund oder aber auf Prämienrabatte angewiesen ist, müssen Faktoren wie beispielsweise Verantwortungsbewusstsein, Fachkompetenz, intrinsische Motivation und Qualitätskultur Managed Care in der Schweiz mitprägen. Dies verlangt einen kulturellen Wandel und eine entsprechende Weiterbildung, ist aber unerlässlich, um das grössere finanzielle Risiko der Leistungserbringer (und die damit verknüpfte Rationierungsgefahr) auszugleichen. – Ein Ausgleich, den der Bundesrat allerdings leider gar nicht anzustreben scheint: In der Botschaft vom 15. September 2004 zur Änderung des KVG setzt er in meinen Augen auf einen übermässigen Risikotransfer zu Lasten der integrierten Versorgungsnetze; damit riskiert er aber, die Zukunft von MC in der Schweiz zu gefährden.



Luca Crivelli

Dr. Luca Crivelli

Executive Director di Net-MEGS

Istituto MecoP

Università della Svizzera italiana

Lugano

E-Mail: luca.crivelli@lu.unisi.ch

SCHWERPUNKTTHEMA:
TESSIN

- 6** **Über Patientenrechte informieren**
 Annamaria Fahrländer, Laura Inderwildi Bonivento, Gianfranco Domenighetti
 Mit einer Informationskampagne versuchte das Tessiner Gesundheits- und Sozialdepartement, das Wissen der Bevölkerung über die Patientenrechte zu verbessern.
- 8** **Hospice Ticino: Bei palliativmedizinischer Betreuung die Wahl geben**
 Hans Neuenschwander
 Das Programm «Hospice Ticino» koordiniert und ergänzt die bestehenden palliativmedizinischen Angebote. Welches sind die Programminhalte, welches die Erfahrungen?
- 11** **Managed Care in der Tessiner Arztpraxis: Nein danke!**
 Ignazio Cassis
 Das KVG sollte die Ärztenetzwerke und HMO-Zentren fördern; doch von einem Boom in diesem Feld kann bisher nicht die Rede sein. Das gilt nicht nur, aber auch für das Tessin.
- 13** **Ente ospedaliero cantonale EOC: eine dezentralisierte Spitalorganisation**
 Carlo Maggini, Fabrizio Barazzoni
 Die Tessiner Spitäler sind in einem einzigen Unternehmen mit eigener Rechtspersönlichkeit zusammengefasst. Die unterstützenden Dienste wurden zentralisiert.
- 15** **Organisation- und medizinische Leistungsqualität im Spital – ein Widerspruch?**
 Luca Merlini, Angela Greco
 Das Regionalspital Locarno sieht die Herausforderung heute darin, die Qualitätsbemühungen des Managements und der Medizin zusammenzuführen.
- 18** **Professionalisierung und Koordination der Rettungsdienste**
 Roberto Cianella
 Die Tessiner Rettungsdienste sind zu einem Verein zusammengeschlossen, der im Auftrag des Kantons die 144er-Notrufzentrale führt und autonom über sämtliche Projekte entscheidet.
- 22** **Leistungsvertrag Staat – Spitex: «kein kultureller Wandel»**
 Gabriele Balestra
 Der Kanton Tessin will künftig nicht mehr Defizite decken, sondern fixe Preise für klar definierte Leistungen bezahlen. Ein Spitex-Pilotbetrieb hat das neue Modell erprobt.

SEITE DER PFLEGE

- 29** **Neuer Beruf Fachangestellte/r Gesundheit (Teil 1): Erste Erfahrungen**
 Kathrin Leuenberger, Marianne Gertsch
 In Langenthal wird seit August 2002 die Berufslehre für Fachangestellte Gesundheit angeboten.

INTEGRIERTE VERSORGUNG

- 30** **Wege zu einer reformierten Gesundheitsversorgung**
 Philippe Schaller
 Versorgungsnetze ermöglichen es, epidemiologischen, technischen und ökonomischen Anforderungen besser gerecht zu werden.

CASE-MANAGEMENT

- 32** **Internes oder externes Case-Management?**
 Rolf Bauser
 In welchen Fällen empfiehlt es sich für einen Versicherer, eine externe Person mit dem Case-Management zu beauftragen? Warum?

BUCHBESPRECHUNG

- 35** **Einführung der SwissDRGs in der Schweiz (Buchbesprechung)**
 Willy Oggier

VERANSTALTUNGSBERICHTE

37

Public Health und Gesundheitspolitik

Brigitte Casanova

Bericht über die Swiss-Public-Health-Conference vom 24. und 25. Juni 2004 in Zürich.

40

Wie viel Regulierung brauchen Netzwerke?

Rita Schnetzler

Bericht über die Podiumsveranstaltung «Netzwerke – von der Vision zur Realität» vom 23. September 2004 in Zürich.

RUBRIKEN

5

Forum Managed Care

Hot Spots und Konfliktfelder in der Gesundheitssteuerung (Symposiumsprogramm)

26

Kolumne

Früherkennung im Betrieb statt neuer Schnittstellen! (Von Hans Schmidt, Mitglied des Redaktionellen Beirats der Zeitschrift «Managed Care»)

27

Seite von med-swiss.net

Ärztetzetze und Qualität

45

Resonanz

Ungleiches Case-Management • Unwirksame Schulungsprogramme • Hilfreiche Metakommunikation • Unrentable Blockbusters • Unsichere Patientensicherheit • Keine Generikaförderung

46

Veranstaltungskalender

Veranstaltungen/Weiter- und Fortbildung

48

In Kürze

Fehlende Daten zur Mindestversorgung • Wirtschaftlichkeit und Qualität in der Arztpraxis • Positive Devianz als Vorbild • Ins Alters- und Pflegeheim im grenznahen Ausland? ••• Vorschau: Case-Management heute

managed
care

Schweizer Zeitschrift für Managed Care, Public Health, Gesundheits- und Sozialökonomie
Offizielles Organ des Forums Managed Care

Verlag:

Rosenfluh Publikationen AG
Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen

Redaktioneller Beirat:

Georges Ackermann, Richard Altorfer, Lorenz Borer, Otto Brändli, Martin Denz, Kurt E. Hersberger, Kurt Hess, Claudio Heusser, Karl Kunz, Christian A. Ludwig, Christian Marti, Josef Müller, Regula Rička, Stefan Schindler, Hans Schmidt, Heidi Schriber, Ruedi Wartmann, Mechtild Willi Studer, Rolf Zwiggart

Redaktionsausschuss:

Georges Ackermann, Richard Altorfer, Kurt Hess, Christian A. Ludwig, Christian Marti, Regula Rička, Heidi Schriber, Ruedi Wartmann

Betreuung des Schwerpunktthemas:

Luca Crivelli

Redaktion:

Brigitte Casanova (bc) und Rita Schnetzler (rs)
Stampfenbrunnenstrasse 40, 8048 Zürich
Telefon und Fax 01-431 73 56
E-Mails: b.casanova@rosenfluh.ch
r.schnetzler@rosenfluh.ch

Redaktionssekretariat:

Rosenfluh Publikationen AG
Anna Marino
Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen
Telefon 052-675 50 60, Fax 052-675 50 61
E-Mail: info@rosenfluh.ch

Anzeigenregie:

Rosenfluh Media AG
Sekretariat: Manuela Bleiker
Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen
Telefon 052-675 50 50, Fax 052-675 50 51
E-Mail: romed@rosenfluh.ch

Anzeigenverkauf:

Ernst Schäublin
Bahnhofstrasse 56, 4125 Riehen
Telefon 061-641 60 40, Fax 061-641 46 01

DTP und Layout:

Rosenfluh Publikationen AG, Regina Hauser

Druck:

stamm+co. Grafisches Unternehmen
8226 Schleithelm

Abonnemente, Adressänderungen:

EDP Services AG
Ebenastrasse 10, Postfach, 6048 Horw
Telefon 041-349 17 60, Fax 041-349 17 18
E-Mail: saem.ropu@edp.ch

Abonnementspreise:

Erscheint achtmal jährlich
Jahres-Abonnement: Fr. 90.–
(Westeuropa: Fr. 135.–)
Einzelheft: Fr. 15.– (zzgl. Porto, plus MwSt.)
Einzelheft-Bestellungen bitte an das
Redaktionssekretariat

Diese Zeitschrift wird im
EMBASE/Excerpta Medica indiziert.

8. Jahrgang; ISSN 1422-6618

**© Copyright by Rosenfluh
Publikationen Neuhausen**

Managed Care und MCCM sind eingetragene
Marken.
Nachdruck nur mit Genehmigung des Verlags.
Für unaufgefordert eingehende Manuskripte
übernimmt der Verlag keine Verantwortung.



Managed Care ist online
einsehbar (pdf-Format)
unter www.tellmed.ch



HOT SPOTS UND KONFLIKTFELDER IN DER GESUNDHEITSSTEUERUNG

V O R S C H A U **SYMPOSIUM 25. MAI 2005** WORLD TRADE CENTER ZÜRICH

Mit renommierten Vertretern aus Politik, Wirtschaft, Verbänden und Gesundheitswesen.

Das Gesundheitssystem benötigt mehr Steuerung. Wie kann und soll in unserem schweizerischen Gesundheitssystem gesteuert werden? Welche Anreizsysteme und Instrumente werden im In- und Ausland angewandt und ist deren Evidenz wissenschaftlich geprüft? Wie kann die Akzeptanz von neuen Instrumenten bei den betroffenen Gruppierungen erhöht werden? Welche Konflikte und Ängste gilt es zu beachten?

Diesen und weiteren Fragen widmet sich das Symposium des Forums Managed Care vom 25. Mai 2005. Das Symposium besteht am Vormittag aus verschiedenen Referaten und einer Plenardiskussion. Am Nachmittag finden kontradiktorisch aufgebaute Workshops statt. Diese bieten die einmalige Gelegenheit, gegensätzliche Positionen live zu erleben und gemeinsam neue sinnvolle Ansätze und Kooperationsmöglichkeiten zu diskutieren. Ein Muss für alle am Thema Managed Care interessierten Fachleute und Privatpersonen.

PROGRAMMÜBERSICHT

9.00 Kaffee, Registrierung

- | | | |
|-------|------------------|---|
| 9.25 | Referat I | Die politische Sicht: Wie viel und welche Steuerung braucht das Gesundheitssystem? Welche Anreize sind zu schaffen? |
| | Referat II | Die Patientensicht: Wie viel Steuerung akzeptiert der Patient? |
| | Referat III | Die gesundheitsökonomische Sicht: Welche Steuerungsinstrumente haben einen evidenten Nutzen? |
| | Referat IV | Die ethische Sicht: Was ist der richtige Rahmen für Steuerungs- und Anreizsysteme im Gesundheitswesen? |
| | Plenardiskussion | Hot Spots und Konfliktfelder der Gesundheitssteuerung |
| 13.30 | Workshop I | Call Center oder Hausarzt: Ersetzt das Telefon den Arzt? |
| | Workshop II | Case-Manager oder Arzt: Wer führt den Patienten durch den Dschungel des Gesundheitssystems? |
| | Workshop III | Qualität und Pauschalfinanzierung: Sind Pauschalfinanzierungen unethisch und qualitätsmindernd? |
| | Workshop IV | Freie Arztwahl: Wer wählt den Arzt. Die Patienten oder die Versicherer? |
| | Workshop V | Steuerungsfreiheit versus Leistungskatalog: KVG – Ein Hemmschuh für Managed Care? |
| | Workshop VI | Kantonale Spitalplanung oder Verselbständigung der Spitäler: Bringt zentrale Planung eine bessere Versorgung? |
| 15.15 | Wiederholung | Workshops I – VI |
| 16.30 | Podiumsgespräch | Closing: Podiumsgespräch mit Vertretern aus den Workshops |
| 17.30 | Apéro und Dinner | |

VERANSTALTER

Veranstaltet wird das Symposium vom Verein Forum Managed Care. Dieser will mit der Förderung von Managed Care einen positiven Beitrag zur Gesundheitsversorgung in der Schweiz leisten.

ANMELDUNG / KOSTEN

Die Anmeldeunterlagen stehen unter www.forummanagedcare.ch zur Verfügung. Die Kosten betragen Fr. 390.–, mit Dinner Fr. 490.–

INFORMATION / ORGANISATION

MKR Consulting AG,
Marketing- und
Kommunikationsberatung,
Telefon 031 350 40 55,
franziska.goldinger@mkr.ch

Über Patientenrechte informieren – Erfahrungen mit einer Informationskampagne im Tessin

Um die Bevölkerung über die im kantonalen Gesundheitsgesetz festgeschriebenen Patientenrechte zu informieren, hat das Tessiner Gesundheits- und Sozialdepartement im Herbst 2001 eine breit angelegte Informationskampagne durchgeführt. Eine anschliessende quantitative Evaluation zeigte, dass die Bevölkerung insgesamt sehr gut informiert war. Eine qualitative Evaluation wies aber darauf hin, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen schwierig zu erreichen sind.

**Annamaria Fahrländer,
Laura Inderwildi Bonivento,
Gianfranco Domenighetti**

Mit der Verabschiedung der Revision des kantonalen Gesundheitsgesetzes im Dezember 2000 hat das Tessiner Gesundheits- und Sozialdepartement beschlossen, die Öffentlichkeit durch eine Informationskampagne für die Patientenrechte zu sensibilisieren. Seit der letzten breit angelegten Information waren schon zehn Jahre vergangen.

Die Patientenrechte

Das Tessiner Gesundheitsgesetz hält die folgenden Patientenrechte fest:

- das Recht auf eine sorgfältige Behandlung (die wissenschaftlich begründet ist) (Art. 5)
 - das Recht auf eine umfassende Information (Art. 6)
 - das Recht, die eigene Krankengeschichte einzusehen und in Kopie anzufordern (Art. 6)
 - das Recht, die Einwilligung zu einer Behandlung zu erteilen oder zu verweigern (Art. 7 und 8)
 - das Recht, eine Behandlung zu verweigern oder zu unterbrechen, oder das Spital vorzeitig zu verlassen (Art. 9)
 - das Recht auf Wahrung des Patientengeheimnisses (Art. 6)
 - das Recht, eine Patientenverfügung zu verfassen (Art. 7).
- Mit der Informationskampagne wollte man alle Einwohner über diese Rechte informieren.

Zielsetzungen der Kampagne

Die Kampagne sollte im Herbst 2001 realisiert werden. Die Ziele lauteten:

- die Öffentlichkeit über die Patientenrechte informieren
- der Bevölkerung den Zugang zu Informationsquellen erleichtern und im Sinne des «Empowerments» ihr Wissen über Gesundheitsthemen fördern.

Zu diesem Zweck sollte:

- das individuelle «Selbstmanagement» der Gesundheit und der bewusste Umgang mit Therapien gefördert werden
- die Informationsasymmetrie zwischen Fachpersonen und ihren Kunden (Patienten) «ausgeglichen» werden, damit die Patientinnen und Patienten sich ver-



Annamaria Fahrländer



Laura Inderwildi Bonivento



Gianfranco Domenighetti

mehrt an Behandlungsentscheidungen beteiligen

– der Übergang von einer paternalistischen zu einer partnerschaftlicheren und ausgewogeneren Arzt-Patient-Beziehung beschleunigt werden.

Eingesetzte Kommunikationsmittel

Die Patientenrechte sollten in einer klaren, direkten, verständlichen und vollständigen Weise vermittelt werden. Deshalb wurden mehrere Kommunikationsmittel und -kanäle genutzt und entsprechend ihrem Potenzial (das bereits aus anderen Informationskampagnen bekannt war) eingesetzt. Die folgenden Mittel wurden eingesetzt:

- Strassenplakate im ganzen Kanton
- Versand einer illustrierten Broschüre, die anhand von praktischen Beispielen die Patientenrechte vorstellt und über deren Ausübung informiert, an alle Tessiner Haushalte
- TV-Spots
- Artikel und Karikaturen in Zeitungen
- Interviews im Radio
- Internet.

Die Plakate, die an allen strategischen Punkten des Kantonsstrassennetzes angeschlagen wurden, haben den bevorstehenden Versand der illustrierten Broschüre angekündigt. Die Broschüre wurde auch allen öffentlichen und privaten Sozial- und Gesundheitsdiensten, Arztpraxen, Apotheken, Spitälern, Privatkliniken, Altersheimen, Behinderteneinrichtungen, Gewerkschaften und Gemeindekanzleien zugestellt. Insgesamt sind 248 000 Broschüren verschickt worden, auf total 3 16 000 EinwohnerInnen im Kanton.

Die TV-Spots, die während vier Monaten zu ausgesuchten Tageszeiten ausgestrahlt wurden, haben die Wichtigkeit einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient betont und einige der Rechte vorgestellt. Zeitungsbeiträge und Radiosendungen haben zur engmaschigen Verbreitung der Botschaft und zur Diskussion über diese Themen beigetragen. Die Inhalte der Broschüre wurden auch im Internet publiziert.

Quantitative Auswertung

Am Ende der Kampagne wurden zwei Evaluationen durchgeführt, um den Effekt zu messen und Hinweise für zukünftige Informationskampagnen zu erhalten.

Eine erste, quantitative Auswertung stützte sich auf eine telefonische Datenerhebung, an der 1010 Tessiner teilgenommen hatten. Sie ergab folgende Resultate:

- 82 Prozent der Bevölkerung hatten die Broschüre erhalten oder gesehen, 77 Prozent gaben an, sie gelesen zu haben. Die Wahl der Kommunikationsmittel und -kanäle wurde von 82 Prozent derjenigen, die die Broschüre gelesen hatten, als angemessen und sehr nützlich beurteilt.

- 92 Prozent der Bevölkerung waren der Meinung, der Staat solle auch in Zukunft über Gesundheitsthemen informieren.

- Schriftliche Informationen werden bevorzugt; aber auch die TV-Spots waren von fast der Hälfte der Bevölkerung gesehen worden, vor allem von Personen mit geringerer Ausbildung.

- Personen unter 25 Jahren ziehen das Internet vor; die über 50-Jährigen informieren sich eher über das Radio.

- Was das Lesen der Broschüre angeht, so konnte kein Unterschied festgestellt werden zwischen Personen, die nur die obligatorische Grundschule besucht haben, und solchen mit Lehrabschluss oder höherer Ausbildung. 64 Prozent der Befragten fanden die Broschüre nützlich für den persönlichen Gebrauch beim Arztbesuch oder Spitalaufenthalt.

- Die einzelnen Patientenrechte sind gut bis sehr gut bekannt, auch wenn nur die Hälfte der Befragten das entsprechende Gesetz kannten. Zwischen 91 und 96 Prozent wussten von ihrem Recht, eine Kopie der Krankengeschichte zu erhalten, umfassend über eine Diagnose oder Behandlung informiert zu werden, eine Zweitmeinung einzuholen oder die Einwilligung zu einer Behandlung zu erteilen oder zu verweigern. Weniger bekannt war das Recht, das Spital jederzeit zu verlassen (70%).

- 34,3 Prozent hatten bereits ein-

mal eine Zweitmeinung betreffend einen chirurgischen Eingriff eingeholt; 35,9 Prozent eine Zweitmeinung betreffend eine diagnostische Untersuchung.

- 88 Prozent der Bevölkerung wussten, dass das Medizinalpersonal ohne schriftliche Zustimmung des Patienten nicht berechtigt ist, den Arbeitgebenden Auskünfte zu erteilen, und dass das Berufsgeheimnis des Arztes auch gegenüber allen Ärztinnen und Ärzten gilt, die nicht direkt an der Behandlung beteiligt sind.

- Fast die Hälfte der Befragten wussten nicht, an wen sie sich im Fall von Verletzungen der Patientenrechte wenden können. Die zuständigen kantonalen Kommissionen scheinen wenig bekannt zu sein, ein Fünftel der Leute würden sich an einen Anwalt wenden.

Qualitative Auswertung

Eine zweite, qualitative Auswertung mass die Wirkung der Kampagne auf benachteiligte Bevölkerungsgruppen, die bei telefonischen Umfragen meistens nicht erreicht werden. Die folgenden sechs Bevölkerungsgruppen wurden aufgrund ihres möglichen Informationsausschlusses ausgewählt: Jugendliche, alte Menschen, Personen mit geistiger Behinderung, chronisch Kranke, Migranten, die sich ausschliesslich in ihrem eigenen Kulturkreis bewegen, und Personen, die sozial am Rand der Gesellschaft leben.

Die Auswertung zeigte die Notwendigkeit, die verwendete Sprache dem jeweiligen Zielpublikum anzupassen. Die Jugendlichen erreicht man am ehesten in ihrer eigenen Jugendsprache, während Migranten nicht nur eine sprachliche, sondern auch eine kulturelle Übersetzung brauchen.

Es zeigt sich, dass es für benachteiligte Personen schwierig ist, die ihnen zustehenden Rechte wahrzunehmen und durchzusetzen. Das gilt vor allem für Personen, die seit längerem in Heimen oder anderen sozialen Institutionen leben. Solche Institutionen können die Ausübung der eigenen Rechte erleichtern, aber in manchen Fällen möglicherweise auch erschweren oder verhindern. Um so

wichtiger sind in diesem Umfeld Einzelpersonen, Familienangehörige, Vereine und Mitarbeitende der Institutionen, die als MediatorInnen und/oder MultiplikatorInnen die benachteiligten Personengruppen beim sprachlichen, intellektuellen und kulturellen Verständnis entsprechender Informationen unterstützen. ■

AutorInnen:
Annamaria Fahrländer, lic. psic.
Laura Inderwildi Bonivento,
lic. soc. MPH
Prof. Dr. Gianfranco
Domenighetti
Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Tessin (Dipartimento della sanità e della socia-

lità)/Sezione sanitaria – WHO
Collaborating centre
Residenza governativa
6501 Bellinzona

Kontaktadresse E-Mail:
annamaria.fahrlander@ti.ch

Hospice Ticino: Bei palliativmedizinischer Betreuung die Wahl geben

Palliativmedizinische Betreuung soll dort angeboten werden, wo der Patient sie wünscht: Sei es zuhause, in einem Hospiz oder im Spital. Das Tessiner Hospice-Programm gibt den Patienten die Wahl. Der Direktor erläutert, wie es funktioniert.

Hans Neuenschwander¹

Im Tessin leben 300 000 Einwohner. Jedes Jahr wird bei ungefähr 1200 bis 1500 Personen die Diagnose Krebs gestellt. Zwei Drittel dieser Patienten sterben entweder an ihrer chronischen Erkrankung oder zumindest mit ihr. 70 Prozent der Krebspatienten schreiben das letzte Kapitel ihres Lebens im Spital. Es sind allerdings nicht die guten palliativmedizinischen Möglichkeiten (Palliative Care, PC) welche den Kranken ins Spital führen, sondern die Belastung der Angehörigen

durch die häusliche Pflege, die rasch überfordert.

Das Tessiner Modell versucht, den Patienten und den Angehörigen die Wahl zu geben, wo die Pflege stattfinden soll. Die Leistung hat demzufolge dem Patienten zu folgen und nicht umgekehrt. Qualitativ hochwertige PC muss also überall angeboten werden: zuhause, in Spitälern, in Pflegeheimen sowie in Hospiz-ähnlichen Einrichtungen².

Ziele und Grundprinzipien

Das Hospice-Programm hat sich folgende Ziele gesetzt:

- Umfassende Betreuung unter Einbezug der Familie und des sozialen Netzes.
- Koordination der beteiligten Ressourcen und Ansprechpartner, um Komplikationen und Hospitalisierungen zu vermeiden.
- Der Patient soll die ihm verbleibende Zeit möglichst in einer Umgebung verbringen dürfen, die auf seine individuellen Bedürfnisse eingehen kann.
- Unterstützung der Angehörigen in ihrer Doppelrolle.
- Psychosoziale Unterstützung der Pflegeeinheit (s. *Abbildung*).



Hans Neuenschwander

- Unterstützung von Pflegeeinheit und Pflegegruppe in der Trauerphase.
- Optimierung der Kontakte mit den Hausärzten.

¹ Hans Neuenschwander ist Leitender Arzt des Servizio di Cure Palliative am Istituto Oncologico della Svizzera Italiana (IOSI) und Direktor des Hospice Ticino.

² Der Begriff des modernen Hospizes geht auf die Gründung des St. Christopher Hospice in London 1967 zurück. Er bezeichnet eine Institution, in welcher Schwerkranken und Sterbende betreut werden, die beispielsweise wegen beschränkter familiärer und medizinischer Ressourcen nicht zu Hause bleiben können. Dies sind Patienten mit Bedürfnissen, denen man in einem Akutspital nicht gerecht werden kann. Heute wird «Hospice» auch gebraucht, um die Betreuungsphilosophie verschiedenster Programme der «Palliative Care» zu umschreiben.

■ Angebot einer kontinuierlichen Weiter- und Fortbildung in Palliativmedizin.

Heute besteht das Hospice-Programm aus der koordinierten ambulanten Versorgung (siehe *Kasten*), aus einer Betteneinheit, aus dem KonsiliarDienst und einer spezialisierten Weiterbildung. Bei der Umsetzung des Hospice-Programms wurden folgende Grundprinzipien beachtet:

■ Die Qualität soll standardisiert sein und modernen Ansprüchen genügen.

■ Es sollen nicht primär neue Dienste oder Stellen geschaffen werden, vielmehr sollen bestehende Ressourcen genutzt und entsprechend ausgebildet werden.

■ Das Angebot soll möglichst geringe Kosten verursachen oder mittel- bis langfristig sogar Kosten senken.

■ Die Kontinuität der angebotenen Betreuung muss unabhängig vom Pflege- oder Aufenthaltsort des Nutzers gewährleistet sein.

Der Vernetzung der Dienste muss also höchste Priorität eingeräumt werden. Demnach sollten die einzelnen Angebote nach dem Prinzip kommunizierender Gefässe miteinander verbunden sein.

Ein paar Zahlen zu Hospice

Die Anfänge des Hospice-Programms im Tessin wurden 1990 im Mendrisiotto gemacht. Nach und nach entstanden weitere lokale Hospice-Einrichtungen. Im Jahr 2000 schliesslich wurde der kantonale Hospiceverein (Associazione Hospice Ticino) mit Zentralsitz in Lugano gegründet, welcher die nunmehr fünf Hospice-Einrichtungen (Mendrisio, Lugano/Malcantone, Locarno, Bellinzona/Valli und Hospice Pediatrico) koordiniert. Im gleichen Jahr wurde Hospice vom Kanton als subsidiäre Organisation zur Spitex anerkannt, sodass nun die Grundvoraussetzungen für den Zugang zu Staats- beziehungsweise Gemeindeförderung geschaffen waren.

Im Hospice-Programm werden gegenwärtig rund 300 Patienten jährlich betreut, Tendenz steigend. Die mittlere Überlebenszeit beträgt 40 bis 60 Tage. In den letzten drei Monaten des Lebens verbringen diese

Patienten durchschnittlich nur 14 Tage in einem Spital. Gut 60 Prozent von ihnen sterben zu Hause.

Ungefähr 50 Prozent der Patienten werden von den Spitälern (35% Onkologie, 14% andere Abteilungen), 25 Prozent von den Hausärzten und 25 Prozent von anderen Diensten (Spitex, Sozialdienste) oder von Familienmitgliedern zugewiesen.

Hospice Tessin verfügt über ein Budget von etwa 900 000 Franken pro Jahr. Davon werden rund 660 000 Franken vom Staat respektive von den Gemeinden (bis zu 80%) abgedeckt, der Rest wird durch Spenden finanziert.

Im Hospice arbeiten: 1 Administratorin (30%), 1 Sekretärin (30%), 1 kantonale Koordinatorin (50%), 6 Pflegenden (350%), 1 Musiktherapeutin (20%) und 4 Ärzte (140%). Die Sozialarbeiter werden von der Kantonalen Krebsliga zur Verfügung gestellt. Weitere wichtige Figuren wie der Psychologe, der Physiotherapeut, die Freiwilligenhelfer oder der Seelsorger werden ad hoc integriert.

Fort- und Weiterbildung

Weiterbildung wird ad hoc angeboten, während der Teamsitzungen und im Rahmen der interdisziplinären Besuche am Krankenbett: In Zusammenarbeit mit der «Associazione Ticinese di Cure Palliative» bietet Hospice jährlich verschiedene Aus- und Weiterbildungen an. Das Angebot ist in der Regel multi- und interdisziplinär. Laut unserer Erfahrung nehmen vorwiegend Nichtärzte dieses Ausbildungsangebot wahr. Man wird deshalb den Zweifel nicht los, dass die Multi- und Interdisziplinarität vor allem ein Wunschdenken der Palliativmedizin ist, welches sich, jedenfalls vor ärztlicher Seite her, wohl mit dem Bedarf, aber nicht mit dem Bedürfnis deckt.

Man hat sich deshalb entschlossen, die Ärzte dort abzuholen, wo sie sind, und ihnen eine «unidisziplinäre» Ausbildung in Form eines «Bus round» zu offerieren.³

Die Teilnehmerzahl wird auf Grund der begrenzten Anzahl Plätze im Bus auf 25 beschränkt. Die Reise wird von ausgewiesenen Experten in Palliativmedizin begleitet und kommen-

tiert. Am Vormittag werden vier Patienten zuhause besucht, zusammen mit ihrem Hausarzt. Die Teilnehmer erhalten bei der Abfahrt eine kurze Zusammenfassung der Krankengeschichten. Der Bus parkiert jeweils vor dem Heim der Patienten. Je fünf Teilnehmer, der Hausarzt, der Hospice-Arzt und der eingeladene Experte besuchen die Patienten in ihrer Wohnung. Das Gespräch wird per Funk und Lautsprecher in den Bus übertragen, sodass auch die restlichen Teilnehmer das Konsilium, das ungefähr eine halbe Stunde dauert, mitanhören können. Abschliessend steigen alle Teilnehmer wieder in den Bus. Während der Fahrt zum nächsten Patienten wird der eben gesehene Fall diskutiert.

Während des gemeinsamen Mittagessens im Grotto haben die Teilnehmer Gelegenheit, in lockerer Atmosphäre zu diskutieren und all die Fragen zu stellen, «die man schon immer stellen wollte, aber niemals zu stellen wagte» (Meet the professor). Im Nachmittags-Workshop werden vorwiegend Themen behandelt, welche auf Grund der klinischen Fälle des Vormittags im Vordergrund stehen.

Zusätzliche Angebote

■ Der palliativmedizinische KonsiliarDienst der Tessiner Spitäler wurde 1996 ins Leben gerufen. Neben Konsilien und Ausbildung entwickelt und verbreitet er palliativmedizinische Standards in den öffentlichen Spitälern. Der palliativmedizinische Dienst setzt sich aus Ärzten und Pflegenden zusammen (3 Ärzte [190%] und 4 Pflegekräfte [200%]), die immer gemeinsam im Zweierteam auftreten, und eng mit dem Hospice-Programm zusammenarbeiten.

■ Seit Herbst 2003 besteht innerhalb des Onkologischen Instituts in Bellinzona eine kleine Bettenstation für sehr komplexe Situationen. Die Triage für diese Betten wird vom palliativmedizinischen Dienst vorgenommen. Dies hilft einerseits, dass diese den wirklich schweren Fällen zugute kommen, andererseits wer-

³ Bus round: Weiterbildungstour mit einem Bus, bei der PatientInnen zuhause besucht werden.

den den «normalen» Abteilungen so nicht alle PC-Patienten entzogen – und damit die notwendigen Ausbildungsmöglichkeiten am Krankenbett. Eine analoge kleine Betteneinheit wird im Frühjahr 2005 in Lugano eröffnet werden.

Es fehlen noch acht Hospiz-Betten, wie eine Tessiner Studie im 2003 zeigte, um das palliativmedizinische Angebot abzurunden. Erste Schritte dazu wurden bereits unternommen.

Vorteile, Nachteile

Das Hospice-Programm bietet viele Vorteile, aber auch einige Nachteile:

- Das integrative Modell ist kostengünstig. Es schafft nicht neue Ressourcen, sondern koordiniert die bestehenden, mit dem Ziel, diese durch kontinuierliche Weiterbildung zu verbessern.

- Hospice ist ein ideales Instrument zur kontinuierlichen Fortbildung am Krankenbett.

- Hospice hat einen wichtigen gesellschaftspolitischen Aspekt: Es schafft die Voraussetzungen für ein Solidaritätserlebnis und integriert Kranke und Sterbende wieder in die menschliche Gemeinschaft.

- Die Hausärzte sind eingebunden. Das ist nicht immer einfach. Nachdem sie den Patienten meist über zwei bis drei Jahre nicht mehr betreut haben, werden sie plötzlich wieder zugezogen, wenn es gilt, die Knochenarbeit zu leisten. Hin und wieder fühlen sie sich eingeengt und kontrolliert von den Vorschlägen des Hospice. Dieses Problem hat sich jedoch im Laufe der Jahre mehr und mehr gelegt, was durch die zunehmende Zahl der direkt zuweisenden Hausärzte bestätigt wird.

- Die Hospicegruppe fungiert, dank der Vernetzung mit dem palliativmedizinischen Dienst, als Verbindungsglied zwischen Spital und Spitex. Dadurch wird die Kontinuität in der Betreuung gewährleistet.

- Für die Hospice-Mitarbeiter ist die Organisation, vor allem was die Kommunikation betrifft, etwas schwerfällig. Das Hospice wird von hochmotivierten Mitarbeitern betrieben, denen es oft schwer fällt, die Dinge nicht gleich selbst zu regeln, sondern sie nach Einholen ei-

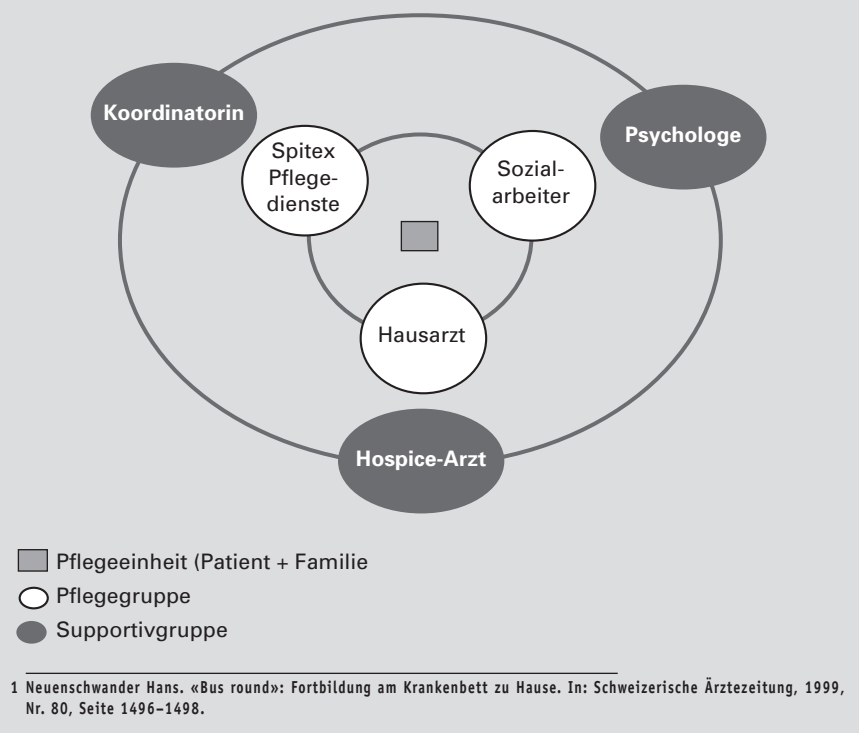
Hospice-Programm

Das Tessiner Hospice-Programm koordiniert und ergänzt die bestehenden palliativmedizinischen Angebote. Im Zentrum steht der Patient mit seiner Familie, der so genannten Pflegeeinheit (*Abbildung*). Diese Pflegeeinheit wird zu Hause von der Pflegegruppe, bestehend aus den Grundversorgern (Hausarzt, Spitexdienste, Sozialdienste), betreut. Mit der Supportivgruppe unterstützt Hospice die Grundversorger. Der Hospicearzt, ein Spezialist mit Ausbildung in Palliative Care, steht dem Hausarzt für Fragen, Konsilien (zum Beispiel zur Therapie der Schmerzen oder zu anderen Symptomen) sowie zur Vertretung bei Ferienabwesenheiten zur Verfügung.

Die Hospiceschwester hat ebenfalls eine Ausbildung in Onkologie und PC. Als Koordinatorin ist sie die wichtigste Person in der Organisation. Sie nimmt Ressourcen-, Bedarfs- und Bedürfnisabklärungen vor, koordiniert die Formulierung von Betreuungs- und Rehabilitationszielen und organisiert Massnahmen, die zum Erreichen dieser Ziele erforderlich sind. Viele Fragen, die an sie herangetragen werden, kann sie eigenständig lösen, für andere vermittelt sie geeignete Ansprechpartner.

Hospice garantiert der Pflegeeinheit und der Pflegegruppe rund um die Uhr, an sieben Tagen in der Woche erreichbar zu sein.

Abbildung: **Organisationsschema Hospice**



nes Konsenses zu delegieren. Die Hospicegruppe hat gelegentlich den Eindruck, sie müsse, als Preis für die vernetzte Zusammenarbeit, Abstriche machen in der Qualität der geleisteten Pflege und Therapie.

Ein schwer kranker Patient soll am Ort seiner Wahl, also entweder zu Hause, im Spital oder in einem Hospiz, betreut werden. Davon sind wir überzeugt, sofern dies mit den vorhandenen Ressourcen kompatibel ist. Diese Wahl kann inter- und intraindividuell unterschied-

lich sein und sollte daher stets neu ermittelt werden. Das Tessin verfügt heute über ein Angebot, welches jedem schwer kranken Menschen Zugang zu qualitativ hoch stehender Palliativmedizin ermöglicht, wo immer er auch wählt, sich betreuen zu lassen. ■

Autor:
Hans Neuschwander
 Servizio Cure Palliative
 Sede: Ospedale Italiano
 6962 Viganello
 E-Mail: cure.palliative@ticino.com

Managed Care in der Tessiner Arztpraxis: Nein danke!

In der ambulanten Medizin konnte sich Managed Care im Tessin bisher nicht durchsetzen: Das einzige HMO-Zentrum wurde nach ein paar Jahren mangels Versicherten wieder geschlossen; Hausarztmodelle gibt es bis heute keine. «Woran liegt das?», haben wir den Tessiner Kantonsarzt gefragt.

Ignazio Cassis

Warum arm sein, wenn man auch reich sein kann? So könnte ich – bewusst politisch unkorrekt – die verschiedenen Meinungen zusammenfassen, die ich bei einer informellen Umfrage bei einigen Kollegen mit Arztpraxis im Kanton Tessin zu hören bekam. Viele Kollegen gelangen, wenn auch mit unterschiedlichen Nuancen, zu folgendem Schluss: «Managed Care? Mag vielleicht interessant sein, aber für mich persönlich sehe ich kein Bedürfnis.» Der in seiner Praxis tätige Arzt (oder die Ärztin) ist in der Regel ein Einzelkämpfer. Seine (ihre) Sorge gilt einer qualitativ hoch stehenden Betreuung seiner Patienten und einer möglichst guten Lebensqualität für sich selbst und seine Familie. Guter Job und hoher Lebensstandard sind für den Arzt im Kanton Tessin, genauso wie für die grosse Mehrheit der Schweizer Bevölkerung, ein wichtiges Lebensziel. «Guter Job»

bedeutet hier vor allem diagnostische und therapeutische Wahlfreiheit, Selbstständigkeit und geringes unternehmerisches Risiko – während der letzten 30 Jahre eine Selbstverständlichkeit im schweizerischen Gesundheitswesen.

Viele Ärztinnen und Ärzte fühlen sich zur Unabhängigkeit in medizinischen Entscheidungen berechtigt und verpflichtet. Der Arzt, so die Vorstellung, darf keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Weisungen beachten, die mit seiner ärztlichen Aufgabe und seinem Behandlungsauftrag gegenüber dem Patienten unvereinbar sind. Diese vom Eid des Hippokrates her stammende Kultur hat sich in den letzten 1000 Jahren kaum verändert. Sie wurde durch die zunehmende Allmacht der medizinischen Technologie in den letzten 30 Jahren sogar noch gestärkt.

Managed Care: eine gefährliche Entwicklung?

Managed Care will diese Kultur mit einem neuen Ansatz durchbrechen – einem Ansatz, der genau in die entgegengesetzte Richtung zielt. Managed Care ist der Oberbegriff für Organisations- und Finanzierungsmodelle mit dem Ziel, durch strikte Kontrolle des Leistungsgeschehens die Kosten zu senken sowie die Effizienz und die Qualität zu erhöhen [1]. Viele ärztliche Kreise befürchten, dass Managed Care am Anfang neuer Abhängigkeiten steht und eine gefährliche Entwicklung darstellt; sie lehnen diesen Ansatz deshalb ab.

Doch Managed Care gilt in der Schweiz nicht nur als Instrument zur strikten Kontrolle und Steuerung der



Ignazio Cassis

Gesundheitsleistungen. Von verschiedener Seite wird auch beteuert, dass allen Managed-Care-Modellen die Idee der Hausarztmedizin zugrunde liege [2]. Demzufolge sollte Managed Care eine individuelle und fachlich einwandfreie Betreuung durch den Hausarzt wie auch die Transparenz der Leistung gewährleisten. – Die semantische Situation ist offenbar etwas verwirrend; es wäre eine Begriffsklärung nötig, damit alle vom Gleichen sprechen würden.

Nachteile in der Arztpraxis

Seit dem Beginn der Neunzigerjahre versucht die Schweiz, Erfahrungen mit neuen Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl zu sammeln [3]. Die Entschädigung für ärztliches Handeln wird in diesen Modellen konsequent umgestaltet. Neue Anreize (Kopfpauschale/Capitation) stellen das bisherige Einzelleistungsprinzip (Fee-for-service) auf den Kopf. Durch Managed Care werden Ärzte explizit mit der finanziellen Verantwortung (Accountability) konfrontiert [4]. Doch diese

Entwicklung wird nur von wenigen Ärzten aktiv mitverfolgt; das Interesse ist klein, die Skepsis gross.

Das Gesundheitswesen hat ein Kostenproblem. Ist Managed Care die Lösung? Für viele Ärzte gilt hier das erste Gesetz von Murphy: «Für jedes Problem gibt es eine Lösung, die einfach, klar und falsch ist.» Verschiedene Argumente erläutern diese Position (Tabelle).

Nachteile für die Patienten

Zur Skepsis der Ärzte kommt die Haltung der Patienten hinzu, die längst zu Klienten des Gesundheitsmarkts mutiert sind. Der moderne Patient erwartet, dass sein Arzt Zeit hat und sich auf ihn und seine Empfindlichkeiten mit Takt und Diskretion einstellt. Er ist davon überzeugt, dass seine Gesundheit direkt vom Konsum ärztlicher Leistungen abhängt, und ignoriert die Tatsache, dass viele Gesundheitsleistungen häufig zu einer paradoxen Zunahme der selbst empfundenen Krankheitslast führen [5]. Zwar schreibt das KVG vor, dass nur jene medizinischen Leistungen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind, zu Lasten der Krankenversicherer bezahlt werden dürfen. Diese Kriterien sind aber in der Arztpraxis nicht überprüfbar und so unscharf definiert, dass sie oft höchstens für wissenschaftliche und juristische Dissertationen taugen. Mit einer flächendeckenden Einführung von Managed Care können aber im Gesundheitswesen nur dann Einsparungen von 30 Prozent erzielt werden [6], wenn diese Kriterien exakt angewendet werden.

Dazu kommt, dass für die Patienten die freie Arztwahl fast ein Mythos ist [7]. Es überrascht also nicht, dass Managed-Care-Modelle, die diese Arztwahl einschränken, von den Patienten als wenig attraktiv beurteilt werden. Die Patienten im Kanton Tessin zeigen bis heute wenig Interesse an solchen Modellen. Vielleicht ist die potenzielle Prämieneinsparung nicht wichtig genug, um den Verzicht auf die freie Arztwahl wettzumachen. Somit gilt für viele Patienten das zweite Gesetz von Murphy: «Ich denke, also bin ich dagegen.»

Tabelle:

Argumente gegen Ärztenetzwerke und Managed Care

| Feststellung | Beurteilung (karikiert) |
|--|---|
| Ärztenetze bringen Budgetverantwortung. | Budgetverantwortung ist hochgefährlich für den Arzt selbst (weniger Einkommen) und für seine Patienten (Gefahr der Unterversorgung). |
| Ärztenetze setzen Koordination voraus. | Koordination ist eine sehr mühsame Arbeit mit hohem Konfliktpotenzial (jeder Arzt hat seinen eigenen Kopf). Was habe ich selber davon? |
| Ärztenetze führen neue Berufe wie jenen des Care-Managers ein. | Patienten brauchen ärztliche Betreuung, keine Krankheitsverwalter (disease managers) und keine Bürokratie. Care-Management? Eine Ketzerei! |
| Ärztenetze brauchen solidarische Visionen. | Wer hat heute schon Visionen, wenn nicht einmal unsere Politiker wissen, wohin sie wollen (wiederholtes Scheitern der KVG-Reform)? Was nützen Visionen, wenn man täglich mit Blindflügen konfrontiert ist (Wirtschaft)? |
| Ärztenetze brauchen starke gemeinsame Werte. | Der heutige Trend läuft eher in Richtung Maximierung der Individualinteressen. |

Die Sicht der Politik

Mit dem Inkrafttreten des KVG am 1. Januar 1996 hatte man eine deutliche Zunahme der Zahl und Grösse der Managed-Care-Systeme in der ganzen Schweiz erwartet. Zwar gibt es heute in einigen Agglomerationen bedeutende Ärztenetzwerke (z.B. Réseau Delta in Genf, MediX in Zürich, WintiMed in Winterthur usw.), doch von einem Boom in diesem Feld kann keine Rede sein. Auch in Lugano wurde in den Neunzigerjahren ein HMO-Zentrum eröffnet; das Projekt dauerte aber nur ein paar Jahre.

Dennoch möchte der Bundesrat, wie die Vorlage 2B seiner Botschaft zum zweiten Paket der KVG-Revision zeigt, integrierte Versorgungsangebote fördern [8]. Wird das Parlament – und im Fall eines Referendums das Volk – die Vorlage positiv aufnehmen, dann könnte die Gesetzesänderung auf den 1. Januar 2006 in Kraft treten. Weil der Bundesrat an der Freiwilligkeit entsprechender Angebote festhält, müsste aber gleichzeitig die Vertragsfreiheit zwischen Versicherern und Leistungserbringern eingeführt werden, um Anreize zum Ausbau des Managed-Care-Angebots zu schaffen. Zu viel auf einmal? Höchstwahrscheinlich ja – auch wenn die Vorschläge des Bundesrates ein mutiger Schritt in die richtige Richtung wären. Aber der Leidensdruck bei

den Patienten wie bei den Ärzten ist offenbar noch zu wenig gross, um Mehrheiten für einen neuen Weg im KVG zu finden – im Tessin wie in vielen anderen Kantonen. ■

Autor:

Dr. med. Ignazio Cassis, MPH

Facharzt FMH für Innere Medizin, Prävention und Gesundheitswesen
Kantonsarzt (Gesundheits- und Sozialdepartement, Kanton Tessin)

E-Mail: ignazio.cassis@ti.ch

Internet: www.ti.ch/med

Literatur:

1. Arnold M.: Managed Care: Prinzipien Effekte Grenzen. Führen und Wirtschaften 1996; 13 (1): 8-12.
2. Kissling B.: Von Managed Care zu «Care Managing». PrimaryCare 2003; 3: 199-202.
3. Etter J.-F., Perneger Th.: Health care expenditures after introduction of a gatekeeper and a global budget in a Swiss health insurance plan. J Epidem Community Health 1998; 52: 370-376.
4. Huber F., Marti C., Götschi A.S., Weber A.: Managed Care in der Schweiz. SAEZ 2002; 83: 2629-2632.
5. Moynihan R., Smith R.: Too much medicine? BMJ 2002; 324: 859-60.
6. Huber F.: Verteilungsgerechtigkeit und Budgetverantwortung in Ärztenetzen. SAEZ 2004; 85: 1836.
7. Vaterlaus S., Telser H., Zweifel P., Heugster P.: Was leistet unser Gesundheitswesen? Plaut-Economics 2004.
8. BAG: Krankenversicherung: Bundesrat verabschiedet Botschaften zur Spitalfinanzierung und Förderung von Managed Care. 15. September 2004, Presse-Communiqué.

Ente ospedaliero cantonale EOC: eine dezentralisierte Spitalorganisation

Mit dem Zusammenschluss der öffentlichen Spitäler zur «Ente ospedaliero cantonale EOC» im Tessin ist eine dezentralisierte Spitalorganisation entstanden. Zentrale Dienste unterstützten die Rationalisierung. IT ermöglicht, dass die dezentralen Spitäler vernetzt zusammenarbeiten.

**Carlo Maggini,
Fabrizio Barazzoni**

Die «Ente ospedaliero cantonale (EOC)» wurde 1983 gegründet, um sämtliche öffentlichen Spitäler des Kantons Tessin in einem kantonalen Unternehmen mit eigener Rechtspersönlichkeit zusammenzufassen. Zuvor bestand das kantonale Spitalsystem aus rund 30 voneinander unabhängigen öffentlichen und privaten Einrichtungen. Mit der Übernahme des Eigentums der öffentlichen Spitäler wurde die EOC auf strategischer, organisatorischer und führungstechnischer Ebene zu einer echten Entscheidungsinstanz. Das Gesetz über die öffentlichen Spitäler von 1983 räumte den Gemeinden jedoch weit gehende Autonomie ein, weil sie an der Finanzierung der Spitalkosten beteiligt und somit die logischen Partner waren. Die Organisationsstruktur wurde dadurch besonders komplex, weil die Kompetenzen auf die Zentralor-

gane und die Regionalorgane aufgeteilt waren. Diese zweiköpfige Organisation barg nicht nur grosse Interessenkonflikte in sich, sondern stellte auch hohe Anforderungen an die Koordination. Sie war sehr energieraubend, verwässerte die Verantwortlichkeiten und hatte hohe zusätzliche Betriebskosten zur Folge. Diese Situation, welche den Grundsatz der Führungseinheit offenkundig verletzte, verlangsamte die Unternehmensrationalisierung sehr.

Autonomer Betrieb

Erst ab dem Jahr 2001 wurden die Gemeinden von der Spitalfinanzierung völlig entlastet und ihrer Führungsverantwortung entbunden. Die EOC wurde damit zu einem in Betrieb und Führung weit gehend selbstständigen Unternehmen. 20 Jahre nach ihrer Gründung ist die EOC zu einer bedeutenden Akteurin im Gesundheitswesen geworden. Mit ihren acht Spitaleinrichtungen, die stark miteinander vernetzt und auf dem ganzen Kantonsgebiet präsent sind, erbringt die EOC über 60 Prozent der Leistungen auf dem Gebiet der somatischen Versorgung und Rehabilitation. In der hoch spezialisierten Behandlung ist sie führend. Sie ist exklusiv für den Betrieb der Notfalldienste zuständig und spielt eine wichtige Rolle in der Ausbildung und Forschung. An die Stelle des früheren Spitalverbands ist ein Einheitsunternehmen getreten, dessen Organisation tief greifend verändert werden musste. Die Strukturen wurden vereinfacht, und die Verantwortung wurde entsprechend auf nur noch drei Ebenen verteilt: Verwaltungsrat, Generaldirektion und lokale Direktionen.



Carlo Maggini



Fabrizio Barazzoni

Zentralisierte Dienste

Mit der Neuorganisation konnten ausserdem sämtliche unterstützenden Dienste des Unternehmens zentralisiert werden: IT, Finanzen, Buchhaltung, Fakturierung, Personal, Qualität, Spitalbauten und medizinische Technologie, Labormedizin, Apotheke, Zentralwäscherei, Infektionsprävention und Personalmedizin. Dies mit dem Ziel, die

Kosten zu senken, die Risiken einzuschränken und die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass sich das Spital auf seine primäre Funktion konzentrieren kann: das optimale Management der Behandlungsprozesse und die Beziehungspflege zu den Patienten und Kunden.

Dezentralisierte Organisation

Die vereinheitlichte Struktur bei dezentralisierter Spitalorganisation bietet einen einzigartigen Wettbewerbsvorteil: Klinische Probleme können dank zahlreicher Spezialgebiete interdisziplinär gelöst werden. Jedes Spital bildet ein Zugangstor zur gesamten Struktur, die zugleich durch Allianzen mit externen öffentlichen oder privaten, in- oder ausländischen Instituten gestärkt wird. Dank Verträgen im klinisch-wissenschaftlichen Bereich mit einigen angesehenen Instituten in der benachbarten Lombardei rückt die EOC ausserdem ins Zentrum der wissenschaftlichen Debatte im In- und Ausland. Dabei nutzt sie ihre Brückenfunktion zwischen Nord und Süd aus.

Die dezentralisierte Spitalorganisation wurde weiterentwickelt, indem spitalübergreifende Abteilungen eingerichtet wurden. Das beste Beispiel dafür ist auch heute noch das Istituto Oncologico della Svizzera Italiana¹. Die einst stark hierarchisch gegliederte Organisation mit selbstständigen Abteilungen und Bereichen hat sich so zu einer Struktur entwickelt, die auf der Integration sich ergänzender und voneinander abhängender Betriebseinheiten beruht.

Informatik

Der Betrieb der dezentralisierten Spitalorganisation erfordert auch eine angemessene Informatikplattform und fortschrittliche Kommunikationstechnologien. Dies beginnt mit dem elektronischen Patientendossier. Es ist zentral für die Verwaltung aller medizinischen, pflegerischen und administrativen Daten eines Patienten, sobald er ins Spital eintritt. Das elektronische Patientendossier ist eine effiziente Lösung für den Patienten, welcher die Dienst-

leistungen des Spitals beansprucht (E-Patient).

Seit dem Jahr 2000 sind ausserdem in allen Spitaleinrichtungen der EOC Telemedizin- und Videokonferenz-Systeme in Betrieb. Sie stellen den Austausch medizinischer Informationen zwischen den verschiedenen Abteilungen der einzelnen Spitäler beziehungsweise mit anderen Spitaleinrichtungen sicher. Zudem dienen sie dem E-Learning des Gesundheitspersonals. Seit 2003 wird in allen EOC-Spitalern mit PACS (Picture Archiving and Communication System) und RIS (Radiology Information System) gearbeitet. Diese Systeme gestatten das computergestützte Management aller Verrichtungen der Röntgenabteilungen wie Arbeitsplanung, Informationsbeschaffung für die Fakturierung und die Archivierung der Befunde und Bilder. Zudem können Bilder zwischen den verschiedenen Instituten hin- und hergeschickt werden, um spezielle oder dringende Fälle gemeinsam zu beurteilen.

New-Public-Management

Die Beziehungen zum Kanton als einzigem Aktionär des Unternehmens unterliegen den Grundsätzen des New-Public-Management. Die klare Trennung der Aufgaben und Verantwortungen – Festlegung der Unternehmenspolitik durch die politischen Behörden, Umsetzung durch das Unternehmen – hätten die Beziehungen zwischen politischen und unternehmerischen Kreisen eigentlich professionalisieren sollen. All dies erfordert von den Behörden jedoch einen Lernprozess im Gebrauch der Managementinstrumente und eine neue Kultur, von der wir heute noch weit entfernt sind.

Das New-Public-Management soll jedoch nicht nur eine Trennung zwischen dem Politiker und dem Ausführenden schaffen, sondern den Unternehmen vor allem auch ermöglichen, effizientere Dienstleistungen in besserer Qualität zu erbringen. Zu diesem Zweck ist die Leistungserbringung in einem Leistungsvertrag zwischen dem Kanton und der EOC geregelt. Finanziert wird nicht mehr wie früher über die Bedürfnis-

deckung, sondern durch einen fixen Pauschalbeitrag, der aufgrund des Volumens der ausgehandelten Leistungen und des vereinbarten Preises ermittelt wird. Dabei werden Benchmarking und Qualitätsparameter einbezogen. Die Bestimmung der Leistungen, ihre Fakturierung und das Monitoring erfolgen mit dem APDRG-System.

Qualitätsmanagement

Um die Qualität der Leistungen beurteilen zu können, wurden verschiedene Qualitätsmanagementsysteme eingeführt. Ganze Spitalstrukturen oder wichtige Bereiche (Operationssäle) wurden nach den ISO-Normen zertifiziert und bedeutende Dienste (Analyselabors) akkreditiert. Die Behandlungsqualität wurde durch die regelmässige Erhebungen der Ergebnisindikatoren beurteilt. Ihre Effizienz und Validität wurden somit bewiesen. Dazu wurden fünf der sechs vom Westschweizer Verein Forum Qualität (FoQual) vorgeschlagene Indikatoren für die Behandlungsqualität ausgewählt:

- Patientenzufriedenheit
- Qualität der Diagnosecodierung und der chirurgischen Eingriffe
- Nosokomiale Infektionen
- Druckgeschwüre
- Potenziell vermeidbare Wiederaufnahmen im Spital (ab 2005).

Die Qualitätsindikatoren sind gemeinsam mit den finanziellen Indikatoren das Rückgrat der «Balanced Scorecard». Sie stellen für die EOC die Umsetzung, das Monitoring und die Kommunikation ihrer Strategien sicher. ■

Autoren:

Dr. rer. oec. Carlo Maggini

Generaldirektor EOC

Dr. med. MPH Fabrizio Barazzoni

Ärztlicher Leiter EOC

Ente Ospedaliero Cantonale EOC

Viale Officina 3

6500 Bellinzona

E-Mail: fabrizio.barazzoni@eoc.ch

Übersetzung aus dem Italienischen:

Die Übersetzung wurde freundlicherweise vom Übersetzungsdienst der SUVA übernommen.

¹ Institut für Onkologie der italienischen Schweiz

Organisationsqualität und medizinische Leistungsqualität im Spital – ein Widerspruch?

Beim Stichwort «Qualitätssicherung» denken Spitaldirektoren an Instrumente wie ISO und TQM. Dagegen denken medizinische Leistungserbringer etwa an Qualitätszirkel, Peer-Reviews und evidenzbasierte Medizin. Das Regionalspital La Carità in Locarno versucht, beide Sichtweisen zu vereinen.

Luca Merlini¹, Angela Greco²

Das Regionalspital Locarno (siehe *Kasten*) bemüht sich seit Mitte der Neunzigerjahre um ein Systemmanagement nach Qualitätsgrundsätzen, entsprechend seinem ersten Leitbild: «Wir wollen bezüglich diagnostischer und therapeutischer Effizienz, Aufnahmebedingungen, Zuverlässigkeit und Qualitätsmanagement ein Referenzspital werden.» Das Hauptaugenmerk wurde dabei auf die Förderung der Mitarbeiter (zuerst Kader, dann gesamtes Personal) und auf den *kulturellen Wandel* gelegt. Im Folgenden werden zuerst die wichtigsten Stationen dieses Prozesses vorgestellt. Anschliessend wird gefragt,

wieweit die eingesetzten Instrumente zur Verbesserung der Organisationsqualität auch die medizinische Qualität verbessern.

Fokussierung auf das Personal

Am Anfang stand die tiefe Überzeugung der Spitalleitung, dass Bemühungen um bessere Ergebnisse in erster Linie bei der Ausbildung und bei der Motivation des Personals ansetzen müssen. Die Mitarbeitenden müssen mehr Verantwortung übernehmen können und stärker einbezogen werden.

Deshalb wurde 1997 beschlossen, eine Abteilung «Human Resources» zu schaffen und ein Managementinstrument einzuführen, das eine optimale Steuerung dieser Ressourcen gewährleistet: *das Kompetenzmodell*. Ziel dieses Modells ist es, die richtigen Personen am richtigen Ort einzusetzen, indem die Mitarbeitenden- und Stellenprofile miteinander und mit dem Idealzustand verglichen werden. Dank dem Modell konnte und kann das Spital Hinweise finden für die kontinuierliche Verbesserung der organisatorischen Effizienz, für die Planung der Personalnachfolgen und der individuellen Karrieren, für individuell zugeschnittene Ausbildungsprogramme, für das Management der Arbeitsbelastung einzelner Mitarbeitenden, für die Beurteilung der Leistungen sowie für eine angemessene Lohnpolitik.

Die vielleicht wichtigste Auswirkung der vermehrten Aufmerksamkeit gegenüber dem Personal zeigte sich aber im Bereich der Unternehmenskultur. Der kulturelle Wandel äusserte sich unter anderem wie folgt:

- Vertieftes Bewusstsein des Personals für das Thema Qualität



Luca Merlini



Angela Greco

- Übergang von einem Kontrollsystem zu einem System gemeinsamer Ziele

- Einführung einer Messkultur

- Dezentralisierung und Förderung des Verantwortungsbewusstseins.

Es entwickelte sich also zunehmend das Bedürfnis, die Qualität der medizinischen Versorgung beurteilen und fördern zu können. Zu diesem Zweck wurde im Jahr 1997 eine

¹ Luca Merlini ist Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler mit Spezialisierung in den Bereichen Organisation/Human-Resource-Management, Qualitätsmanagement sowie Ökonomie und Management im Gesundheitswesen.

² Angela Greco ist Betriebswissenschaftlerin und absolviert zurzeit das Masterprogramm in Ökonomie und Management im Gesundheitswesen (Net-Megs) an der Universität Lugano.

eigene *Qualitätsabteilung* geschaffen.

Qualitätszertifizierungen

Im Jahr 2000 erfolgte die *Zertifizierung* des Spitals nach *ISO 9001*. Es mussten grosse Anstrengungen unternommen werden, um die Mittel für die geforderten organisatorischen Verbesserungen bereitzustellen. Doch es hat sich gelohnt. Ergebnis war unter anderem ein verbessertes Management der schriftlichen Dokumentationen, eine klarere Zuteilung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten sowie die Definition von verbindlichen Standards.

Bereits ISO hatte die Qualität der Dienstleistungen ins Zentrum des Interesses gerückt. Nun begann das Spital, sich mit dem Ansatz des *Total Quality Management (TQM)* zu befassen, um den Bedürfnissen der *Stakeholder* (d.h. sämtlicher Betroffenen und Beteiligten) im Hinblick auf die Qualität der Dienstleistungsprozesse noch mehr Aufmerksamkeit schenken zu können. Im Jahr 2001 wurde erstmals eine Selbstbeurteilung nach dem TQM-basierten Modell der *European Foundation for Quality Management (EFQM)* durchgeführt. In pragmatischer

Das Regionalspital Locarno

Das Regionalspital Locarno ist das wichtigste Akutspital der Region Locarno. Es ist Behandlungseinrichtung, Lehr- und Ausbildungsstätte sowie klinisches Forschungsinstitut zugleich.

Mit seinen 175 Betten nimmt das Spital jährlich rund 7200 Patienten stationär auf und behandelt 34 000 Personen ambulant. Es bietet alle wichtigen Spezialitäten im weiteren Sinn an (Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Intensivpflege). Weiter beherbergt es das Centro cantonale di fertilità (Zentrum für Fortpflanzungsmedizin) und erbringt eine Reihe ambulanter Dienstleistungen wie Physiotherapie, Radiologie, Dialyse, Onkologie, Sportmedizin und chinesische Medizin. Zudem verfügt es über ein Ambulatorium für Diabetologie. Das Spital beschäftigt 580 Mitarbeitende. Das Jahresbudget beträgt rund 66 Mio. Franken.

Tabelle: **Verzeichnis der Indikatoren**

| | |
|---|--|
| Prozessindikatoren | Die Prozessindikatoren sind an die Zertifizierung nach ISO 9001 und ISO 14000 geknüpft und messen die Effizienz und die Qualität des internen und des externen Kundendienstes. |
| Strategische Indikatoren | Die strategischen Indikatoren sind in der Balanced Score Card zusammengefasst und dienen dazu, den Grad der Erreichung strategischer Ziele zu messen. |
| Ergebnis- und Zufriedenheitsindikatoren | Die Ergebnis- und Zufriedenheitsindikatoren sind die direkte Folge der Einführung des EFQM-Modells im Spital; sie messen insbesondere die Zufriedenheit und die Wahrnehmungen der Kunden, der Gesellschaft und des Personals. Viele Ergebnisindikatoren stimmen mit Prozess- oder strategischen Indikatoren überein. |
| Risikoindikatoren | Mithilfe der Risikoindikatoren wird das Risiko einer bestimmten Aktivität laufend überprüft; Hauptziel ist die Prävention. |
| Medizinische Outcome-Indikatoren | Die medizinischen Outcome-Indikatoren wurden kantonal, im Rahmen der Ente Ospedaliero Cantonale (EOC), definiert ³ und sollen in Zukunft als Grundlage für die Ausarbeitung der Leistungsverträge dienen. |

Art und Weise bewertet das Kader des Spitals seither jedes Jahr die wichtigsten Stärken der Struktur und zeigt auf, wo die Dienstleis-

«Der EFQM-Ansatz kann als Führungsinstrument genutzt werden, um aufgrund konkreter Daten zu entscheiden, ob Eingriffe notwendig sind.»

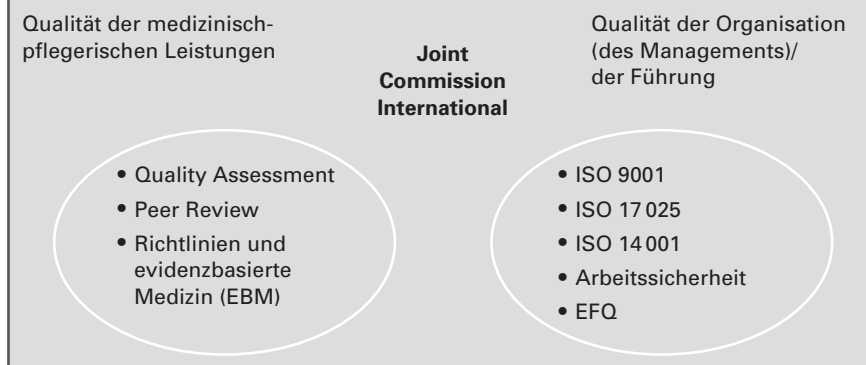
tungsqualität zu Gunsten der Patienten, der behandelnden Ärzte und des Personals noch weiter verbessert werden kann und welche konkreten Massnahmen es dazu braucht. Es werden strategische Ziele vorgegeben sowie ausführliche Massnahmenpläne erstellt und Verbesserungsprojekte lanciert. So kann der EFQM-Ansatz als reguläres Führungsinstrument genutzt werden, um nicht mehr aufgrund von Wahrnehmungen oder Intuitionen Einzelner, sondern aufgrund konkreter Daten, die von den Betroffenen selber erhoben wurden, zu entscheiden, ob Eingriffe notwendig sind. Wertvolle zusätzliche Hinweise geben auch die neu eingeführten periodischen Zufriedenheitsbefragungen bei den Mitarbei-

tenden, den Patienten und den Ärzten. Insgesamt konnte auf diesem Weg erreicht werden, dass die strategischen Ziele zunehmend von allen Mitarbeitenden geteilt und angestrebt werden.

Einen weiteren Meilenstein bildete die Teilnahme am Esprix-Wettbewerb im Jahr 2004, der von der Spitaldirektion angeregt worden war. Neben den *sektorübergreifenden* Qualitätsprojekten (ISO-Zertifizierung und EFQM-Modell) fanden und finden auch zahlreiche *sektorielle* Projekte statt. Dazu gehören:

- die Anerkennung «fourchette verte» im Jahr 1999 für den Verdienstdienst
- die Zertifizierung nach ISO 14001 im Jahr 2001 für die Einführung eines Umweltmanagementsystems
- die Akkreditierung nach ISO 17025 im Jahr 2001 für das Labor
- die UNICEF-Anerkennung im Jahr 2002 für die Förderung des Stillens und des Wohlergehens von Mutter und Kind
- das im Jahr 2003 gestartete Projekt «Sicherheit am Arbeitsplatz»
- das im Jahr 2003 gestartete Projekt «Gemeinsam gegen Schmerz»

³ siehe Artikel «Ente ospedaliero cantonale EOC: eine dezentralisierte Spitalorganisation» von Carlo Maggini und Fabrizio Barazzoni in diesem Heft.

Abbildung: **Die beiden Qualitätsansätze im Gesundheitswesen**

■ ebenfalls im Jahr 2003 das Projekt «ENERGHO» für Energieeinsparung.

Organisations- statt medizinische Qualität?

Dank den oben beschriebenen Managementinstrumenten erreichte das Spital einen hohen Qualitätsgrad im Hinblick auf die Organisation und das Management. Mängel, die dem Spital von den Mitarbeitenden gemeldet werden, werden heute von einem Qualitätsteam systematisch gesammelt und bearbeitet. Dasselbe gilt für Reklamationen und Verbesserungsvorschläge von externer Seite (Patienten, Familienangehörige, behandelnde Ärzte usw.). Zudem führen verschiedene Spitalabteilungen gegenseitige interne Prüfungen durch, und es werden systematisch verschiedene Indikatoren (siehe *Tabelle*) erhoben und analysiert.

Die grosse Herausforderung für das Spital La Carità im Bereich der Qualität besteht heute darin, die Organisations- und Managementqualität sowie die Qualität der medizinischen Dienstleistungen aufeinander abzustimmen. Die Qualitätsansätze der medizinischen Leistungserbringer unterscheiden sich nämlich von jenen des Managements: Die medizinischen Leistungserbringer streben eine kontinuierliche Qualitätsent-

wicklung an, indem sie die medizinischen und pflegerischen Leistungen mittels Messungen und Peer Reviews sowie aufgrund der verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse laufend bewerten und entsprechende Anpassungen vornehmen, im Sinn eines kontinuierlichen Qualitätssicherungs-Zyklus. Auch wenn es beim medizinischen wie beim organisatorischen Qualitätsmanagement darum geht, die Qualität zu verbessern, sind doch gewisse Massnahmen nötig, um die beiden Ansätze ganz aufeinander abzustimmen. Manche mögen sich fragen, warum in der Gesundheitsversorgung nicht überhaupt nur die medizinische Qualitätssicherung nötig ist. Doch angesichts der zunehmenden Bedeutung der Steuerung müssen die medizinische Qualitätssicherung und das Total Quality Management heute als komplementär angesehen und integriert werden (siehe *Abbildung*).

Ein gangbarer Weg in diesem Sinn könnte jener sein, der von der *Joint Commission International* (JCI) vorgegeben wird: Ihre Standards für die Akkreditierung von Institutionen im Gesundheitswesen decken zwei Makrobereiche ab: den technisch-betrieblichen Bereich, also die Organisationsqualität (Management des Betriebs und der Pflegeleistungen, Patientensicherheit), und den klini-

schen Bereich (Zugang zu medizinischen Leistungen und Kontinuität der Leistungen).

Ziel der Akkreditierung nach JCI ist es,

- das Risiko von Fehlern zum Schaden des Patienten zu minimieren
- eine bessere Information/Zufriedenheit des Patienten zu gewährleisten
- die Risiken für die Ärzte und die Institution bei Klagen und Rechtsstreiten zu minimieren
- die Versicherungskosten zu reduzieren (je mehr Garantien gegeben werden, desto geringer sind nämlich die Versicherungsrisiken und dementsprechend die Versicherungskosten)
- die Arbeitsorganisation zu optimieren.

Die erste Beurteilung (Presurvey) ergab zunächst einmal eine Bestandsaufnahme von Seiten der internationalen Experten, die es erlaubt, die Stärken und Schwächen unserer Organisation aufzuzeigen. Nun müssen wir uns den schwachen Punkten zuwenden und hier Verbesserungen anstreben, wenn wir das Endziel, die Akkreditierung durch die Joint Commission International, erreichen wollen. ■

AutorInnen:
Luca Merlini

Direktor
Ospedale La Carità
Casella postale
6601 Locarno
E-Mail: luca.merlini@eoc.ch

und

Angela Greco

Qualitätsbeauftragte
Ospedale La Carità
E-Mail: angela.greco@eoc.ch

Übersetzung aus dem Italienischen:
Übersetzungsdienst der SUVA

Professionalisierung und Koordination der Rettungsdienste – die Erfahrungen der FCTSA

Im Tessin haben sich die Rettungsdienste vor über 25 Jahren zu einem privaten Verein zusammengeschlossen. Der Kanton hat diesem Verein später die Verantwortung für die Organisation und das Management des Rettungswesens übertragen. Dies hat die Professionalisierung und die Koordination des Rettungswesens gefördert und erleichtert, meint der Autor.

Roberto Cianella

Im Jahr 1978 hat der Kanton Tessin das Gesetz über die Koordination und Finanzierung der Rettungsdienste (Ambulanzgesetz) erlassen. Daraufhin beschlossen die (insgesamt 13) im Tessin und im italienischsprachigen Graubünden tätigen Rettungsdienste, sich zur «Federazione Cantonale Ticinese dei Servizi Ambulanza» (FCTSA) zusammenzuschliessen, einem Verein im Sinne der Artikel 60 ff. ZGB mit dem Zweck:

- die Interessen der Rettungsdienste zu schützen
- Synergien zwischen den einzelnen Rettungsdiensten zu entwickeln
- eine gemeinsame Instanz zu schaffen, welche die Diskussionen mit den Krankenversicherern, dem Gesund-

heitsdepartement und allen anderen institutionellen Partnern führen kann.

Professionalisierung

Entsprechend der Entwicklung auf nationaler Ebene im Bereich der Professionalisierung des Rettungswesens (Ausbildungs-Zertifikat des Interverbands für Rettungswesen IVR¹) beschloss die FCTSA 1983, eine Schule aufzubauen für die Ausbildung des Berufspersonals (dipl. Sanitäter FCTSA-IVR). Dies war die Geburtsstunde eines neuen Berufs. Die FCTSA erhielt vom Kanton den Auftrag, das Management und die Ausbildung des professionellen Personals zu übernehmen, um der Bevölkerung unabhängig vom geografischen Standort des Patienten überall dieselbe Leistungsqualität garantieren zu können. Der Slogan der FCTSA lautete damals: Gleiche Überlebenschancen von Airolo bis Chiasso!

Bis zur Übergabe der Schule an den Kanton (2000) wurden über 100 Sanitäter an der Schule der FCTSA diplomiert. Heute verfügen über 90 Prozent der Mitarbeitenden der Rettungsdienste über eine Berufsausbildung, nämlich:

- diplomierter Sanitäter SRK
- diplomierte Pflegefachperson mit Sanitäter-Zusatzausbildung SRK
- Notfallmediziner mit Diplom oder in Ausbildung.

Die FCTSA professionalisierte sich, und die Rettungsdienste, deren Verantwortliche den Steuerungsausschuss der FCTSA bild(et)en, begannen nach Möglichkeiten zu suchen, um die (begrenzten) Ressourcen besser zu koordinieren und so die Wirksamkeit und Effizienz im gesamten Einzugsgebiet zu verbessern.



Roberto Cianella

Resorganisation

1992 bat der Kanton die FCTSA, eine Studie betreffend die Reorganisation der Rettungsdienste durchzuführen, und er unterstützte die resultierenden Forderungen:

- Verringerung der Zahl der Rettungsdienste (für das Tessin von 13 auf 6, siehe *Abbildung*) bei gleichzeitiger Erhöhung der sanitätsdienstlichen Leistungsfähigkeit
- Erarbeitung qualitativer Mindestanforderungen (z.B. max. 2 Minuten für notfallmässiges Ausrücken)
- Unterstützung der Professionalisierung des Personals, insbesondere durch Subventionierung der Aus- und Fortbildung.

So ermöglichte es der Kanton der FCTSA, zu seinem eigenständigen Ansprechpartner für die präklinische Rettung im Tessin zu werden. Im Unterschied zu anderen Kantonen, die den Rettungsdienst entweder selber wahrnehmen (z.B. Kanton Bern) oder aber zwar an öffentliche

¹ Dieses Zertifikat wurde später durch das Sanitäterdiplom SRK ersetzt, siehe unten.

oder private Vereinigungen delegieren, aber selber führen (z.B. Waadt), kontrolliert der Kanton Tessin (ebenso wie der Kanton Wallis) nur die Ergebnisse, welche die Rettungsdienste der FCTSA erzielen.

Weil die FCSTA das volle Vertrauen des Gesundheitsdepartements geniesst und zugleich die Flexibilität eines

«Die Rettungsdienste begannen nach Möglichkeiten zu suchen, ihre Ressourcen besser zu koordinieren.»

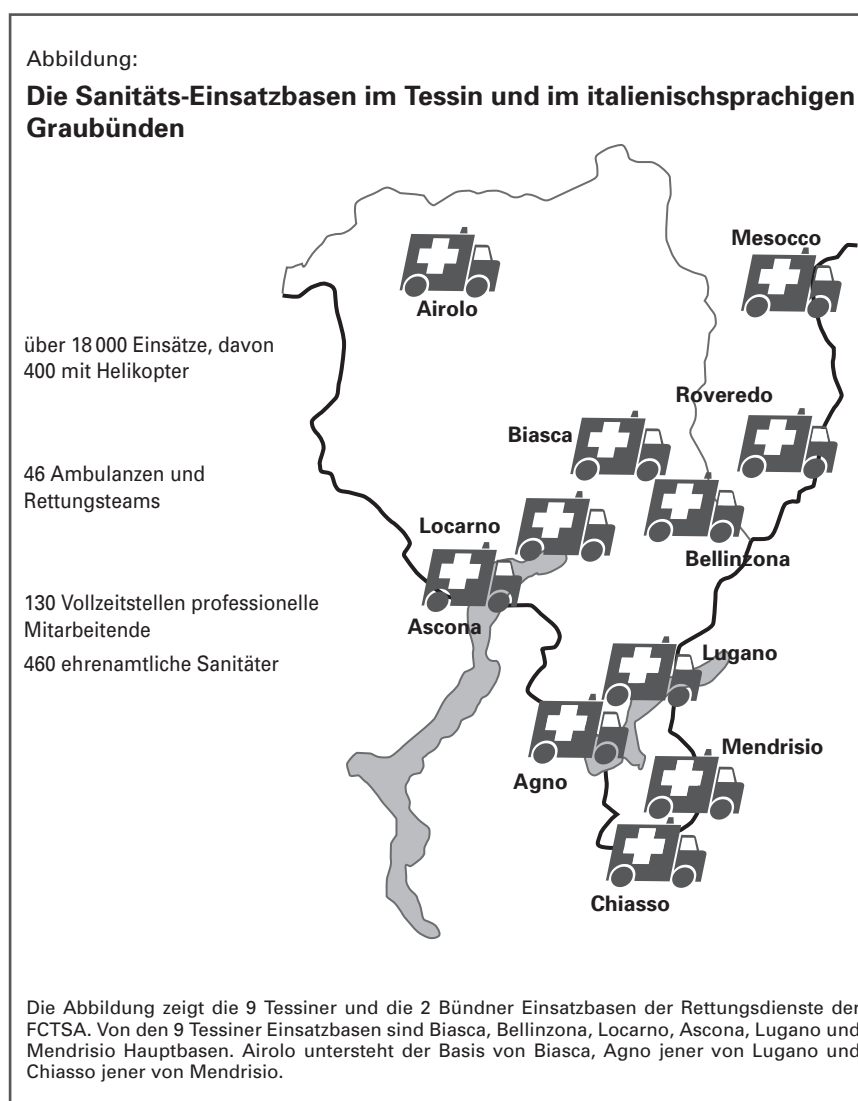
privaten Vereins besitzt, ist sie in der Lage, in grosser Freiheit eine Vielzahl von Projekten zur vollen Zufriedenheit aller Betroffenen durchzuführen. In jedem dieser Projekte sind die Rettungsdienste zugleich Auftraggeber und Umsetzende. Es werden also nur Projekte durchgeführt, die von den Rettungsdiensten als notwendig erachtet werden. Dies verbessert den Informationsfluss sowie die «Compliance», erleichtert das Change-Management und beschleunigt die Umsetzung.

Aufbau der Notrufzentrale 144

1994 startete die FCTSA das Projekt zum Aufbau der Alarmzentrale und zur Koordination des Tessiner Sanitätsnotrufs 144², mit dem sehr ehrgeizigen Ziel, eine Zentrale aufzubauen, welche:

- jede Art von Anrufen sanitätsdienstlicher Art entgegennehmen und managen kann
- Sanitätspersonal mit Zusatzausbildung in den Bereichen Informatik und Sprache³ beschäftigt
- die verfügbaren Ressourcen im gesamten Einzugsgebiet koordiniert
- bei grösseren Unfällen die Funktion der Kommandozentrale übernimmt.

Zuvor hatte jeder Rettungsdienst eine eigene Alarmzentrale und ein ihm zugeteiltes Einsatzgebiet. Es bestand kein Konzept zur Überwachung der gesamten Aktivitäten, und es konnte vorkommen, dass für einen Einsatz zwei Ambulanzen einrückten oder – schlimmer – dass in



der entsprechenden Region keine Ambulanz mehr verfügbar war. Die Anrufe wurden von Personal entgegengenommen, das über keinerlei besondere Fremdsprach-, Kommunikations- und rettungsdienstliche Kenntnisse verfügte, und es gab kein System für das Management der An-

«Es werden nur Projekte durchgeführt, die von den Rettungsdiensten selber als notwendig erachtet werden.»

rufe und keine Software für das Management der Einsätze. Seit 1995 gehen nun alle Anrufe in derselben Zentrale ein und werden von professionellem Personal entgegengenom-

men. Es werden in grossem Rahmen Technologien eingesetzt (elektronische Vernetzung der Zentrale und der Rettungsdienste, Fahrzeugsuchsystem via GPS, etc.), und es wurde versucht, alle Rettungsdienste einzubinden und die Zusammenarbeit zwischen ihnen zu verstärken, insbesondere im Hinblick auf die Abdeckung des Einzugsgebiets und die Professionalisierung der Anruf-Entgegennahme.

² Zuvor gab es in jeder Region oder jedem Bezirk eine 6- oder 7-stellige Telefonnummer für den Sanitätsdienst, was den Zugang massiv erschwerte. Im Jahr 2000 hat dann die Gesundheitsdirektorenkonferenz den IVR beauftragt, sicherzustellen, dass die Nummer 144 in allen Kantonen eingeführt werden kann (entgegen einem Entscheid des BAKOM von 1997, die Nummer 144 in jenen Kantonen aufzuheben, die sie bis 1998 nicht eingeführt hatten).

³ Alle Mitarbeitenden des Telefondienstes beherrschen mindestens eine zweite Landessprache sowie Englisch oder Spanisch, kennen die Tessiner Dialekte und haben einen Kurs in «Kommunikationsmanagement am Telefon» besucht.

Mit einer Werbeoffensive in Zusammenarbeit mit der Swisscom und dem Gesundheitsdepartement wurde die Tessiner Bevölkerung damals über die neue Nummer 144 informiert.

Mit der FCTSA hat erstmals in der Schweiz ein privater Verein vom Kanton den Auftrag erhalten, die 144er-Zentrale zu übernehmen⁴. Die Kantonsregierung war mit dieser Lösung sehr zufrieden, denn dadurch musste sie die Investitionskosten nicht selber tragen (die Mittel konnten zu 90% über den privaten Finanzmarkt beschaffen werden).

Weitere Entwicklung

Weil die FCTSA nun in Echtzeit über die Einsatzdaten (Einsatzdauer, Gesundheitsdaten des Patienten) verfügt(e), war und ist sie in der Lage, Studien über die Qualität der Ret-

**«Weil die FCTSA nun
in Echtzeit über die
Einsatzdaten verfügt, kann
sie Studien über die
Qualität, Effizienz und
Wirksamkeit der Rettungs-
dienste durchführen.»**

tungsdienste, ihre Effizienz und ihre Wirksamkeit durchzuführen und allen Rettungsdiensten des Einzugsgebiets als primärer Bezugspartner zu dienen, auch betreffend die Organisation der Fortbildung (mehr als 500 Unterrichtsstunden pro Jahr).

Zwei Jahre später entwickelte die FCTSA das Dispositiv für Sanitätseinsätze bei grösseren Unfällen (Dispositivo sanitario d'intervento Incidente Maggiore DIM). Mit diesem Projekt verstärkten die FCTSA und die einzelnen Rettungsdienste die Zusammenarbeit mit den anderen

⁴ In anderen Kantonen wird die Zentrale direkt vom Kanton oder von kantonalen Institutionen (z.B. Spitäler [GE], Gesundheitsdepartement [VD]), öffentlich-rechtliche Vereinigungen [VS] oder Polizei [SG]) geführt.

⁵ Santésuisse hatte zuvor Rekurs erhoben gegen die vom Tessiner Staatsrat vorgelegten Tarife, weil sie im Vergleich zu anderen Kantonen zu hoch seien. Der Bundesrat kam zum Schluss, dass die Tarife auf den tatsächlichen Kosten basieren müssen und dass der Vergleich mit anderen Kantonen nicht zulässig sei, weil die Strukturen und finanziellen Gegebenheiten nicht übereinstimmen.

Die Mitglieder der FCTSA

- Rettungsdienste des Kantons Tessin
- REGA
- EliSOS (Luftfahrtzentrum in Londrino)
- Rettungsdienste Mesolcina und Calanca (Kanton Graubünden)
- Samaritervereinigung Tessin

institutionellen Partnern (Polizei und Feuerwehr).

Die Abteilung «Istruzione» der FCTSA wurde nun zur Referenzadresse betreffend sämtliche Sanitätsausbildungen.

Die Verfügbarkeit der Daten zu den Sanitätseinsätzen sowie die vermehrte Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Rettungsdiensten und insbesondere die gemeinsamen Zielsetzungen erleichterten es, neue Projekte voranzutreiben, so zum Beispiel die Qualitätsakkreditierung IVR: Im Jahr 2001 erlangten alle Tessiner Rettungsdienste des Tessins die Anerkennung.

Seit dem Jahr 2003 hält das neue Ambulanzgesetz die Kompetenzen der FCTSA in Gesetzesform fest und erteilt ihr eine Reihe von Aufgaben organisatorischer Art (Management der Notrufzentrale 144, des Dispositivs DIM, der Fortbildung des Personals) sowie strategischer Art (Erhöhung der Effizienz der Rettungsdienste, Verbesserung des Buchhaltungssystems der Rettungsdienste, etc.).

Nach einem langen Gerichtsstreit bestätigte der schweizerische Bundesrat im Jahr 2004, dass die Kosten der Rettungsdienste im Tessin korrekt berechnet werden, und verpflichtete Santésuisse, sämtliche Kosten zu anerkennen⁵ (und im Rahmen der Art. 26 und 27 KLV zu übernehmen). Diese wichtige Entscheidung stellt eine faktische Anerkennung dar für die Qualität der im Tessin in den vergangenen 20 Jahren durchgeführten Reorganisationen.

Aktuelle Projekte

Zurzeit bestehen vielfältige Projekte, die bereits begonnen haben oder in den kommenden Monaten starten werden:

- *Patientenzufriedenheit*: Eine Arbeitsgruppe hat ein Befragungsfor-

mular zur Erfassung der Patientenzufriedenheit ausgearbeitet, das mehr als 3000 Patienten/Klienten unterbreitet werden soll. Die Daten werden von der Statistikabteilung der Fachhochschule gesammelt und ausgewertet, mit vierteljährlichen Zwischenberichten.

- Schaffung eines *Bildungszentrums für Notfallmediziner*. Um die Zusammenarbeit zwischen den freipraktizierenden Ärzten und den Rettungsdiensten zu verbessern, bietet die FCTSA eine ganze Palette von spezialisierten Kursen an für alle Ärzte, die mit Notfallsituationen konfrontiert werden.

- Projekt für verbesserte Defibrillation vor Ort, mit dem Ziel, die Zusammenarbeit mit den institutionellen Partnern (Polizei, Feuerwehr) zu verbessern, indem diese im Fall von Herzstillstand als «*First Responder*» (d.h. für die Überbrückung bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes) eingesetzt werden.

- Restrukturierung des *Kursangebots in Erster Hilfe und Reanimation* für die Bevölkerung und für sämtliche Organisationen und Unternehmen, die mit grossem Publikumszuström konfrontiert werden. ■

Autor:
Roberto Cianella
Direttore Generale FCTSA
Breganzona

**Kontaktadresse für weiter gehende
Informationen:
FCTSA**

Piazza 5 vie 1
6932 Breganzona
Tel.: 091-960 36 63
Fax: 091-960 18 10
E-Mail: info@fctsa.ch
Internet: www.fctsa.ch

Übersetzung aus dem Französischen:
Rita Schnetzler

Leistungsvertrag Staat – Spitex: «ein kultureller Wandel»

Mit Leistungsverträgen soll im Tessin die Autonomie von subventionierten Einrichtungen gestärkt werden. Der Autor beschreibt, wie der Leistungsvertrag einer Spitexorganisation aufgebaut ist und wie er umgesetzt wird. Erfahrungen aus einem Pilotprojekt, welches allen Beteiligten einen beträchtlichen kulturellen Wandel abverlangt.

Gabriele Balestra

Der Kanton Tessin ist dabei, die Verwaltung und die Leitung der Sozial- und Gesundheitsdienste erheblich zu ändern: Das traditionelle Finanzierungsmodell, das auf der Deckung des Defizits aus dem jeweiligen Geschäftsjahr beruht, wird durch das System der Leistungsverträge ersetzt.

Damit will der Gesetzgeber die Rationalisierung der subventionierten Einrichtungen fördern. Die Hauptziele sind, die Qualität der Leistungen zu verbessern und die damit zusammenhängenden Kosten einzudämmen. Um diese Ziele zu erreichen – die anscheinend miteinander im Widerspruch stehen – soll durch eine neue Art der Kontrolle die Autonomie der subventionierten Einrichtungen gestärkt werden. Das Prinzip ist Folgendes: Die Finanzie-

rung beim Leistungsvertrag basiert nicht mehr auf der direkten Kontrolle der eingesetzten Mittel, sondern auf der Überprüfung der erbrachten Leistungen sowohl hinsichtlich der Qualität als auch der Quantität. Darüber hinaus steht der Finanzierungsbetrag in der Regel fest; allfällige Gewinne oder Verluste werden der Einrichtung zugerechnet. Somit besteht ein Anreiz, die Kosten zu begrenzen, sodass mittelfristig ein finanzielles Gleichgewicht erreicht wird.

Das neue Gesetz¹ sieht übergangsweise eine Versuchsphase mit Einrichtungen vor, die sich freiwillig dafür melden. Die ALVAD (Associazione Locarnese e Valmaggese di Assistenza e cura a Domicilio) ist ab 2003 als Pileteinrichtung für die Spitex-Dienste bestimmt worden. Es ist vorgesehen, dass das neue Gesetz ab 2006 generell angewendet wird.

Leistungsvertrag Spitex

Neben formalen Aspekten werden im Leistungsvertrag drei Grundelemente behandelt:

■ Die Definition der Leistungen: Als Masseinheit für die Finanzierung gilt jeweils eine Stunde der direkt erbrachten und in Rechnung gestellten Leistung. Es werden drei Kategorien unterschieden: Pflegebehandlung, Basisbehandlung und häusliche Hilfe. Die Kosten für indirekte Leistungen (Bewertung und Koordination des Falles, Verwaltung und Führung etc.) sind in den direkten Leistungen mit inbegriffen.

■ Qualitätsgarantie: Der Dienst ist für die qualitativ gute Leistungserbringung verantwortlich und verfügt über geeignetes Personal. Er muss die vom Spitex Verband Schweiz



Gabriele Balestra

festgelegten Qualitätsnormen erfüllen und für eine transparente Information der Nutzer und des Bürgers sorgen. Er verpflichtet sich darüber hinaus, Instrumente und Indikatoren zur Qualitätsmessung zu erproben, die später von der kantonalen Behörde vorgegeben werden.

■ Festlegung und Verwaltung des Gesamtzuschusses (wie nachfolgend erläutert).

Preis der Leistungen

Um den «Preis» der Leistungen zu bestimmen, wurde die Standardkostenmethode gewählt. Die Standardkostenmethode hat das Ziel, für jede einzelne Leistung den korrekten und «universal» anwendbaren Preis zu ermitteln (Beachtung des Gleichheitsgrundsatzes). Dabei wird so viel wie möglich von den realen oder historischen Preisen abstrahiert. Es wird versucht, einen Standardpreis zu er-

¹ Kantonales Gesetz vom 5. Juni 2001 über die Einführung neuer Subventionssysteme für Einrichtungen, Anstalten, Vereine, Stiftungen und selbstständige Unternehmen im Zuständigkeitsbereich des Departements für Gesundheit und Soziales.

mitteln, indem die Kostenfaktoren analysiert werden (Unternehmensleitung, Arbeitsprozess der Leistungserbringung). Anders ausgedrückt: Der «Preis» der Leistung soll mit den zu ihrer Produktion notwendigen Ressourcen verknüpft werden.

Die Menge der zu erbringenden Leistungen wurde aufgrund von historischen Daten festgelegt. Bei der generellen Einführung der Verträge wird es jedoch erforderlich sein, objektivere Berechnungskriterien zu bestimmen, welche die soziale und demografische Struktur der Bevölkerung, die Bettenanzahl in stationären Einrichtungen und so weiter berücksichtigen. Zwischen den Regionen des Kantons gibt es Unterschiede in der Menge der Leistungen, die anscheinend nicht zu rechtfertigen sind. Es wird somit notwendig sein, diese «Diskrepanz in der Behandlung» zu beseitigen, zumal die Gemeinden gemeinsam an der Finanzierung von 80 Prozent des Gesamtbudgets aller Spitex-Einrichtungen (und nicht nur an der Finanzierung der Einrichtung in ihrem eigenen Gebiet) beteiligt sind.

Wenn von der vorgesehenen Menge der Leistungen innerhalb von +5/-2 Prozent abgewichen wird, so wird der Gesamtzuschuss nicht angepasst. Jenseits dieser Grenzen wird er im entsprechenden Verhältnis erhöht beziehungsweise verringert.

Der Vertrag sieht ausdrücklich vor, dass die im Geschäftsjahr erzielten Gewinne zur Kapitalbildung angesammelt werden können. Diese Gewinne dürfen jedoch nur zu folgenden Zwecken verwendet werden (in der Reihenfolge ihrer Priorität): Deckung der Unternehmensrisiken, Förderung und Entwicklung neuer Leistungen, Aufrechterhaltung und Verbesserung der Qualität, finanzielle Anreize an das Personal.

Controlling

Das Controlling durch die finanzierende Einrichtung verändert sich mit dem System der Leistungsverträge erheblich: Anstatt den Input zu überprüfen, ist nun das Output und das Outcome (Ergebnis) zu kontrollieren. Der laufende Pilotversuch bestätigt diese Schwierigkeit. Die Modellvor-

stellung des Controllings konzentriert sich derzeit noch darauf, die Daten des Rechnungswesens und die Erbringung/Auszahlung der Leistungen zu überprüfen, während die Output-Kontrolle vernachlässigt wird. Deshalb ist es nötig, ein Protokoll zu entwickeln, mit welchem die Menge der erbrachten Leistungen und die Menge der von der Einrichtung angegebenen Leistungen von der Behörde überprüft werden können.

Der Übergang zum neuen Subventionssystem hat die ALVAD dazu veranlasst, auch ein internes Controlling zu entwickeln: Durch eine Reihe von Analyseinstrumenten der Unternehmensführung (von der Kostenrechnung bis zu den Balanced Score Cards) kann die Direktion überprüfen, ob die qualitativen und quantitativen Ziele und das finanzielle Gleichgewicht eingehalten werden. Die Situation soll während des laufenden Geschäftsjahrs beobachtet werden, damit gegebenenfalls sofort interveniert werden kann.

Qualitätskontrolle

Der zweifellos heiklere Aspekt der Leistungsverträge betrifft die Qualitätskontrolle der erbrachten Leistungen und deren Auswirkung (Outcome) auf die Nutzer. Diese Analyse ist sehr schwierig und komplex: Leistungen im sozialen Bereich und im Gesundheitswesen haben eine starke subjektive Komponente, welche mit der unterschiedlichen individuellen Wahrnehmung zusammenhängt (wahrgenommene Qualität). Darüber hinaus gibt es bei der häuslichen Unterstützung und Pflege zahlreiche äussere Faktoren (Verhalten des Nutzers, Unterstützung durch die Familienmitglieder, Wohnsituation etc.), welche das Ergebnis einer Behandlung massgeblich beeinflussen können. Somit ist es nötig, Indikatoren zu entwickeln, welche den Grad der Subjektivität und die Auswirkungen der äusseren Faktoren auf ein Minimum reduzieren. Auf schweizerischer Ebene läuft derzeit ein Projekt zur Definition der Indikatoren, welche diesen Anforderungen entsprechen. Diese sollen im kantonalen Spitex-Gesetz integriert werden. Auch wäre eine unabhängige

externe Bewertungsstelle zweckmässig, welche zum Beispiel stichprobenartig die Übernahmeentscheide oder die interne Verwaltung der Informationen überprüfen könnte.

Fazit

Der Pilotversuch der ALVAD ist bisher sehr positiv verlaufen. Trotz des ehrgeizigen Ziels (die vertraglich vereinbarten Preise entsprechen 95 Prozent der Durchschnittskosten des Sektors) ist bereits im Jahr 2003 ein positives finanzielles Ergebnis erzielt worden. Die Produktivität konnte dank zweier Faktoren spürbar gesteigert werden:

- Durch die Autonomie in der Unternehmensleitung konnte das Management im strukturellen und organisatorischen Bereich innovative und effiziente Entscheidungen treffen.

- Das Personal – und insbesondere die mittleren Führungskräfte – ist sich seines Handelns bewusster geworden und fühlt sich verantwortlicher. Dadurch konnte die Arbeit optimal rationalisiert werden (Minimierung von Verwaltungszeiten, Optimierung von Fahrzeiten, Verringerung von toten Zeiten etc.). Ausserdem sind die Mitarbeiter frisch motiviert worden, was sich sicherlich positiv auf die Arbeitsqualität ausgewirkt hat.

Zu verfeinern bleiben wie erwähnt das Controlling des Output und die qualitative Überprüfung der Ergebnisse. Abschliessend möchte ich auf Folgendes hinweisen: Um Leistungsverträge erfolgreich umzusetzen, braucht es sowohl beim Leistungserbringer als auch bei der finanzierenden Einrichtung einen beträchtlichen kulturellen Wandel. ■

Autor:

Gabriele Balestra, lic. rer. pol.

Direktor ALVAD (Associazione

Locarnese e Valmaggese di

Assistenza e cura a Domicilio)

Via Vallemaggia 18

6600 Locarno

E-Mail: gabriele.balestra@alvad.ch

Übersetzung aus dem Italienischen:
Übersetzungsdienst der SUVA

Früherkennung im Betrieb statt neuer Schnittstellen! – Gedanken zur 5. IV-Revision

von **Hans Schmidt**,
Mitglied des Redaktionellen Beirats der Zeitschrift «Managed Care»



Hans Schmidt

Die Schwachstelle ist bekannt: Invaliditätsfälle werden bei uns in der Regel viel zu spät als solche erkannt. Tritt eine akute Erkrankung auf, richten sich alle Augen auf die medizinische Wiedergenesung. «Ganz gesund machen» lautet die Devise für alle Beteiligten. «Ich gehe erst arbeiten, wenn ich wieder ganz gesund bin», denkt der gesundheitlich Angeschlagene. «So kann ich Sie nicht zum Arbeiten schicken», meint der Hausarzt. Und der Vorgesetzte: «Kommen Sie wieder, wenn Sie voll leistungsfähig sind.» Kaum beachtet wird dabei die berufliche und psychosoziale Gefährdungslage. Es fehlte bisher eine Strategie, um die Betroffenen rasch an ihre Arbeitsstelle zurückzuführen.

Das will der Bundesrat nun ändern. Er schickte im Frühherbst 2004 die 5. IV-Revision in die Vernehmlassung. Eines der Kernstücke ist die systematische Früherkennung von krankheitsbedingt arbeitsunfähigen Personen, verbunden mit frühzeitigen Reintegrationsbemühungen. Doch Schreck, lass nach: Die Früherkennung soll nicht etwa durch eine bestehende Institution oder durch

den Arbeitgeber erfolgen. Nein, eine neue Stelle wird eingeführt: Die Fachstellen für Früherkennung und Begleitung (FEBs) sollen die schweizerische Versicherungslandschaft um eine weitere Schnittstelle «bereichern». Statt ein schlankes System anzustreben, wird alles noch komplizierter, noch fragmentierter.

Die FEBs sollen in einer ersten Phase die Erkrankten und ihre Arbeitgeber beraten und bei längeren Absenzen als Koordinatoren zwischen Arbeitgebern, Medizin und Pflege, den Versicherungen und den Betroffenen fungieren. Allerdings ist ihr Aktionsradius stark eingeschränkt. Für Zweitmeinungen müssen sie sich an den ärztlichen Dienst der Invalidenversicherung wenden. Wenn eine längere erhebliche Erwerbseinschränkung besteht, müssen sie den Fall an die IV weiterleiten.

Und trotz des dringenden Handlungsbedarfes will der Bundesrat bedächtig vorgehen. Die neuen Fachstellen sollen zuerst in Pilotprojekten während drei, eventuell auch acht Jahren erprobt werden. Mit einer definitiven Einführung wäre wohl nicht vor 2012 zu rechnen. In der Zwischenzeit wird es schätzungsweise 250 000 IV-Neurentner geben; nur ein Bruchteil von ihnen werden früh genug als solche erkannt werden.

Und überdies: Was nützt es, wenn Invaliditätsfälle früh erkannt werden, in einem System, in dem es für die Arbeitgeber finanziell am günstigsten ist, gesundheitlich angeschlagene Mitarbeiter zu entlassen? Was nützt Früherkennung, wenn immer mehr Nischenarbeitsplätze wegrationalisiert werden, wir also bald gar keine Arbeitsplätze für Teilarbeitsfähige mehr anbieten können.

In zahlreichen Industrieländern (Aus-

tralien, Kanada, Holland, Deutschland) ist die Früherkennung oft in den Betrieben selber angesiedelt. Mehr als eine Million Menschen arbeiten in der Schweiz in Betrieben mit über 250 Mitarbeitern. In Gesamtarbeitsverträgen könnten Gewerkschaften und grosse Arbeitgeber sich gemeinsam zu einer Reintegrationspolitik verpflichten, die gleichsam eine Arbeitsplatzsicherheit bei Krankheit und Unfall stipuliert. Und für die übrigen zwei Drittel der Beschäftigten, die in kleineren Betrieben arbeiten, müsste nach Branchenlösungen nach holländischem Vorbild gesucht werden.

Ein solches Arbeitsplatz-Modell ist im Mai 2004 in Deutschland eingeführt worden: Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen arbeitsunfähig, klärt der Arbeitgeber ab, wie die Arbeitsunfähigkeit überwunden und mit welchen Leistungen oder Hilfen der Arbeitsplatz erhalten werden kann («betriebliches Eingliederungsmanagement»). Das wäre auch für die Schweiz eine prüfungswürdige Alternative zu den FEBs.

**Hans Schmidt, Rechtsanwalt lic. oec.,
Schmidt Eugster Rechtsanwälte,
Küsnacht;
Mitglied des Redaktionellen Beirats
der Zeitschrift «Managed Care»**

Ärztenetzwerke und Qualität

Das KVG fordert Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Qualitätsengagierte Ärzteorganisationen haben entschieden, das Qualitätsmanagement auf privatrechtlicher, freiwilliger Basis ohne staatlichen Zwang zu realisieren. Das vergangene Jahr darf deshalb als Meilenstein in der Qualitätsentwicklung im Schweizer Gesundheitswesen bezeichnet werden.

Gemäss Art. 58 des KVG kann der Bundesrat «Kontrollen zur Sicherung der Qualität» vorsehen. Er kann die Durchführung «den Berufsverbänden oder anderen Einrichtungen übertragen».

Dass die Qualitätsförderung und -sicherung ein zentrales Element des Care-Managements darstellt, ist seit jeher im Gedankengut der Schweizer Ärztenetzwerke und ihres Dachverbandes verankert. So fördert med-swiss.net als Vertreter von über 1300 in Ärztenetzwerken organisierten Ärztinnen und Ärzten mit der Mitwirkung im Projekt EPA (European Practice Assessment) die Qualitätsentwicklung in den Arztpraxen und lancierte im Jahr 2002 mit ihrem Bottom-up-Projekt «Quali-med-net» (QMN) die Qualitätsentwicklung in den Netzwerken:

Im Rahmen von EPA wurde unter der Trägerschaft von **Equam, Swisssep, Quali-med-net** und der **FMH die Schweizer Initiative für Praxisassessment SIPA** ins Leben gerufen. In einem Pilotprojekt wurden in sechs europäischen Ländern unter Beteiligung von 30 Schweizer Praxen im Frühjahr des vergangenen Jahres 168 **Qualitätsindikatoren** für Einzelpraxen überprüft und validiert.

Im gleichen Zeitraum haben sich die oben genannten Trägerschaftsmitglieder im Interesse einer fruchtbaren und synergetischen Aufgabenteilung neu organisiert und das **TOPAS-Konsortium** gegründet, mit dem Ziel, die Qualitätsentwicklung in Einzelpraxen gemeinsam zu fördern.

Das daraus hervorgegangene **EPA-Projekt** nun stellt ein Instrument für die Qualitätsförderung in der **einzelnen Praxis** bereit, welches das bisher zu diesem Zweck verwendete Instrument «Quali-doc» ablöst. Geplant ist ein **Postpilotprojekt** mit 30 Praxen. Finanziell wird das Projekt durch die Einzelpraxen, die einzelnen Ärztenetzwerke, med-swiss.net

und die FMH getragen. Damit steht den Hausarztpraxen ab Frühjahr 2005 ein geprüftes, Indikatoren-gestütztes, validiertes Qualitätsmanagementinstrument zur Verfügung. Erklärtes Ziel der Qualitätsentwicklung ist die Qualität selber und nicht in erster Linie die Zertifizierung!

Für die Qualitätsentwicklung für **Ärztenetzwerke** ist **Quali-med-net** verantwortlich. Eine erste Fassung von Indikatoren wurde den grösseren Mitgliednetzwerken von med-swiss.net Ende 2004 zur Vernehmlassung unterbreitet. Eine revidierte Fassung wurde den Netzwerkpräsidentinnen und -präsidenten an der Mitgliederversammlung von med-swiss.net vom 19. Januar 2005 vorgestellt. Auf den März/April 2005 ist für die qualitätsverantwortlichen Personen der Ärztenetzwerke ein **Workshop** zu diesem Thema geplant. Im Herbst 2005 schliesslich soll das Qualitätsinstrument für Netzwerke im Rahmen eines **Podiums** von Meinungsbildnern kritisch gewürdigt und einer breiten Öffentlichkeit vorgestellt werden.

Zu betonen ist, dass es sich nicht um ein Instrument für die externe Kontrolle, sondern um ein Werkzeug für die **Selbstbeurteilung** der Netzwerke handelt. Eine «offizielle» Zertifizierung der Netzwerke ist nicht prioritär. Die Netzwerke können das Qualitätsinstrument jedoch durchaus als **Label** verwenden.

Ohne staatlichen Zwang erfüllen hiermit das TOPAS-Konsortium mit dem Qualitätsförderungsinstrument für Einzelpraxen sowie Quali-med-net mit dem Qualitätsförderungsinstrument für Ärztenetzwerke die Forderung verschiedener Politiker und Versicherer nach Transparenz in der Versorgungsqualität.

Vorstand med-swiss.net



Neuer Beruf «Fachangestellte/r Gesundheit» (Teil 1): Erste Erfahrungen



von Kathrin Leuenberger und Marianne Gertsch

Die Ausbildung zum neuen Beruf «Fachangestellte/r Gesundheit» ist in Langenthal im August 2002 mit zwei Pilotklassen gestartet. Eine erste Evaluation zeigt: Die anfängliche Skepsis in den Betrieben ist weit gehend gewichen, und die angehenden Fachangestellten Gesundheit haben sich mehrheitlich gut in die Teams integriert.

39 Lernende haben im August 2002 an der Berufsfachschule am Bildungszentrum Langenthal in zwei Pilotklassen – eine mit und eine ohne Berufsmatur «gesundheitliche und soziale Richtung» – ihre dreijährige Berufslehre zu Fachangestellten Gesundheit (FaGe) angefangen. FaGe sollen im stark ausdifferenzierten Gesundheitsberufssystem Generalistinnen und Generalisten werden. Die Ausbildung umfasst deshalb die vier Fachbereiche «Pflege und Betreuung», «Lebensumfeld und Alltagsgestaltung», «Administration und Logistik» sowie «Medizinaltechnik»¹. Aus organisatorischen Gründen wurde das bernische FaGe-Pilotprojekt nach dem Schulortsprinzip konzipiert. Das heisst, dass die Lernenden von der Berufsfachschule ausgewählt wurden und

die Berufsfachschule die Verantwortung für die Ausbildung trägt. Die TeilnehmerInnen besuchen den allgemein bildenden Unterricht am Bildungszentrum, den Berufskundeunterricht am Inforama Waldhof² und absolvieren ihre berufspraktische Ausbildung in Spitälern, Spitex-Zentren und Institutionen der Langzeitpflege und der Psychiatrie. Allerdings stiess das Projekt, junge Menschen in diesem neuen Beruf³ auszubilden, bei den praktischen Ausbildungsbetrieben im Vorfeld auf einige Skepsis; dies umso mehr, weil erstmals erst 16-Jährige ihre Ausbildung im Gesundheitswesen antraten. Trotzdem ist es der Berufsfachschule gelungen, die nötigen 39 Betriebe für das Vorhaben zu gewinnen. Die Rückmeldungen aus den Betrieben, welche die Lernenden in der Praxis ausbilden, sind mehrheitlich positiv.

Im Gegensatz zur Pilotausbildung wird die reguläre Ausbildung (gestartet im August 2004) nun im Lehrortsprinzip angeboten, wie dies in der Berufsbildung auf Sekundarstufe II üblich ist. Damit tragen die Lehrbetriebe die Verantwortung für die Ausbildung und schliessen mit den Lernenden einen Lehrvertrag ab. Dies wurde möglich, nachdem der Kanton die dafür nötigen Rahmenbedingungen geschaffen hatte.

Erste Evaluation

Das mit Mitteln aus dem Lehrstellenbeschluss⁴ finanzierte Pilotprojekt wird kontinuierlich evaluiert. Die Evaluation soll untersuchen, «wie und wo sich die neu Ausgebildeten im Gesamtsystem der Ausbildungen und Funktionen im Bereich der Gesundheitsberufe positionieren können» [1]. Die ersten beiden Evaluationsphasen (1. und 2. Ausbildungsjahr) sind abgeschlossen [2]. Sie haben unter anderem zu folgenden Ergebnissen geführt:

■ Alter der Lernenden: Die Lernenden sind sowohl in der Schule wie in der praktischen Ausbildung sehr motiviert. Sie brauchen als 16-Jährige eine klare und gute Führung. Mit schwierigen Situationen in der Praxis gehen sie aber offenbar unbefangen um. Die Betriebe haben die jungen Lernenden behutsam in das Praxisfeld eingeführt. Im zweiten Ausbildungsjahr nun sind die angehenden FaGe schon gut in die Teams integriert und entlasten diese in vielen Fällen spürbar.

■ Praktische Ausbildung: Die überwiegende Mehrheit der angehenden FaGe beurteilt die praktische Ausbildung als den Ausbildungsteil, in dem sie am meisten lernen und der ihnen am besten gefällt. Je nach Versorgungsbereich (Akutspital, Psychiatrie, Spitex und Langzeit) stellen die Ausbildungsziele unterschiedliche Anforderungen an die Ausbildungsbetriebe. Mit medizinisch-technischen Verrichtungen kommen die Lernenden etwa in Wohn- und Pflegeheimen

weniger in Kontakt als im Akutspital, welches umgekehrt mehr Mühe hat, Lernsituationen im Bereich Alltagsgestaltung zu bieten. Diese Umsetzungsprobleme sind nun dadurch entschärft worden, dass die am Pilot beteiligten Betriebe in der Ausbildung zusammenarbeiten und ihren Lernenden gegenseitig Praktika ermöglichen.

■ Koordination der Ausbildungsinhalte: Etwas zu unklar definiert war anfänglich der Inhalt der überbetrieblichen Kurse (ÜK), die dem Transfer zwischen Theorie und Praxis in den verschiedenen Ausbildungsfeldern dienen. Es kam im ersten Lehrjahr zu Überschneidungen mit dem Schulstoff. Durch die gezielte Koordination des Stoffes zwischen Schule und ÜK konnte dieses Defizit bereits für das zweite Lehrjahr behoben werden.

■ Berufsziel der ProjektteilnehmerInnen: Fast alle Lernenden möchten – gemäss Evaluation nach zwei Ausbildungsjahren – nach der FaGe-Lehre nicht im Beruf bleiben, sondern eine Diplomausbildung machen; vor allem in Pflege- und in medizinisch-therapeutischen Berufen. Dies gilt sowohl für die Lernenden der Berufsmatur-Klasse als auch für diejenigen der Klasse ohne Berufsmatur. Vermutlich hat dies damit zu tun, dass das Berufsprofil der FaGe noch nicht abschliessend klar ist. Wie viele ausgebildete FaGe später tatsächlich im Beruf arbeiten werden, muss sich in den nächsten Jahren erst noch zeigen. Dabei wird die zukünftige Rekrutierungspraxis und die Vermittlung einer eigenständigen Berufsidentifikation in den Betrieben eine grosse Rolle spielen.

Autorinnen:

Kathrin Leuenberger

Rektorin Berufsfachschule Gesundheit

Bildungszentrum Langenthal

E-Mail: k.leuenberger@pbsoe.ch

Marianne Gertsch

Projektleiterin Evaluation an der Koordinationsstelle für Weiterbildung der Universität Bern

Universität Bern

E-Mail: marianne.gertsch@kwb.unibe.ch

Literatur:

1. Marianne Gertsch, Tina Stämpfli. Pilot Fachangestellte/r Gesundheit am bzL Langenthal: Evaluation des 1. Ausbildungsjahres. Arbeitsbericht zuhanden der Gesamtprojektgruppe. Universität Bern, Koordinationsstelle für Weiterbildung, September 2003.

2. Marianne Gertsch. Pilot Fachangestellte/r Gesundheit am bzL Langenthal: Evaluation nach dem 2. Ausbildungsjahr. Arbeitsbericht zuhanden der Gesamtprojektgruppe. Universität Bern, Koordinationsstelle für Weiterbildung, November 2004.

In MC 2/05 gibt Heinz Mohler, Projektleiter am Amt für Berufsbildung und Berufsberatung in Liestal, darüber Auskunft, wie seiner Meinung nach die FaGe den Beruf der Pflege verändern wird (Neuer Beruf «Fachangestellte/r Gesundheit», Teil 2).

¹ Weitere Informationen: Schweizerischer Verband für Berufsberatung, Fachangestellte/r Gesundheit (Faltprospekt). Erhältlich unter E-Mail: vertrieb@svb-aspssp.ch FaGe-Ausbildung im Kanton Bern: Internet: www.gef.be.ch/gesundheitsberufe

² Inforama Waldhof: Aus- und Weiterbildungszentrum für Haus- und Landwirtschaft in Langenthal

³ Weitere Informationen: Schweizerischer Verband für Berufsberatung, Fachangestellte/r Gesundheit (Faltprospekt). Erhältlich unter: vertrieb@svb-aspssp.ch FaGe-Ausbildung im Kanton Bern: www.gef.be.ch/gesundheitsberufe

⁴ Lehrstellenbeschluss 2 (LSB 2): Programm des Bundes mit Kantonen und Sozialpartnern, um das Lehrstellenangebot zu erhöhen und die Lücke zwischen dem ersten Lehrstellenbeschluss und dem revidierten Berufsbildungsgesetz zu schliessen.

Wege zu einer reformierten Gesundheitsversorgung

Wie könnte ein reformiertes Gesundheitssystem aussehen? Was braucht es, um das bestehende System verändern zu können? Der Autor setzt auf Autonomie, Verantwortung und Zusammenarbeit aller Beteiligten. Ein Plädoyer für eine neue Systemlogik und für integrierte Versorgungsnetze.¹

Philippe Schaller

Es gibt offensichtlich keine einfache und universelle Lösung für die komplexen Probleme, die sich im Gesundheitswesen stellen. Um die Mentalität und die sozialen Verhältnisse im Gesundheitswesen verändern zu können, braucht es einen tief greifenden Wandel. Dieser lässt sich nur schrittweise vollziehen. Folgende Grundsätze müssen dabei beachtet werden:

- Die politische Führung muss prä-senter sein. Und es braucht ein Konzept, das die Gesundheitsversorgung als einen «Service Public» verankert.

- Die Bürger und Bürgerinnen müssen stark in die Gestaltung des Gesundheitswesens einbezogen werden, und die Wahlfreiheit muss garantiert sein.

- Die Gesundheitsfachleute brauchen eine grosse Autonomie, damit sie organisatorische Innovationen entwickeln können.

- Die Organisation, die Finanzierung und der Betrieb der lokalen Gesundheitssysteme (integrierte Versorgungsnetze) müssen auf regionaler Ebene einer einzigen Einheit unterstellt werden.

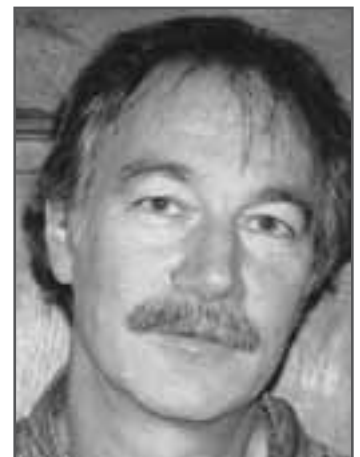
- Der Markt und das Gesundheitssystem sollen nach den Prinzipien von Managed Care und der Integrierten Versorgung reguliert und organisiert werden.

- Die medizinischen Informationen müssen gemeinschaftlich verwaltet werden.

Dezentralisierte Versorgungsnetze

Wie soll ein reformiertes Gesundheitssystem aussehen? Unabhängige, dezentralisierte Versorgungsnetze sollen nicht nur durch die Benutzer finanziert werden, sondern auch deren Vorlieben ausdrücken. Die integrierten Versorgungsnetze müssen so künftig näher an den lokalen politischen Behörden sein, näher am klinischen Geschehen und näher an den Bedürfnissen der Bevölkerung, wie dies zum Beispiel in Holland oder in Quebec (Kanada) bereits der Fall ist. Contandriopoulos [1] schreibt über die lokalen Netze: «Diesen geografisch definierten Einheiten wird die medizinische Verantwortung übertragen. Sie müssen genügend klein sein, damit die Akteure die Konsequenzen der Entscheidungen, die sie getroffen haben, direkt spüren, und damit die Gesamtheit der Gesundheitsfachleute sich gemeinsam für die erbrachten Leistungen verantwortlich fühlt.»

Die Organisation in Versorgungsnetzen ermöglicht es, schneller auf die epidemiologischen, technischen und ökonomischen Veränderungen



Philippe Schaller

zu reagieren, weil die Netze selber über den Ressourceneinsatz entscheiden. Es entsteht dabei eine neue Form von kollektiver Kompetenz, welche die Versorgung koordiniert und integriert. Es müssen die juristischen und finanziellen Voraussetzungen geschaffen werden, die solche Versorgungsnetze ermöglichen und einen dynamischen Prozess auslösen.

Solange jedoch die Institutionen des Gesundheitswesens unabhängig voneinander finanziert werden, wird es ausserordentlich schwierig sein, neue Formen der Zusammenarbeit und Integration zu erfinden. Deshalb muss als Erstes die Finanzierung der Spitäler monistisch werden. Damit verändert sich nicht nur das Konzept und die Rolle des Spitals, sondern auch die Rolle der anderen Institutionen im Gesundheitswesen. Das

¹ Der Text ist als Nachwort erschienen im zweisprachigen Buch von Daniel Finsterwald (2004): *Managed Care - Pionierland Schweiz/Managed Care - La Suisse pionnière*. Bern, Schriftenreihe der SGGP Nr. 75. Er wurde von der Redaktion übersetzt und gekürzt, mit freundlicher Genehmigung des Autors, des Verfassers des Buches und der SGGP.

Geld wird dabei vom Netz verwaltet und folgt dem Patientenpfad.

Ein reformiertes Berufsverständnis: Autonomie und Zusammenarbeit

Die Vertrauensbeziehung zwischen den Gesundheitsfachleuten und den Patienten bildet das Herz des Gesundheitssystems. Es ist wesentlich, dass die Systemgestaltung dieses Vertrauen ermöglicht und begünstigt. Denn wie Kiefer schreibt: «Die Medizin bleibt ein riesiges Aggregat von unbewiesenen Praktiken und Theorien.» [2]

Die Ärzte müssen auf allen Stufen der Organisation und der Finanzierung der Gesundheitsversorgung einbezogen sein. Die meisten Ärzte sind bereit zur Zusammenarbeit. Sie sind sich bewusst, dass sie zugleich für das Kollektiv wie für das Individuum verantwortlich sind, und dass sie die Interessen des Kranken sowie jene der Gemeinschaft wahrnehmen müssen. Sie wissen, dass man ebenso gut behandeln kann, wenn man weniger verschreibt, und dass eine gute Medizin nicht unbedingt teuer sein muss. Eine der grossen Herausforderungen, um die Gesundheitsversorgung weiterentwickeln zu können, liegt darin, die Ärzte davon zu überzeugen, eine massvolle und ökonomische Medizin zu betreiben: Ein gut ausgebildeter Arzt erklärt den Patienten so viel er kann, beruhigt sie und klärt sie auf. Er nimmt sich viel Zeit für die Prävention, verschreibt sehr wenige Medikamente und verzichtet auf unnötige Zusatzuntersuchungen.

So gesehen ist es zwangsläufig auch nötig, die Rolle der Ärzte und die Vergütungsform zu überdenken. Solange die Ärzte nur nach Einzelleistung bezahlt werden, sind Weiterentwicklungen undenkbar. Die Einzelleistungsvergütung hindert die Ärzte daran, ihre Rolle, ihre Arbeit und ihre beruflichen Beziehungen als Zusammenarbeit zu erkennen, die grundlegend ist für die Arbeit in Netzwerken. Ändert man die Vergütung, verändert sich auch die Art und Weise, wie die Medizin praktiziert wird, vollständig. Die Rollen und Funktionen entsprechen dann

besser den Bedürfnissen der Bevölkerung, und die Art der Vergütung dient den Interessen des Kollektivs und der Gesundheitspolitik.

Ein Systemwechsel kann in der Praxis nur erfolgen, wenn die Akteure diese neuen Ansätze anerkennen und die Probleme neu überdenken. Dazu braucht es eine genügend grosse Autonomie der Berufsleute und eine politische Führung, welche die Realisierung eines gemeinsamen Projekts begünstigt.

Gemeinschaftliche Verwaltung der Informationssysteme

Damit eine Versorgungseinheit (integriertes Versorgungsnetz) harmonisch funktionieren kann (Einhaltung des Budgets), muss gewährleistet sein, dass folgende Ebenen/Systeme übereinstimmen:

- Behandlungsebene: Patientenversorgung und Behandlungsstandards
- Verwaltungsebene: Macht und Verantwortung
- Finanzierungsebene: Anreize für erwünschtes Verhalten (Qualität, Kosten)
- Informationssystem: Umgang, Qualität und Transparenz der Daten.

Die Ärzte, oder weiter gefasst die Gesundheitsfachleute, generieren die medizinische Information. Von da an geht die Information ihren Weg: Der Arzt hält die Informationen in der Krankengeschichte fest. Diese Informationen sind individuell, sie betreffen einen einzelnen Patienten. Durch Vernetzung fliessen die einzelnen Krankengeschichten in grosse Datenbanken ein. In diesem Moment werden sie zu einer kollektiven Information. Diese erlaubt eine Gesamtschau auf ein bestimmtes Gesundheitsproblem oder auf ein bestimmtes Thema. Die Daten der Behandelten ermöglichen es, alle Partner des Gesundheitssystems zu informieren (Verwaltung, Spitäler, Politik). Die Evaluierenden und die Entscheidungsträger erhalten mit den Daten die Werkzeuge, um ihre Kenntnisse zu vertiefen und um Entscheidungen treffen zu können. Diese Daten sind unersetzlich, um ein Netzwerk zu führen. Sie sind ein integrativer Bestandteil von Managed Care.

Die Managed-Care-Werkzeuge lösen nicht alle Probleme, welche mit der Komplexität der Menschen und der Systeme verbunden sind, aber sie erlauben es, teilweise eine Antwort zu geben auf die mangelnde Effizienz des heutigen Systems.

Zahlreiche Fragen bleiben offen und müssen noch untersucht werden. Aber wie Robert G. Evans [3] schon gesagt hat: «Die Anreizmechanismen und die Reglementierungen sind Teil des institutionellen Kontextes, in dem sich die Leistungserbringung und der Leistungsbezug organisieren. Es geht nur darum, das Umfeld so zu strukturieren, dass alle Schlüsselakteure ihren Beitrag leisten, um die Ziele der Gemeinschaft zu erfüllen.»

Der Systemwechsel wird weder durch autoritäre Mittel noch allein durch die Marktkräfte machbar sein. Die Akteure müssen sich eine neue Denkweise aneignen. Diese soll es ihnen ermöglichen, sich das System anders vorzustellen oder zu erträumen, um der Komplexität gerecht zu werden. Als ein System der gegenseitigen Abhängigkeit und Zusammenarbeit. ■

Autor:
Dr. Philippe Schaller MSc
Réseau Delta
route de Loëx 3
1213 Onex
E-Mail:
philippe.schaller@bluewin.ch

**Zusammenfassung und Übersetzung
aus dem Französischen:**
Brigitte Casanova
Redaktion «Managed Care»

Literaturhinweise:

1. Contandriopoulos, A.-P. (1994): Réformer le système de santé: une utopie pour sortir d'un statu quo impossible. Rupture. Vol. 1, No 1. p. 8-26.
2. Kiefer, B. (2004): LAMal: hors concertation, pas de salut. Médecine et Hygiène, janvier.
3. Evans, R. G. (1996): Vendre le marché ou réglementer la régulation: qui y perd? qui y gagne? OCDE, Vol. 8.

Internes oder externes Case-Management? – Systemvertrauen als Schlüsselkriterium

Immer mehr Versicherer, aber auch immer mehr Leistungserbringer (z.B. Spitäler) verfügen über interne Fachpersonen für das Case-Management. Doch nicht immer ist ein internes Case-Management Erfolg versprechend. Manchmal ist es sinnvoller, das Case-Management auszulagern, meint der Autor, und erläutert dies am Beispiel der beruflichen Rehabilitation von Unfallopfern.

Rolf Bauser

Unser gesamtes wirtschaftliches Umfeld befindet sich in starkem Wandel. Geprägt wird der Wandel durch die Verknappung finanzieller Ressourcen, bei hohem Qualitätsanspruch an die Güter und Dienstleistungen. Besonders betroffen sind auch das Sozial- und das Gesundheitswesen. Nur mit neuen Konzepten und Strategien zur wirtschaftlichen Optimierung und Rationalisierung kann es gelingen, den bestehenden sozialen und gesundheitlichen Versorgungsstandard zu erhalten oder gar zu steigern. Eines dieser Konzepte ist das Case-Management (CM). Eine von vielen Definitionen lautet: CM ist ein Verfah-

ren, welches einzelfallorientiertes Vorgehen mit sozialer Netzwerkarbeit verbindet. Durch das CM sollen den Klienten differenzierte Hilfestellungen in der richtigen Form zum richtigen Zeitpunkt zukommen [1].

Case-Management zur beruflichen Rehabilitation

Einer der Einsatzbereiche für CM ist die berufliche Rehabilitation von Unfallopfern. In diesem Bereich sind es meist die leistungspflichtigen Versicherer, die das CM als Mittel der Wahl einsetzen, um komplexe Problemlagen aufzulösen. Als Case-Manager werden immer häufiger interne Mitarbeitende eingesetzt. Um die Sachkundigkeit bezüglich Case-Management sicherzustellen, lassen immer mehr Haftpflichtversicherer Schadensbearbeitende zu Case-Managern ausbilden. Durch internes CM soll unter anderem gewährleistet werden, dass möglichst früh nach Eingang einer Schadensmeldung der Handlungsbedarf festgestellt werden kann. Daneben werden aber auch externe Fachpersonen mit dem Case-Management beauftragt. Im Folgenden wird grob skizziert, unter welchen Umständen eine interne und unter welchen eine externe Lösung angebracht ist.

Den Handlungsbedarf identifizieren

Bevor das Case-Management beginnen kann, werden sinnvollerweise versicherungsintern verschiedene Abklärungen durchgeführt [2]:

■ *Case finding*: Der/die verantwortliche SchadensspezialistIn sucht im eigenen Wirkungskreis die Fälle aus, in denen durch CM der Rehabilitationsaufwand gemindert und allen-



Rolf Bauser

falls die Arbeitsfähigkeit wieder erhöht werden kann.

■ *Assessment*: Danach findet eine Beurteilung der (Lebens-)Lage der geschädigten Person statt, und zwar unter den folgenden Gesichtspunkten:

- Wo liegen die grössten Schwierigkeiten oder Risiken?
- Wo liegen die Stärken der geschädigten Person, was kann sie selbst an die Hand nehmen? (Co-pingansatz)
- Welche Lösungsansätze, Kommunikationsformen, Umgangsregeln sind am besten geeignet und entsprechen dem Lebenshintergrund der geschädigten Person?
- Welches Netzwerk besteht und welche Ressourcen können zur Unterstützung herangezogen werden?

Im Rahmen des Assessments muss auch geklärt werden, ob das Case-Management intern oder extern durchgeführt werden soll. Nach welchen Kriterien lässt sich diese Entscheidung treffen? Ist es eine Frage des mit dem «Fall» (Case) verbundenen Konfliktpotenzials, der Qualifi-

kation der/des Case-Managenden, seiner Rolle im System, seiner Persönlichkeit, der Organisationsstruktur, des gegenseitigen Vertrauens? All diese Faktoren beeinflussen das Gelingen oder Mislingen von CM im Einzelfall (das gilt für internes wie für externes CM). Der wichtigste Einflussfaktor aber ist, so meine These, der letztgenannte: das gegenseitige Vertrauen.

Personales Vertrauen und Systemvertrauen

«Vertrauen ist eine Ressource zur Bewältigung der Zukunft.» [3] Vertrauen ist für das CM bei beruflicher Rehabilitation deshalb sehr wichtig. Ich möchte dabei jedoch unterscheiden zwischen Systemvertrauen und personalem Vertrauen. Meiner Erfahrung nach kann eine geschädigte Person bei komplexer Fallkonstruktion nur schwerlich ein personales Vertrauen gegenüber den beteiligten Fachpersonen aufbringen, denn: «Personales Vertrauen bezieht sich auf zukünftige Handlungen anderer, die der eigenen Kontrolle entzogen sind und daher Ungewissheit und Risiko bergen.» [4]

Hingegen kann die geschädigte Person auch bei komplexer Problemlage Vertrauen in ein klar definiertes, funktionierendes System entwickeln. Luhmann [5] prägte hierfür den Begriff Systemvertrauen. Systemvertrauen ist das Vertrauen in das Funk-

tionieren und die Ergebnisse des Systems und der Institution mit ihren Strukturen, Verfahrensregeln, Normen und so weiter. Systemvertrauen entlastet den Einzelnen von der Notwendigkeit der detaillierten Überprüfung. Im Strassenverkehr

«Auch bei komplexer Problemlage kann die geschädigte Person Vertrauen in ein klar definiertes, funktionierendes System entwickeln.»

beispielsweise bewirkt das Systemvertrauen, dass ich darauf vertraue, dass sich alle Teilnehmenden an die bestehenden Regeln halten. Als Autolenker muss ich nicht fortlaufend jeden weiteren Verkehrsteilnehmenden auf seine Fähigkeit, sich im Verkehr bewegen zu können, überprüfen (was den Verkehr zum Erliegen brächte).

Wovon aber hängt das Systemvertrauen eines geschädigten Unfallopfers gegenüber den Case-ManagerInnen ab? Entscheidend sind aus Sicht der geschädigten Person die Antworten auf die folgenden Fragen:

- Welches sind die Ziele des CM?
- Wie werden die Ressourcen verteilt?

- Wer hat welche Kompetenzen?
- Wie werden Beurteilungen vorgenommen?
- Wie werden Interessen durchgesetzt?
- Wieweit werden Informationen aus dem CM anderweitig (z.B. im Rahmen der Schadenserledigung) verwendet?
- Wieweit kann ich mich auf die Loyalität der Experten/Fachpersonen verlassen?

Internes Case-Management und Systemvertrauen

Das Systemvertrauen der geschädigten Person gegenüber dem internen Case-Management des Versicherers ist erfahrungsgemäss eher vorhanden, wenn sich die geschädigte Person in einem Arbeitsverhältnis befindet, das mit Hilfe von Versicherungsleistungen aufrechterhalten werden soll. Klinkt sich ein Versicherer mittels CM unterstützend in das System Arbeitsplatz ein, so ist das Konfliktpotenzial gering. Die Kommunikation verläuft arbeitsplatzbezogen. Es werden arbeitsplatzbezogene Daten und Fakten ausgetauscht, die betriebsintern ohnehin bekannt sind. Das Privatleben der geschädigten Person bleibt in der Regel weit gehend ausgeklammert. CM verläuft auf der Ebene «B2B» (Business to Business); die nötigen Anpassungen des Arbeitsplatzes werden zwischen dem Arbeitgeber

und dem leistungspflichtigen Versicherer vereinbart.

Wenn die geschädigte Person jedoch aus dem Arbeitsprozess ausgeschieden ist, so ist ihr Systemvertrauen in ein internes Case-Management des Versicherers in der Regel nicht gegeben. Mit dem Arbeitsplatz verliert ein Mensch auch einen grossen Teil seiner beruflichen Identität, die ihm für sein Privatleben eine gewisse persönliche Intimität im Hintergrund ermöglichte. Um das Engagement

«Wenn zwischen dem Versicherer und der geschädigten Person kein Systemvertrauen aufgebaut werden kann, wird ein internes Case-Management die Rehabilitation eher behindern als fördern.»

und den Rehabilitationswillen der geschädigten Person zu prüfen, muss der Versicherer nun auf dessen Privatleben zurückgreifen, was zur Entblössung der gesamten Persönlichkeit führen kann. Dies verursacht bei der geschädigten Person grosse Unsicherheit gegenüber dem leistungspflichtigen Versicherer, beispielsweise weil er Angst hat, den Anspruch auf Leistungen zu verlieren, wenn sich eine Behinderung im privaten Umfeld nicht so stark auswirkt wie im Beruf. Aufgrund dieser Unsicherheit können Personen, die aus dem Arbeitsprozess ausgeschieden sind, erfahrungsgemäss kein tragendes Systemvertrauen gegenüber dem internen CM eines leistungspflichtigen Versicherers aufbauen. Neben der fehlenden beruflichen Integration des Betroffenen können auch weitere Faktoren das nötige Systemvertrauen für ein internes CM verunmöglichen. So wird die geschädigte Person vermutlich kein Systemvertrauen in ein versicherungsinternes CM entwickeln, wenn der Fall ein erhebliches Konfliktpotenzial aufweist oder wenn die Vorstellungen des leistungspflichtigen Versicherers und des potenziellen

Leistungsempfängers betreffend die Schadenshöhe stark divergieren.

Wenn zwischen dem Haftpflichtversicherer und der geschädigten Person kein Systemvertrauen aufgebaut werden kann, wird ein CM, das der Haftpflichtversicherer in eigener Regie durchführt, die Rehabilitation eher behindern als fördern. Die geschädigte Person wird jede Handlung, jede Frage von Seiten des Versicherers auf Anzeichen einer Vorverurteilung oder einer übermässigen Kontrolle des Privatlebens überprüfen. Auch der Haftpflichtversicherer wird jede Handlung der geschädigten Person genauestens überwachen.

Die Alternative: externes Case-Management

Wenn zwischen dem leistungspflichtigen Versicherer beziehungsweise seinem internen Case-Management und der geschädigten Person kein Systemvertrauen aufgebaut werden kann, so empfiehlt sich ein externes Case-Management. Beim externen CM beschränkt sich die Auskunftspflicht des externen Case-Managers gegenüber dem finanzierenden Versicherer sinnvollerweise auf rein berufliche Belange. Sinnvoll ist es, wenn nur Zahlen, Daten und Fakten (ZDF) vermittelt werden müssen, ohne dass man erklären muss, wie sie zu Stande kamen. Im Idealfall wird die geschädigte Person zusammen mit dem/der Case-ManagerIn als Dienstleister gegenüber dem leistungspflichtigen Versicherer angesehen. Die Dienstleistung ist dann mit Schadensminderung titulierte. Durch diesen Kunstgriff rückt aus Sicht des (das CM finanzierenden) Versicherers der eigentliche Rehabilitationsprozess (und der damit verbundene Einblick ins Privatleben des Versicherten) in den Hintergrund. Vielmehr geht es jetzt um eine Dienstleistung, die bestimmte zielorientierte Investitionen erfordert. Das Verhältnis zwischen Aufwand und Ertrag und damit das Investitionsrisiko lässt sich für beide Seiten besser abschätzen. Wird das Rehabilitationsverfahren, gesteuert durch Case-Management, vom Versicherer als externe Dienstleistung angesehen

und mit einem entsprechenden Auftrag verbunden, erleichtert dies auch bei komplexer Problemlage das Systemvertrauen der geschädigten Person und des Versicherers in dieses Case-Management.

Ob nun internes oder externes Case-Management angewandt wird, auf jeden Fall muss ein der Rehabilitation förderliches System aufgebaut und gepflegt werden, das transparent, steuerbar, ressourcenschonend, in sich stimmig und dadurch vertrauenswürdig für alle Beteiligten ist.

Grundsätzlich ist auch zu prüfen, ob überhaupt ein Case-Management angebracht ist oder ob allenfalls eine andere Methode mehr Erfolg verspricht. Ist Letzteres der Fall, so sollte sich der/die Case-ManagerIn allenfalls zurückziehen oder sich auf ein CM auf übergeordneter Ebene beschränken, denn sonst kann es zu Durchsetzungs- und Kompetenzkonflikten oder einer Überversorgung mit Leistungen kommen. Gerade Letzterem soll Case-Management ja vorbeugen. ■

Autor:

Rolf Bauser

dipl. Berufsberater SVB

Fachreferent

Organisationsentwicklung

Marktgasse 64

8400 Winterthur

E-Mail: bauser@bauser.ch

Literatur:

1. Neuffer, M. (1998): Fallarbeit in einer Hand. Case Management in Sozialen Diensten. Sozialmagazin, 7-8/98, S. 16-27.
2. Galuske, M. (2001): Methoden der sozialen Arbeit. Eine Einführung. 3. Auflage. Weinheim, Juventa-Verlag.
3. Sztompka, P. (1995): Vertrauen: Die fehlende Ressource in der postkommunistischen Gesellschaft. In: B. Nedelmann (eds.). Politische Institutionen im Wandel. Opladen: Westdeutscher Verlag. 254-278.
4. Schlenker, B.R., Helm, B., Tedeschi, J.T. (1973): The effects of personality and situational variables on behavioral trust. Journal of Personality and Social Psychology, 25: 419-427.
5. Luhmann, N.: Legitimation durch Verfahren, Frankfurt 1989.

Einführung der SwissDRGs in der Schweiz

Entschädigungssysteme sind nicht nur Instrumente für die technische Abwicklung der Leistungsvergütung. Sie setzen immer auch spezifische Anreize, welche spezifische Vor- und Nachteile nach sich ziehen. Ein soeben erschienenes Buch veranschaulicht dies am Beispiel des DRG-Systems, eines Instruments zur Spitalfinanzierung.

Willy Oggier¹

Die Einführung von Diagnosis Related Groups (DRGs)² in den Spitälern ist in der Schweiz ein hochaktuelles Thema: Der Bundesrat schlägt im Rahmen der im September 2004 verabschiedeten Botschaft zur Spitalfinanzierung eine leistungsorientierte Finanzierung vor. Dabei werden als mögliches Entschädigungssystem die Diagnosis Related Groups erwähnt.

¹ Willy Oggier ist selbstständiger Gesundheitsökonom und Chefredaktor der GPI (Fachbulletin der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP). Zudem ist er Mitglied des Zentralvorstandes der SGGP, in deren Schriftenreihe das hier vorgestellte Buch erschienen ist. Als Dozent am interuniversitären Public-Health-Lehrgang der Universitäten Basel, Bern und Zürich war er Projekt-Begleiter der Master-Arbeit von Peter Indra.

² Das DRG-System ist ein System zur diagnosebasierten Klassifikation von Behandlungsfällen, das als Grundlage für die Entschädigung der Spitäler mittels Fallpauschalen dient. Die Patienten beziehungsweise Behandlungsfälle werden aufgrund der Diagnose und der vorgesehenen Behandlung (und der hiermit zu erwartenden Kosten) einer bestimmten DRG zugeordnet.

Bereits im Frühsommer 2004 haben ausserdem verschiedene wichtige Akteure des schweizerischen Gesundheitswesens den Verein Swiss DRG gegründet, der innert dreier Jahre ein Modell eines schweizweit einheitlichen, umfassenden Leistungsabgeltungssystems für die Aufenthalte im stationären akut-somatischen Bereich bereitstellen soll.

Was bedeutet nun aber die Einführung von Diagnosis Related Groups für die Schweizer Spitäler und für das schweizerische Gesundheitswesen? Welche Auswirkungen sind aufgrund der Erfahrungen in anderen Ländern zu erwarten? Diesen Fragen ist Peter Indra in seiner Master-of-Public-Health-Thesis vertieft nachgegangen. Die Arbeit ist soeben in Buchform erschienen und umfasst 270 Seiten*.

Wo es DRGs gibt

Im ersten Teil (Kapitel 4 und 5) erklärt der Autor, was DRGs sind, und er beschreibt die Systeme in insgesamt 17 (!) verschiedenen Ländern. Hier kommt das profunde Wissen des Autors über DRGs deutlich zum Ausdruck. Trotz der technischen Komplexität der Materie sind die Systeme so beschrieben, dass auch mit Finanzierungsfragen weniger vertraute im Gesundheitswesen tätige Personen es verstehen. So wird beispielsweise auf die in den USA festzustellende Entwicklung eingegangen, dass in Spitälern in der Regel nur noch schwerstkranke Patienten behandelt werden; einfachere Operationen werden ausserhalb des Spitals vorgenommen. Oder es wird anhand der australischen Erfahrungen auf die Grenzen der Anwendbarkeit von DRG-Systemen einge-



Willy Oggier

gangen und aufgezeigt, wie wichtig für die Einführung von DRG-Systemen die begleitenden Rahmenbedingungen sind.

Was DRGs bewirken

Von zentraler Bedeutung für die gesamte Arbeit sind die Ausführungen über Anreize und mögliche Folgen der DRGs im zweiten Teil (Kapitel 6 und 7). Hier wird dargestellt, welche positiven und negativen Auswirkungen es haben kann, wenn Spitäler anstatt beispielsweise über Tagespauschalen über diagnosebasierte Fallpauschalen finanziert werden. Welche Anreize sind mit dieser neuen Abgeltungsform verbunden? Welche Möglichkeiten haben Spitäler, um im DRG-System ihre Einkünfte zu «optimieren»? Was bewirkt das DRG-System im Hinblick auf die Solidarität zwischen den Versicherern, was im Hinblick auf Public-Health-Aspekte? Zum letztgenannten Thema gehören beispielsweise die Folgen der «Industrialisierung» der Patientenversorgung sowie die Tatsache, dass insbesondere in der Altersmedizin neue

Versorgungsformen und Leistungsangebote erforderlich werden. Stichworte dazu sind etwa die Überleitungs- und Weiterentwicklungspflege, die gesetzliche Absicherung der geriatrisch-rehabilitativen Kurzzeitpflege oder die Schaffung von vernetzten Angeboten und Leistungen. Nach einigen grundsätzlichen Überlegungen zu diesen Fragen werden die konkreten Erfahrungen einzelner ausgewählter Länder ausführlich erläutert. Die USA, Australien und Deutschland nehmen dabei einen wichtigen Raum ein.

Einführung in der Schweiz

Der dritte Teil des Buches schliesslich (Kapitel 8 bis 11) konzentriert sich auf die Situation in der Schweiz. Zuerst wird erklärt, warum die schweizerischen Krankenversicherer das DRG-System einführen möchten. Danach folgt ein Kapitel über

«Der Autor empfiehlt, die Angebote in der Überleitungs- und in der rehabilitativen Kurzzeitpflege auszubauen und gesetzlich abzusichern.»

«Implikationen und Begleitmassnahmen» für die DRG-Einführung in der Schweiz. Hier stellt der Autor Empfehlungen auf, wie die Risiken in verschiedenen Bereichen (z.B. Versorgungsqualität, Kodierqualität) gemildert werden können. Seine Empfehlungen begründet er mit den dargestellten ausländischen Erfahrungen. Hier werden auch Massnahmen thematisiert, die angesichts der ausländischen Erfahrungen von äusserster Wichtigkeit sind, die aber bisher in der Schweiz kaum diskutiert wurden. Dazu gehören beispielsweise die erforderlichen Veränderungen in den Rehabilitations-Einrichtungen, welche sich mit neuen Anforderungen konfrontiert sehen, oder die Anpassung des Risikoausgleichs zwischen den Krankenversicherern. Kritisch angemerkt werden könnte, dass sich die Empfehlungen etwas stark auf die US-

amerikanischen Erfahrungen abstützen.

Ebenfalls im dritten Buchteil wird nach den Implikationen der DRG-Einführung in der Schweiz aus Public-Health-Sicht gefragt. Hier beweist der Autor, dass er selbst als Mitarbeiter eines grossen Krankenversicherers nicht einfach den Standpunkt seines Arbeitgebers einnimmt, sondern sehr wohl in der Lage ist, die Auswirkungen aus Public-Health-Sicht kritisch darzustellen. So empfiehlt der Autor für die schweizerische Situation beispielsweise, die Angebote in der Überleitungs- und in der rehabilitativen Kurzzeitpflege auszubauen und gesetzlich, vor allem leistungsrechtlich, abzusichern. Zudem weist er darauf hin, dass die geriatrische Rehabilitation (stationär, teilstationär in Tageskliniken und ambulant/mobil) definiert und ebenfalls leistungsrechtlich abgesichert werden muss. Als weitere Angebotsformen könnten auch Pflegehotels oder situative Pflegeplätze aufgebaut werden. Situative Pflegeplätze entstehen durch einen Versorgungsvertrag mit einem stationären Anbieter über Pflegeplätze, die sich anstatt im Pflegeheimbereich auch im Altersheimbereich einer stationären Einrichtung befinden können.

Der Autor ist aber nicht nur für die Altersmedizin, sondern generell von der Notwendigkeit von Strukturver-

«Als notwendig erachtet er auch die Schaffung von Verbundsystemen sowie von Beratungs- und Koordinationsagenturen.»

änderungen überzeugt. Dazu zählt er unter anderem auch die Schaffung von regional und/oder fachlich orientierten Verbundsystemen sowie von Beratungs- und Koordinationsagenturen (Case Management) und den verstärkten Ausbau von niederschweligen, tagesstrukturierten Angeboten, welche stützende, stabilisierende und kommunikative Aufgaben übernehmen, damit Menschen so

lange wie möglich im vertrauten häuslichen Umfeld leben können. Die Einführung von DRGs eröffnet auch auf epidemiologischer Ebene neue Chancen: Aus der Orientierung

«Die Einführung von DRGs eröffnet auch auf epidemiologischer Ebene neue Chancen.»

der DRGs an Diagnosen und Prozeduren ergibt sich die Möglichkeit, die Ressourcen im Gesundheitswesen versorgungsepidemiologisch günstiger steuern zu können.

Fazit

Gesamthaft gesehen stellt die Arbeit eine ausgezeichnete Einführung in die DRGs und die möglichen Auswirkungen auf das Gesundheitswesen dar. Die Arbeit ist klar strukturiert, weist einen roten Faden auf und ist ausserdem bis zur Erteilung des Druckauftrags auf den neuesten Stand gebracht. Dies zeigen insbesondere die Ausführungen zur deutschen und zur schweizerischen Situation. Von grossem praktischen Nutzen ist auch das umfangreiche Glossar.

Das Buch eignet sich hervorragend als Einstiegslektüre in die DRG-Thematik und gehört im deutschsprachigen Raum zu den besten, die ich zu dieser Thematik überhaupt je gelesen habe. ■

Dr. oec. HSG Willy Oggier
Gesundheitsökonomische
Beratungen AG
Konradstrasse 61
8005 Zürich
Kontaktadresse:
gesundheitssoekonom.
willyoggier@bluewin.ch

* Peter Indra: Die Einführung der Swiss-DRGs in Schweizer Spitälern und deren Auswirkungen auf das schweizerische Gesundheitswesen. Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP), Zürich, Band 80, 2004. Preis: Fr. 40.- für SGGP-Mitglieder, Fr. 52.- für Nicht-Mitglieder. ISBN 3-85707-80.

Public-Health und Gesundheitspolitik

«Wieviel Public-Health braucht die Gesundheitspolitik?» Diesem Thema war die diesjährige Swiss-Public-Health-Conference gewidmet. PraktikerInnen, PolitikerInnen und ein Forscher zeigten Folgendes auf: Die Public-Health-Praxis ist im Grunde politisch. Die Politik weist im Bereich Gesundheit Widersprüche auf. Und die Public-Health-Forschung liefert keine definitiven Antworten.

Brigitte Casanova

An der Swiss-Public-Health-Conference der SGPG (Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen) vom 24.–25. Juni 2004 in Zürich wurde das Verhältnis zwischen der Public-Health (PH) und der Gesundheitspolitik von drei Seiten her beleuchtet: Fachleute, die schon lange in der Public-Health tätig sind, berichteten über ihre Erfahrungen und ihre Erkenntnisse. Gesundheitspolitiker brachten ein, wie sie Public-Health wahrnehmen und umsetzen. Und der Forscher erläuterte, welche Rolle PH-Forschungserkenntnisse für gesundheitspolitische Entscheidungen spielen sollen und können. Ein weiterer Schwerpunkt der Tagung war das Thema «Gender Health» (siehe *Kasten*).

Appelle der PraktikerInnen

«Der Begriff Gesundheitsdirektion ist ein Etikettenschwindel. Richtig wäre Direktion für Disease Management.» Mit dieser provokanten These stieg François Van der Linde, Vorsteher des Amtes für Gesundheitsvorsorge, Kanton St. Gallen, in sein Referat ein. Auch seine Genfer Kollegin Annie Mino, Vorsteherin der Gesundheitsdirektion Kanton Genf, fand klare Worte: «Die Diskussionen über die



Podium (von links nach rechts): Liliane Maury-Pasquier (SP), Jürg Stahl (SVP) ...

Gesundheit drehen sich um die Gesundheitsversorgung. Es geht um lächerliche Einsparungen, die ihrerseits Kosten provozieren. Geredet wird nur über den Tarmed und über das KVG.» Die beiden erfahrenen Public-Health-SpezialistInnen – beide stehen kurz vor ihrer Pensionierung – stellten das gleiche Problem in den Vordergrund: Die Diskussion über die Gesundheit widmet sich fast ausschließlich der Gesundheitsversorgung. Diese beeinflusst die Gesundheit jedoch nur zu einem kleinen Teil, ungefähr zu 10 bis 15 Prozent. Wichtiger sind die Umwelt (20–25 Prozent) und genetische Faktoren (ca. 20 Prozent). Die sozioökonomischen Faktoren sind mit 40 bis 50 Prozent indes weitaus am wichtigsten. Doch gerade diese Erkenntnis wird nicht wahrgenommen.

Dabei ist Van der Linde selbstkritisch. Er fordert: «Public Health muss endlich die Botschaft übermitteln, dass Gesundheit nur am Rand etwas mit Medizin zu tun hat.» Auch das Denken in der Public-Health sei stark von der Medizin geprägt. Die Verbindung gehe von den Chefärzten zu den Gesundheitsdirektoren. Annie Mino erklärte: «Gesundheit kann man nicht verschreiben wie ein Medikament. Sie muss konstruiert werden.» Und dies geschehe interdisziplinär, transdisziplinär und interdepartemental.

Dabei seien die bestimmenden Faktoren nicht nur individuell – wie Tabakkonsum, Ernährung und Bewegung –, sondern vor allem sozial: Zentral seien etwa die Wohnsituation und die Arbeit. Die sozialen Ungleichheiten wirken auf die Gesundheit. Annie Mino forderte deshalb eine Gesundheitsverträglichkeitsprüfung aller politischen Entscheidungen. Van der Linde brachte es wie folgt auf den Nenner: «Public-Health ist politisch.» Die Gesamtpolitik, insbesondere auch die Wirtschaft, bestimmt die Gesundheit. Van der Linde möchte deshalb die Gesundheitsdirektionen in «Direktion für gesundheitsförderliche Gesamtpolitik» umbenennen.

Die Bedeutung der Arbeit

Gianfranco Domenighetti, Vorsteher des Gesundheitsamts Kanton Tessin, hob einen Faktor besonders hervor: die Arbeit. Sie ist der wichtigste unter den sozioökonomischen Faktoren. Sie bestimmt den sozioökonomischen Status und die soziale Integration des Individuums. Die Arbeit kann Wohlbefinden/Gesundheit vermitteln, wenn der Arbeitsplatz gesichert ist, wenn die Arbeit angemessen entlohnt wird, wenn sie einigermaßen interessant ist und wenn dabei die Würde und die Rechte des Individuums respektiert werden. Do-



... Yves Guisan (FDP), Ruth Genner (Grüne), Philipp Stählin (CVP)

menighetti: «Das Leben eines Menschen ist von seiner Arbeit geprägt.» Die Arbeitswelt gerät heute jedoch unter Druck: Globalisierung, Deregulierung, Privatisierungen, freier Warentausch und Steuersenkungen schaffen neue gesundheitliche Risiken. Die Arbeitsbedingungen ändern, der Rhythmus wird umgestellt, der Arbeitsdruck erhöht sich, die Unterstützung durch die Firma nimmt ab, und Arbeitsstellen werden gestri-

chen. Die anhaltende Angst und der Stress wirken sich auf die Gesundheit aus: Psychische Störungen, muskuloskeletale Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Probleme und Tumore nehmen zu. Schon heute seien 25 Prozent der Arztbesuche arbeitsbedingt. Nur: Der Arzt kann keinen sicheren Arbeitsplatz, keinen angemessenen Lohn und nicht mehr Freizeit verschreiben, so Domenighetti. Also verteile er Antidepress-

siva, Schlafmittel und Vitamine. Die Kosten, welche durch Arbeitsstress entstehen, werden externalisiert: Krankenkassen und Sozialversicherungen bezahlen gemäss einer Schätzung des Seco 4,2 Milliarden Franken jährlich für den anhaltenden Arbeitsstress, das sind 1,2 Prozent des BIP. Die Arbeitsausfälle in den Betrieben seien da nicht miteingerechnet.

Sicht der GesundheitspolitikerInnen

Das erste Mal an ihrer wissenschaftlichen Tagung erweiterte die SGPG die Gesprächsrunde: Sie hatte National- und StänderätInnen von links bis rechts zum Podium eingeladen. Unter der Leitung von Urs Zanoni (Journalist) diskutierten Yves Guisan (FDP), Ruth Genner (Grüne), Philipp Stählin (CVP), Liliane Maury-Pasquier (SP) und Jürg Stahl (SVP).

Als Erstes wurde erörtert, welche Aufgabenbereiche zur Gesundheitspolitik und PH gehören.

Philipp Stählin: «PH ist eine Querschnittsaufgabe, sie beschränkt sich nicht auf die Versorgung.» Er zählte neben dem sozialen Bereich auch die Nahrungsmittelsicherheit oder den Gewässerschutz zu PH-Aufgaben: «Wenn man alles Geld zusammenzählt, das für Umweltschutz, Kläranlagen und so weiter eingesetzt wird, so wird viel Geld für PH ausgegeben.» Stählin plädierte aber dafür, den Begriff nicht zu weit zu fassen, damit er «gepusht» werden könne: Für ihn sei Krankheitsverhinderung mit richtiger Ernährung und ausreichend Bewegung bestimmend.

Anders Ruth Genner, die von einem weiteren PH-Begriff ausging: «Die Umwelt ist ein wichtiger Faktor, zum Beispiel die Luftqualität und die Verkehrsbelastung.» Sie wies auch auf den Zusammenhang hin, dass die Bekämpfung der Schwarzarbeit die Arbeitsbedingungen dieser Menschen verbessere. Zudem: «Es gibt knallharte Interessenkonflikte. Wir dürfen die Augen davor nicht verschliessen und nur über einen engen PH-Begriff reden.» Ein Beispiel: die Tabakwerbung. Ein Verbot wurde sogar von Gesundheitspolitikern bekämpft.

Widersprüche

Urs Zanoni machte auf die Widersprüche in der heutigen Gesundheitspolitik aufmerksam – es werde

Gender Health

Das letztes Jahr neu gegründete Forschungsnetzwerk Gender Health hielt an der Public-Health-Conference seine zweite Tagung ab. Sie bot einen Einblick in internationale und nationale Arbeiten im Bereich Gender Health.

Mercedes Juarez, Programme Manager «Gender Mainstreaming and Womens's Health» der WHO Europe in Kopenhagen, berichtete in ihrem Referat darüber, wie sie Politiker in den europäischen Ländern dazu bringt, das Geschlecht als Faktor bei politischen Entscheiden miteinzubeziehen. Dies sei in weniger entwickelten Ländern teilweise einfacher als in westlichen Staaten, so Juarez, weil deren Strukturen der Gesundheitsversorgung weniger starr seien. Beim Gender-Mainstreaming gehe es darum, auf die unterschiedlichen Bedürfnisse von Männern und Frauen einzugehen. Da es grosse Rollenunterschiede zwischen Männern und Frauen gebe, sei ein «gleiches» Angebot benachteiligend.

Auf nationaler Ebene erregte die Präsentation einer Studie Aufsehen, welche die Gesundheitskosten der Frauen in der Schweiz genderbezogen analysiert hat. Die AutorInnen konnten als Erste den Datenpool von Santésuisse nutzen, und sie kamen zu einem erstaunlichen Ergebnis: Frauen haben nicht viel höhere Gesundheitskosten als Männer, wenn man die Lebenszeit beachtet, die Kosten für Schwangerschaft und Geburt nicht einseitig den Frauen zuschreibt und die Kosten durch erlittene Gewalt durch Männer abzieht. Schon die Hälfte der 3 Milliarden Franken Mehrkosten der Frauen wird dadurch erklärt, dass Frauen länger leben. Zu bedenken sei zudem, dass Frauen mehr informelle Pflegeleistungen erbringen würden als Männer.¹



Mercedes Juarez, Programme Manager «Gender Mainstreaming and Womens's Health» der WHO Europe

¹ Das Buch zur Studie: Paul Camenzind, Claudia Meier (2004): Gesundheitskosten und Geschlecht. Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Verlag Hans Huber, Bern.

mit «Gift und Gegengift» gearbeitet. Beispiele: Der Staat subventioniert die Tabakbauern und speist auch den Tabakpräventionsfonds. Oder: Der Bund subventioniert die Weinbauern und betreibt Alkoholprävention.

Angesichts dieser Widersprüche wurde die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung aller politischer Entscheide thematisiert. Ruth Genner: «Wir können uns bei allen Entscheidungen die Frage stellen, welche Werte wir gewichten wollen und welche Gesellschaft wir anstreben.» So sehe man auch bei komplexen Fragen, was richtig sei. Jürg Stahl fügte an: «Der ökonomische Faktor gehört mit zur Fragestellung.» Zur sozialen Befindlichkeit gehöre die Ökonomie, ein gesundes wirtschaftliches Wachstum sei essenziell für das Wohlbefinden einer Gesellschaft.

Zanoni fragte die Politiker: «Denken die Politiker nur in Zeiträumen von vier Jahren?» Da PH-Entscheiden sehr lange brauchen, bis sie wirken, hätte der kantonale Politiker schon wenig Anreize, sich dafür einzusetzen, bekannte Stählin. Liliane Maury-Pasquier fügte an: «Es braucht auch Mittel für eine Gesundheitspolitik.» In Genf wurden die Steuern gesenkt, um das Wachstum zu fördern. Die Ausgaben für Gesundheit und Soziales wurden entsprechend gekürzt. Deshalb fehlten jetzt auch die Visionen für eine umfassende Gesundheitspolitik.

Das Publikum diskutierte anschliessend angeregt mit. Kritisiert wurde beispielsweise, dass es keine Schule für Public-Health gebe, wie in allen andern hoch entwickelten Ländern. Durch die Ausbildung könnten auch Visionen ausgearbeitet werden. Genner wies darauf hin, dass es für eine Koordination im Bildungsbereich Bundesgelder brauche, aber es herrsche der «Kantönlicheist». «Und wieso funktioniert die kantonale Zusammenarbeit im Strassenbau?» lautete die Anschlussfrage aus dem Publikum. Maury-Pasquier: «Die PH ist schlecht kommunizierbar, weil der Benefit nicht sichtbar wird.» Man müsse das, was die PH mache, besser verkaufen. Van der Linde: «Vom Strassenbau sind alle betroffen, und alle fühlen sich kompetent. PH ist zu abstrakt.»

PH-Forschung und Politik

Wie ist das Verhältnis zwischen der PH-Forschung und der Politik? Was



Gianfranco Domenighetti, Vorsteher des Gesundheitsamts, Kanton Tessin



Matthias Egger, Professor und Leiter des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin Bern

kann die PH für die Politik leisten? Wie kommt es zu einer «Evidence-based Policy»? Matthias Egger, Professor und Leiter des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin Bern, machte klar, dass es keine lineare Beziehung zwischen PH-Forschung und Politik gibt.

«Gleiche Evidenz kann verschieden implementiert werden», so Egger. In England haben neueste Forschungsergebnisse über das Cannabis-Rauchen dazu geführt, dass Cannabis in die am wenigsten schädliche Gruppe von Substanzen reklassifiziert wurde. In anderen Ländern sei nichts dergleichen passiert. Beim Mammografie-Screening werde die Evidenz sogar innerhalb der Schweiz unterschiedlich ausgelegt: In der Deutschschweiz wird nicht gescreent. Egger erklärte: «Forschung ist ein mühsamer Prozess, der lange dauert und keine definitiven Antworten liefert.» Die Politiker jedoch müssten handeln, auch ohne klare Evidenz. Und selbst wenn es keine Evidenz gebe, wie zum Beispiel, dass Mobilfunk schädlich sei, heisse dies noch nicht, dass ein Risiko ausgeschlossen werden könne. Erschwerend für Entscheide komme hinzu, dass so genannte Faktoide die Meinungen verzerren. Egger: Ein Faktoid ist etwas, von dem alle glauben, dass es zutrifft, das aber falsch ist. Ein Beispiel: «Wer einmal kifft, kann nie mehr damit aufhören.» Die Forschung zeige klar, dass viele eine Zeit lang Cannabis rauchen, und es dann nach ein paar Jahren wieder lassen. Wie soll nun der Kontakt zwischen PH und Politik gestaltet werden? Egger machte folgende Aussagen:

■ Als Wissenschaft leistet PH nicht die Grundlage für politische Entscheide, sondern einen Beitrag dazu. Andere Faktoren (wie Ideologien) beeinflussen Entscheide ebenfalls.

■ Viele Forschungsprojekte sind nicht relevant für die Politik: «Es wird an wichtigen Fragen vorbeigeforscht.»



François van der Linde, Vorsteher des Amtes für Gesundheitsvorsorge, Kanton St. Gallen



Annie Mino, Vorsteherin der Gesundheitsdirektion, Kanton Genf

■ Es gibt auch Grenzen der Beobachtungen, und viele Resultate sind nicht reproduzierbar.

■ Die Informationen aus der Forschung machen Entscheidungen komplex. Und dies ist schwierig für Politiker.

■ Systematische Reviews müssen gefördert werden, denn kumulative Evidenz bringt bessere Antworten. Egger verwies darauf, was schon andere statuiert hatten: Forschung ist am nützlichsten, wenn sie balanciert, objektiv und glaubwürdig «daher kommt». Wissenschaftler sollten keine Advokaten für eine Sache sein. ■

Bericht:

BRIGITTE CASANOVA
REDAKTION «MANAGED CARE»

Wie viel Regulierung brauchen Netzwerke?

Eine Arbeitsgruppe von med-swiss.net, dem Dachverband der schweizerischen Ärztenetzwerke, hat im Jahr 2004 Eckwerte für Netzwerke definiert und sie an einer Podiumsveranstaltung im September 2004 vorgestellt. Die Diskussionen an diesem Anlass zeigten, dass Politiker, Ärzte, Versicherer sowie Gesundheitsökonomien die Netzwerke gleichermassen befürworteten. Es bestehen aber sehr unterschiedliche Vorstellungen darüber, wie viel staatliche Unterstützung und Förderung beziehungsweise «Regulierung» die Netzwerke brauchen.

Rita Schnetzler

«Kritisieren Sie unser Arbeitspapier!» So lautete der Auftrag, den der Gesundheitsökonom Willy Oggier in seinem Referat vom 23. September 2004 zum Thema «Netzwerke – von der Vision zur Realität!» zu erfüllen hatte. Oggier erfüllte seinen Auftrag pflichtgetreu. Doch er liess es sich nicht nehmen, zuvor den Organisatoren der Veranstaltung – dem Dachverband der Schweizer Ärztenetzwerke med-swiss.net – zu gratulieren zu ihrer Initiative, die Eckwerte für Ärztenetzwerke zu definieren. Das schaffe Transparenz und fördere die Diskussion. Auch die konkreten Inhalte des Arbeitspapiers, welches die Arbeitsgruppe «Vision 08»¹ von med-swiss.net zur Diskussion stellte, hielten zu wichtigen Teilen dem kritischen Blick des Gesundheitsökonomien Stand (siehe *Kasten*). Das Referat von Willy Oggier diente als Input für eine Podiumsdiskussion, an der sich neben Oggier selber

Kurt Kaspar (Hausarzt, Verwaltungsratsvorsitzender Argomed), Fiona Fröhlich Egli (Hausärztin, Verwaltungsratspräsidentin WintiMed), Toni Bortoluzzi (Nationalrat [SVP], Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit) und Konstantin Beck (Leiter Mathematik und Statistik, CSS-Versicherung) beteiligten. Geleitet wurde diese Diskussion von Hans Fahrländer (ehemaliger Chefredaktor der «Aargauer Zeitung»). In der Diskussion habe man deutlich immer wieder den «Widerstreit» zwischen Wettbewerb und (staatlicher) Steuerung gespürt, sagte Fahrländer am Schluss. Im Folgenden soll dieser Widerstreit am Beispiel der Themen «Ausgestaltung der Netzwerke», «gesetzliche Förderung von Netzwerken», «Risikoausgleich» und «Rolle der Krankenversicherer» veranschaulicht werden.

Gestaltung der Netzwerke

Das Arbeitspapier der Arbeitsgruppe «Vision 08» enthält unter anderem konkrete Angaben zur Ausgestaltung der Netzwerke². So werden beispielsweise Rahmenangaben zur Grösse der Netzwerke und zur anzustrebenden Versicherungszahl gemacht. Willy Oggier begrüsst es, dass diese Punkte thematisiert werden. Dagegen findet der Gesundheitspolitiker Toni Bortoluzzi, die Politik müsse und könne den Netzwerken «nicht die Betriebswirtschaft vorschreiben». Stattdessen möchte er Freiheiten schaffen und insbesondere die Vertragsinhalte «flexibilisieren». Die Patienten hätten nämlich unterschiedliche Ansprüche. Um den unterschiedlichen Ansprüchen gerecht zu werden, brauche es vielfältige Versicherungsprodukte. Die heutige Palette der Krankenversiche-



Zu manchen Fragen hätte sich Willy Oggier noch etwas konkretere Angaben gewünscht.

rungsprodukte befriedige nicht. Als Versicherter habe er heute zum Beispiel keine Möglichkeit, beim Versicherungsabschluss auf gewisse (Grundversicherungs-)Leistungen zu verzichten; dabei wollten vermutlich 80 Prozent der Patienten nicht alles haben, was heute im Gesundheitswesen «herumschwirre».

Gesetzliche Förderung von Netzwerken

Toni Bortoluzzi findet Netzwerke begrüssenswert, weil der Arzt hier eine finanzielle Verantwortung übernehme und weil die Patient-Arzt-Beziehung gestärkt werde. Zudem könnten Netzwerke die Strukturen aufbrechen. Er ist aber überzeugt, dass die Netzwerke auch ohne staatliche Förderung eine Zukunft haben. Es brauche keine staatlichen Vorgaben, sondern genügend Freiheiten. So möchte Bortoluzzi den Versicherern beispielsweise nicht vorschreiben, in Netzwerken den Selbstbehalt der Patienten zu senken oder die Versicherungsvertragsdauer zu erhöhen. Er kann sich aber vorstellen, es den Versicherern zu ermöglichen, Versicherungsprodukte mit unterschiedlichem Selbstbehalt und/oder mit unterschiedlicher Vertragsdauer (z.B. obligatorische fünf- bis zehnjähriger Vertragsdauer) anzubieten.

¹ Mitglieder der Arbeitsgruppe «Vision 08» (in alphabetischer Reihenfolge): Bodmer Ueli, Buff Roman, Dreiding Philip, v. Felten Daniel, Fischer Max-Albrecht, Frittschi Jörg, Metzger Karl, Schläpfer Hansueli, Weber Andreas, v. Weymann Alexander, Wirthner Adrian.

² Zusammenfassung der Ergebnisse der Arbeitsgruppe «Vision 08» siehe Seite von med-swiss.net in «Managed Care» 7/04, Seite 27.

Risikoausgleich

Wenn Netzwerke auch Versicherte mit hohen Gesundheitskosten einbeziehen sollen, ist für sie, wie das Papier von med-swiss.net festhält, ein verfeinerter Risikoausgleich zwischen den Versicherern und den einzelnen Versicherungsprodukten sehr wichtig. Diese Forderung könne man diese Tage nicht genügend betonen, lobte Willy Oggier. Und Konstantin Beck doppelte nach, durch den ungenügenden Risikoausgleich seien die Versicherer, wenn sie im heutigen Prämienwettbewerb überleben wollten, förmlich dazu gezwungen, Billigkassen zu gründen anstatt Netzwerke zu fördern – ganz einfach, weil mit einer solchen «idiotischen» Billigkasse gesunde Patienten und hiermit günstige Risiken selektioniert werden könnten, was Kosteneinsparungen von 50 Prozent ermögliche, während mit Netzwerken höchstens Kosteneinsparungen von 20 Prozent möglich seien.

Toni Bortoluzzi dagegen lehnt eine Verbesserung des Risikoausgleichs ab. Die dafür nötigen Grundlagen seien heute nicht vorhanden. Die zur Diskussion stehenden Modelle gingen – auch wenn er sie nicht im Detail kenne – in Richtung eines Kostenausgleichs und schwächten hiermit die Innovationskraft der Krankenversicherer. Von Seiten des Publikums, von Willy Oggier und von Kurt Kaspar wurde Bortoluzzi allerdings darauf hingewiesen, dass bei unverändertem Risikoausgleich beispielsweise die von ihm vorgeschlagene Flexibilisierung des Selbstbehaltes keinen Sinn mache. Ein tieferer Selbstbehalt ziehe nämlich kranke Versicherte an und erhöhe zugleich den Kostenanteil des Krankenversicherers, was Letzteren innert Kürze in den Ruin treiben könne.

Die «Vision 08» aus gesundheitsökonomischer Sicht

Viele der Eckwerte für Ärztenetzwerke aus dem Arbeitspapier der Arbeitsgruppe «Vision 08»³ seien aus gesundheitsökonomischer Sicht sinnvoll, sagte Willy Oggier. Zu manchen Fragen hätte er sich aber noch etwas konkretere Angaben gewünscht. So zum Beispiel zur Budgetmitverantwortung der Netzwerke sowie zur Beziehung zu stationären Leistungserbringern:

■ **Budgetmitverantwortung:** Zwischen dem Netzwerk und den Versicherern soll laut dem Papier ein Budget ausgehandelt werden, das als Zielvorgabe dient. Die Ärzte sollen dabei durch eine «angemessene Erfolgs- und Verlustbeteiligung» zu effizientem Handeln motiviert werden. Willy Oggier wies darauf hin, dass Ökonomen wie beispielsweise Bruno Frey von der Universität Zürich heute in Frage stellten, ob Finanzierungsanreize die Motivation überhaupt förderten. Oggier empfiehlt deshalb, die Erfolgsbeteiligung der Ärztinnen und Ärzte in Netzwerken zu begrenzen und im Papier konkrete Bandbreiten anzugeben. Wenn die WintiMed AG, wie Fiona Fröhlich Egli berichtete, den Netzwerkärzten als Aktionären bei gutem Erreichen der Leistungsziele eine Dividende auszahlt, so hat Willy Oggier dagegen zwar grundsätzlich nichts einzuwenden. Er findet aber, dass die Dividende jedenfalls kleiner sein müsse als 15 Prozent des Aktienwertes. Kurt Kaspar nannte als Grössenordnung für die Gewinnbeteiligung einen Betrag von 1000 bis 3000 Franken pro Netzwerkarzt.

■ **Beziehung zu stationären Leistungserbringern:** Das Papier der Arbeitsgruppe von med-swiss.net rät davon ab, zu viele spezialisierte Leistungserbringer in die Grundversorger-Netzwerke einzubeziehen. Insbesondere der Einbezug von Spitälern wird abgelehnt. Sonst entstünde nämlich innerhalb des Netzwerks eine «ausgesprochen heterogene Interessenlage», denn aus Sicht der ambulanten Grundversorger bestehe «das wichtigste Sparpotenzial im Vermeiden von Hospitalisationen», woran das Spital naturgemäss kaum interessiert sein kann. Anstelle gemeinsamer Trägerschaften empfiehlt das Papier deshalb «Kooperationen» zwischen ambulanten Grundversorger-Netzwerken und stationären Leistungserbringern. Willy Oggier unterstützte dies, wies aber darauf hin, dass auch Kooperationen sehr unterschiedlich weit gehen können. So sei beispielsweise zu bestimmen, ob ein Netzwerk einem Spital im Rahmen einer Kooperation(svereinbarung) gezielt Zusatzversicherte zuweisen dürfe oder nicht.

Rolle der Krankenversicherer

Die Krankenversicherer seien noch immer viel zu stark «Kässeler» und zu wenig Unternehmer, kritisierte Toni Bortoluzzi. Er habe deshalb ein gewisses Verständnis für den «Horror» der Ärzte vor den Versicherern. Bevor die Netzwerke entstanden seien, habe es in der Beziehung zwischen Versicherern und Ärzten tatsächlich viele Probleme gegeben, sagte Kurt Kaspar. Doch heute sei das anders: Ärzte und Versicherer seien zu Partnern geworden. Wenn

die Innovationskraft der Krankenversicherer noch immer beschränkt sei, so deshalb, weil ihnen durch die heutigen Rahmenbedingungen die Hände «hinter dem Rücken zusammengebunden» seien.

Gemäss Konstantin Beck haben die Versicherer erkannt, dass die (u.a. von der Politik geforderte) Kostensenkung mit vermehrter Kontrolle der Leistungserbringer nur sehr beschränkt (und mit zu grossem Aufwand) zu erreichen sei. Stattdessen versuchten die Versicherer heute, die Ärzte zu Verbündeten zu machen, um gemeinsam innerhalb von definierten Grenzen den optimalen Weg zu suchen. Viele Ärzte seien motiviert für entsprechende Projekte. Im Publikum befänden sich beispielsweise Ärzte, die seit langem gerne zusammen mit einem Versicherer ein Netz für Aidskranke aufbauen würden. Obwohl sich durch ein solches Modell in der Gesundheitsversorgung



Im Podium sassen (von links nach rechts): Kurt Kaspar, Fiona Fröhlich Egli, Toni Bortoluzzi, Hans Fahrländer (Diskussionsleiter), Konstantin Beck und Willy Oggier.

³ Zusammenfassung der Eckwerte siehe Seite von med-swiss.net in «Managed Care» 7/04, Seite 27.

viel Geld sparen liesse, könne etwa die CSS unter den heutigen Rahmenbedingungen für ein solches Modell nicht Hand bieten. Sie würde dadurch nämlich für Aidskranke attraktiv, was ihr beim heutigen Risikoausgleich rasch zum Verhängnis werden könnte.

Fazit

Ohne regulierende Eingriffe des Staates und ganz besonders ohne eine Verbesserung des Risikoausgleichs kann, so das Fazit aus der Diskussion, der von Toni Bortoluzzi gewünschte Wettbewerb im Krankenversicherungsmarkt kaum entstehen. Ein Teilnehmer aus dem Publikum brachte es auf den Punkt: Durch die vertraglichen Verbindungen zwischen Krankenversicherern und Ärzteguppen – für ihn als Arzt ein neues und faszinierendes Element – könnten, in Form von Versorgungsnetzen mit individuellem Angebot und indi-



Ein äusserst interessiert und aktives Publikum bewies, dass es insbesondere den Ärztinnen und Ärzten ernst ist mit dem Engagement für Netzwerke.

vidueller Betreuungskultur, jene Differenzierungen im Krankenversicherungsmarkt entstehen, die Herrn Bortoluzzi vorschwebten. Dazu brauche es aber Rahmenbedingungen, welche die Bereitschaft der Versiche-

rer zu solchen Verträgen ermöglichen und förderten. ■

Bericht und Fotos:

RITA SCHNETZLER
REDAKTION «MANAGED CARE»

Stimmen zu Entwicklungen im Gesundheitswesen

Ungleiches Case-Management

Wer verunfallt oder erkrankt und deshalb Versicherungsleistungen zur Rehabilitation benötigt, gerät je nach Situation in sehr unterschiedlich gute Hände, schreibt Ruedi Schläppi in der Zeitschrift «Soziale Medizin». Zwar hätten in letzter Zeit viele Unfall-, Kranken-, Haftpflicht- und BVG-Versicherer für solche Fälle in ihren Schadenabteilungen das Case-Management (CM) eingeführt. Zurzeit werde aber «alles, was bei der Schadenerledigung im Interesse der Kosteneinsparung getan wird, als CM bezeichnet». Die Qualität hänge dabei unter anderem davon ab, ob der Betroffene selbstständig erwerbend, angestellt oder nicht erwerbstätig sei, ob es sich um eine Krankheit oder um einen Unfall handle und ob eine Drittperson haftbar sei. Auch das Geschlecht, das Alter, der Ausbildungsstand und die Nationalität spielten eine entscheidende Rolle. Ältere und anderweitig «ungünstig positionierte» Personen hätten «vorweg keine Chance, in ein CM-Verfahren eingebunden zu werden». Ihnen bleibe nur der traditionelle Weg der Schadenbearbeitung, sprich: «die normal übliche Streitkultur mit Gerichtsverfahren». (rs)

Quelle: Ruedi Schläppi: *Verkommt «Case Management» zum Schimpfwort? Soziale Medizin 4/04: 12–13.*

Unwirksame Schulungsprogramme

Schulungsprogramme für Patienten mit einer chronischen Erkrankung (Arthritis, Asthma, Diabetes, Hypertension und andere) haben nur einen bescheidenen beziehungsweise im Fall der Arthritis gar keinen positiven Effekt auf krankheitsspezifische Parameter (z.B. Schmerzen, Zuckerspiegel, Blutdruck); der bestehende Effekt scheint vor allem auf eine bessere Compliance zurückzuführen sein. Zu diesen Schlüssen kommt eine Übersichtsstudie (Systematic Review), die Madlaina Scharplatz im «Journal Club» des Horten-Zentrums vorstellt. Allerdings seien die Ergebnisse

mit Vorsicht zu geniessen, weil die untersuchten Primärstudien methodisch stark variierten und viele wichtige Daten nicht erfassten. (rs)

Quelle: Madlaina Scharplatz: *Self-Management-Schulungsprogramme für chronische Krankheiten sinnvoll? Horten-Zentrum für praxisorientierte Forschung und Wissenstransfer, Internet: www.evimed.ch, 22. September 2004.*

Hilfreiche Metakommunikation

Wie sollen Ärzte ihren Patienten und deren Angehörigen niederschmetternde Botschaften kommunizieren? Wie sollen sie ihren zunehmend selbstbewussten Langzeitpatienten begegnen? – Die Verunsicherung in der Kommunikation zwischen Ärzten, Patienten und Angehörigen liegt, wie Ruth Herzog-Diem in einem Workshopbericht schreibt, oft «nicht nur bei den PatientInnen». Hier könnte, meint Herzog-Diem, die Metakommunikation – das Gespräch über die Art der Kommunikation in der Sprechstunde – weiterhelfen. So führte die Tagung «Wie geht es uns heute, Herr Doktor?» für PatientInnen, Angehörige und ÄrztInnen, an der diese Metakommunikation gepflegt wurde, zum Beispiel zur Erkenntnis, dass Langzeitpatienten oft «weniger den wissenden Arzt als den Begleiter, die ZuhörerIn» brauchen – «ein Gegenüber, (...) mit dessen Hilfe sie herausfinden können, was sie stärkt». (rs)

Quelle: Ruth Herzog-Diem: *In Selbsthilfegruppen engagierte PatientInnen wollen partizipieren. Primary Care 47/2004: 948–950.*

Unrentable Blockbusters

Manche Pharmafirmen zweifeln, wie die «Neue Zürcher Zeitung» berichtet, an der Zukunft von «Blockbuster-Präparaten» – Medikamenten, die breit vermarktet und verschrieben werden. Einerseits ist bei diesen Medikamenten (z.B. Schmerzmittel) nämlich das Risiko von Sammelklagen besonders hoch; andererseits haben sie konkurrierenden Produkten oft nur wenig voraus, was möglicherweise die Treue der Kunden und deren Bereitschaft, Therapierisiken einzugehen, schmälert. Zudem be-

fürchten Pharmamanager, dass das US-amerikanische Gesundheitsprogramm «Medicare» für Betagte ab 2006 pro Krankheit nur noch die Kosten für ein oder zwei Präparate erstatten könnte, was «in erster Linie den möglichst breit vermarkteten Präparaten zusetzen» würde. (rs)

Quelle: *Bauchweh bei den Pharmakonzernen. Neue Zürcher Zeitung, 23. Oktober 2004.*

Unsichere Patientensicherheit

An Behandlungsfehlern im Spital sterben in der Schweiz gemäss Schätzungen mehr Menschen als im Strassenverkehr. Das soll offenbar auch so bleiben. Die Stiftung für Patientensicherheit, die Ende 2003 gegründet wurde, um Projekte zur Reduktion von Behandlungsfehlern (z.B. Medikationsfehler) durchzuführen, steht nämlich laut der «Neuen Zürcher Zeitung» möglicherweise bereits wieder vor dem Aus. Während der Geschäftsführer der Stiftung die Patientensicherheit primär für eine Staatsaufgabe halte, sei der Bund weder bereit noch in der Lage, die geforderten Mittel bereitzustellen. (rs)

Quelle: *Keine weiteren Mittel für Patientensicherheit. Neue Zürcher Zeitung, 21. Oktober 2004.*

Keine Generikaförderung

Der neue Tarifvertrag über die leistungsorientierte Abgeltung (LOA) des Verbandes Schweizer Krankenversicherer Santésuisse mit dem Schweizerischen Apothekerverband bringt gemäss den Vertragspartnern Vereinfachungen und mehr Qualität. Gemäss den Konsumentenorganisationen dagegen bringt er für die KonsumentInnen keine Verbesserungen, sondern nur ein erneutes Umgewöhnen sowie – über die Franchise – höhere Kosten. Zudem enthalte er keine zusätzlichen Instrumente zur Generikaförderung, obwohl Santésuisse den alten unter anderem «wegen der mangelhaften Generikasubstitution» gekündigt habe. (rs)

Quellen: *Santésuisse und Schweizerischer Apothekerverband: LOA-Tarifvertrag II genehmigt. Presse-Kommuniqué, 3. November 2004. Und: Stiftung für Konsumentenschutz: Neuer Tarifvertrag LOA II: Kosmetik statt Verbesserungen. Internet: www.konsumentenschutz.ch, 3. November 2004.*

| Datum, Ort | Veranstaltung | Kontaktadresse |
|-------------------------------------|--|--|
| 27.–28. Januar, Freiburg | 7. Nationale Gesundheitsförderungs-Konferenz | Moser Luthiger & Partner Consulting, Silvia Moser Luthiger, Im Leemann 6, 8805 Richterswil. Tel. 043-888 07 81. Fax 043-888 07 82. E-Mail: mlcons@bluewin.ch; Internet: www.gesundheitsfoerderung.ch |
| 2. Februar, Bern | Was sind APDRG? | Institut de santé et d'économie Sarl, Chemin du Croset 7, 1024 Ecublens. Tél. 021-641 05 80. Fax 021-641 05 81. E-Mail: info@isesuisse.ch; Internet: www.isesuisse.ch |
| 11. Februar, Zürich | Elektronische Versicherten- und Gesundheitskarte | Euroforum Handelszeitung Konferenz AG, Postfach, Seestrasse 344, 8027 Zürich. Tel. 01-288 94 52. Fax 01-288 94 71. E-Mail: infoch@euroforum.com; Internet: www.euroforum.ch |
| 22.–23. Februar, Luzern | Luzerner Trendtage Gesundheit: Medizinischer Fortschritt als gesellschaftliche Herausforderung | Forum Gesundheit Luzern, Christof Wicki, Horwerstrasse 87, 6005 Luzern. Tel. 041-318 37 97. Fax 041-318 37 10. E-Mail: info@trendtage-gesundheit.ch; Internet: www.trendtage-gesundheit.ch |
| 24.–26. Februar, Winterthur | Evidence Based Medicine | WIG Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, Im Park, St. Georgenstrasse 70, Postfach 958, 8401 Winterthur. Tel. 052-267 78 97. Fax 052-268 78 97. E-Mail: wig@zhwin.ch; Internet: www.wig.ch |
| 3.–5. März, Berlin (D) | 6. Jahrestagung DNEBM: «10 Jahre EBM in Deutschland – Was hat es gebracht?» | Deutsches Netzwerk evidenzbasierte Medizin e.V., c/o Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Martina Westermann, Wegelystrasse 3, Verbändehaus, D-10623 Berlin. Tel. 0049-30 4005 2539. Fax 0049-30 4005 2555. E-Mail: westermann@azq.de; Internet: www.ebm2005.de |
| 4. März, Bern | 2. Medvantis Forum Gesundheitsmanagement | Medvantis, Sekretariat, Bolligenstrasse 52, 3006 Bern. Tel. 031-340 05 00. Fax 031-340 05 55. E-Mail: info@medvantis.ch; Internet: www.medvantis.ch |
| 10. März, Olten | DRG-Fallkosten-Seminar | FHS – Fachhochschule für Wirtschaft, Technik und Soziale Arbeit, Teufenerstrasse 2, Postfach 630, 9001 St. Gallen. Tel. 071-228 63 28. E-Mail: wbwi@fhsg.ch; Internet: www.fhsg.ch/weiterbildung |
| 12. März, Winterthur | Evidence Based Medicine | WIG (s. oben) |
| 17.–20. März, Basel | 2 nd International Conference «Clinical Ethics Consultation» | Institut for Applied Ethics and Medical Ethics, Nicola Stingelin, Missionsstrasse 21A, 4055 Basel. Tel. 061-260 21 90. Fax 061-260 21 95. Internet: www.iaeme.ch |
| 30. März–1. April, Washington (USA) | International Summit on Redesigning the Clinical Office Practice | IHI Institute for Health Care Improvement, 375 Longwood Avenue, 4 th Floor, Boston MA 02215. Tel. 001-888 320 6937. Fax 001-617 754 4830. Internet: www.ihl.org |
| 7.–8. April, Paris (F) | World Health Care Congress – Europe | World Congress, Pascal Lardier, 500 West Cummings Park, Suite 5200, Woburn, MA 01801. USA. Tel. 001 781-939 2438. Fax 001 781-939 2490. E-Mail: p.lardier@worldcongress.com; Internet: www.worldcongress.com |
| 8.–9. April, Berlin (D) | 10. Nationale Arbeitstagung Telematik im Gesundheitswesen | Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Hindenburgdamm 30, D-12200 Berlin. Tel. 0049-30 8445 4500. Fax 0049-30 8445 4510. E-Mail: info@telemed-berlin.de; Internet: www.telemed-berlin.de |
| 13.–15. April, London (UK) | 10 th European Forum on Quality Improvement in Health Care | European Forum on Quality Improvement in Health Care, BMH Quality, BMA House, Tavistock Square, London WC1H 9JR. Tel. 0044-20 7383 6409. Fax 0044-20 7383 6869. E-Mail: quality@bma.org.uk; Internet: www.quality.bmjpg.com |
| 25. April, Aarau | Zwischen Reformdynamik und Verunsicherung: Bildungsreform im Gesundheitswesen | WE'G, Mühlemattstrasse 42, Postfach, 5001 Aarau. Tel. 062-837 58 58. Fax 062-837 58 69. E-Mail: info@weg-edu.ch; Internet: www.weg-edu.ch |
| 12. Mai, Zürich | 7. Schweizerisches Forum der sozialen Krankenversicherung | RVK RÜCK, Geschäftsstelle, Haldenstrasse 25, 6006 Luzern. Tel. 041-417 01 11. Fax 041-417 01 11. E-Mail: info@rvk.ch; Internet: www.rvk.ch |
| 25. Mai, Zürich | Symposium «Forum Managed Care» | Forum Managed Care, c/o College-M, Freiburgstrasse 41, 3010 Bern. Tel. 031-632 30 26. Fax 031-632 30 25. E-Mail: info@forummanagedcare.ch; Internet: www.forummanagedcare.ch |
| 6.–7. Juni, Zürich | Einführung ins Case-Management | WE'G (s. oben) |
| 8.–10. Juni, San Diego (USA) | 1 st Annual International Summit on Redesigning Hospital Care | IHI Institute for Health Care Improvement (s. oben) |
| 22. Juni, Bern | 2. Schweizerischer Kongress für Gesundheits- und Pharmakoökonomie | Künzi Beratungen, Schachenstrasse 21, Postfach, 4702 Oensingen. Tel. 062-396 10 49. Fax 062-396 24 10. E-Mail: info@kuenzicons.ch; Internet: www.msdc.ch |
| 22.–24. Juni, Aarau | Prozessmanagement im Spital und Heim | Hplus Bildungszentrum, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. E-Mail: bildung@hplus.ch; Internet: www.kurse.hplus.ch |
| 23.–24. Juni, Bern | Swiss Public Health Conference | Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen SGPG, Zentralsekretariat, Effingerstrasse 40, Postfach 8172, 3001 Bern. Tel. 031-389 92 86. Fax 031-389 92 88. E-Mail: info@sgpg.ch; Internet: www.sgpg.ch |

| Datum, Ort | Veranstaltung | Kontaktadresse |
|------------------------------------|--|--|
| 28. August– 1. September, Genf | The 19 th International Congress of the European Federation for Medical Informatics | Symporg SA, Congress Organizers, 7, Avenue Krieg, 1208 Genève. Tél. 022-839 84 84. Fax 022-839 84 85. E-Mail: info@symporg.ch; Internet: www.mie2005.net |
| 20. September, Aarau | Critical Pathways | WE'G (s. oben) |
| 21.–24. September, Berlin (D) | 4. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung | Berliner Zentrum Public Health, TEL 11-4, Ernst-Reuter-Platz 7, D-10587 Berlin. Tel. 0049-30 314 29 001. Fax 0049-30 314 21 578. E-Mail: info@zukunft-gesundheitsversorgung.de; Internet: www.zukunft-gesundheitsversorgung.de |
| 26.–27. September, Zürich | Empowerment in der psychiatrischen Arbeit | WE'G (s. oben) |
| 13.–14. Oktober, München (D) | 4. Europäischer Gesundheitskongress: Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung | Europäischer Gesundheitskongress München, Palisadenstrasse 48, D-10243 Berlin. Tel. 0049-30 4985 5031. Fax 0049-30 4985 5030. E-Mail: info@gesundheitskongress.de; Internet: www.gesundheitskongress.de |
| 25.–28. Oktober, Vancouver (CA) | 22 nd ISQUA-Conference | The International Society for Quality in Health Care ISQUA, Clarendon Terrace, 212 Clarendon Street, East Melbourne, AUS-Victoria 3002. Tel. 0061-39417 6971. Fax 0061-39417 6851. E-Mail: isqua@isqua.org; Internet: www.isqua.org |
| 10.–12. November, Graz (A) | EUPHA-Konferenz: Promoting the Public's Health | EUPHA 2005 Local Organisation Office, c/o Dorli Kahr-Gottlieb, Universitätslehrgang Public Health, Universitätsplatz 4/3, A-8010 Graz. Tel. 0043-316 380 7772. Fax 0043-316 380 9668. E-Mail: dorothea.kahrgottlieb@mediuni-graz.at; Internet: www.eupha.org |

| Datum, Ort | Weiter- und Fortbildung | Kontaktadresse |
|---|---|---|
| Beginn: 5. März (90 Tage), Lüneburg (D) | Management ambulanter und integrierter medizinischer Versorgung | Universität Lüneburg, Zentrum für wissenschaftliche Weiterbildung (ZWW), Scharnhorststrasse 1, D-21335 Lüneburg. Tel. 0049-4131 78 1280. Fax 0049-4131 78 1282. E-Mail: zww@uni-lueneburg.de; Internet: www.uni-lueneburg.de/zww/mbapraaxis |
| Beginn: 10. März (13 Tage), Winterthur | Gesundheitssystem und Gesundheitspolitik Schweiz und Ausland | WIG (s. oben) |
| 14. März–10. Juni, Basel | Health Care and Management in Tropical Countries | Swiss Tropical Institute, Course Secretariat, Socinstrasse 57, P.O. Box, 4002 Basel. Tel. 061-284 82 80. Fax 061-284 81 06. E-Mail: courses-sti@unibas.ch; Internet: www.sti.ch |
| Beginn: 11. April (25 Tage), Einsiedeln | Führen in einem Gesundheitszentrum | Hplus (s. oben) |
| 23.–27. Mai, Lausanne | Your Future in Health Care: Matching Costs and Benefits | Isabelle Chapuis, Executive Education, Institute of Health Economics and Management IEMS, Université de Lausanne, César-Roux 19, 1005 Lausanne. Tél. 021-314 49 86. Fax 021-314 69 11. E-Mail: executive.health@unil.ch; Internet: www.hec.unil.ch/iems |
| 13. Juni–1. Juli, Basel | Health District Management: Planning and Programme Design | Swiss Tropical Institute (s. oben) |
| Beginn: 13. Juni (40 Tage), Aarau | Interdisziplinäre Führung | Hplus (s. oben) |
| Beginn: 25. Juni (23 Tage), Aarau | Qualitätsmanagement im Gesundheitsunternehmen | Hplus (s. oben) |
| Beginn: 19. August (12 Tage), Winterthur | Medizin- und Spitalinformatik | WIG (s. oben) |
| Beginn: 31. August, Bern (18 Tage) | Wirksam managen im Gesundheitswesen | College-M, Freiburgstrasse 41, 3010 Bern. Tel. 031-632 30 26. Fax 031-632 30 25. E-Mail: info@college-m.ch; Internet: www.college-m.ch |
| 31. August–3. Sep- tember, Heiden | Strategisches Prozessmanagement | Universität St. Gallen, Institut für Betriebswirtschaft, IfB Management-Seminare, Dufourstrasse 40a, 9000 St. Gallen. Tel. 071-224 23 68. Fax 071-224 28 84. E-Mail: ifbseminare@unisg.ch; Internet: www.ifb.unisg.ch/weiterbildung |
| Beginn: 27. Oktober (12 Tage), Winterthur | Gesundheitswissenschaft | WIG (s. oben) |
| Beginn: Oktober (23 Tage), Aarau | Transkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen | WE'G (s. oben) |

Hinweise erwünscht:

Hinweise auf Publikationen und Veranstaltungen rund um Managed Care, Care Management und Public Health senden Sie bitte an: Redaktion «Managed Care», Stampfenbrunnstrasse 40, 8048 Zürich. Fax 01-431 73 56. E-Mail: b.casanova@rosenfluh.ch. Über die Aufnahme in die Hinweisseite entscheidet die Redaktion.

Fehlende Daten zur Mindestversorgung

In der Schweiz fehlt die Datengrundlage, um den Bedarf für die ambulante Mindestversorgung zu prognostizieren. Dies ist das Resultat von Stefan Spychers Studie im Auftrag des Obsan zur Prognose und Planung der ambulanten Gesundheitsversorgung. Dabei ist gemäss Spycher zu erwarten, dass «der Bund und die Kantone bereits 2005 beauftragt werden, die ambulante Mindestversorgung zu garantieren».

Die Studie zeigt ein komplexes Bild der Literatur aus dem In- und Ausland: Umstritten ist, ob eine Planung der ambulanten Versorgung überhaupt notwendig ist. Will man denn planen, so gibt es keine Goldstandards für die Prognose als Grundlage der Planung. Vielmehr existieren viele Methoden nebeneinander, alle mit Vor- und Nachteilen. Es zeigt sich, dass das Verhältnis «Anzahl Einwohner pro Arzt», obwohl methodisch problematisch, politisch am meisten auf Akzeptanz stösst. Auch die fünf Experten, mit denen Spycher gesprochen hat, sind sich uneinig darüber, ob und wie geplant werden soll: Eine Mindestplanung sei sinnvoll, aber nur, wenn auch der stationäre Bereich berücksichtigt werde. Kantone als Planungseinheiten werden in Frage gestellt. (bc)

Quelle: Stefan Spycher: Prognose und Planung in der ambulanten Gesundheitsversorgung. Arbeitsdokument Nr. 5 des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Oktober 2004, Neuenburg.

Wirtschaftlichkeit und Qualität in der Arztpraxis

Allseits akzeptierte und objektive Systeme zur Messung der Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Arztpraxis gibt es nicht. So lautet das Fazit von Claudia Eisenring und Kurt Hess in ihrer Studie im Auftrag des Obsan. Dies sei so, weil bei den beteiligten Akteuren (Ärzte, Patienten, Versicherer) tief greifende Unvereinbarkeiten bestehen bezüglich Zielen und Systemanforderungen.

Die beiden AutorInnen stellen in ihrem Bericht die gängigen Methoden zur Wirtschaftlichkeitsmessungen vor, vom Durchschnittskostenvergleich von Santésuisse bis zum

Ärzttering der Helsana. Und sie beschreiben die Qualitätsmesssysteme aus der Schweiz und einige aus dem Ausland, von Swisspep bis zu den AOK-Qualitätsindikatoren.

Neue Regulative könnten die Unvereinbarkeiten bei den Akteuren nicht überbrücken, schliessen die AutorInnen. Deshalb schlagen sie vor, die Anreize für ÄrztInnen, PatientInnen und Versicherer umzukehren, um Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Arztpraxis zu erreichen. (bc)

Quelle: Claudia Eisenring, Kurt Hess: Wirtschaftlichkeit und Qualität in der Arztpraxis. Arbeitsdokument Nr. 8 des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Neuenburg 2004.

Positive Devianz als Vorbild

Auch unter prekären Lebensbedingungen finden sich immer wieder Menschen, die erstaunlich gesund sind – sie leiden an weniger Infektionskrankheiten oder sind besser ernährt als ihre Mitmenschen. Sie haben meist ein von ihrer Umgebung abweichendes Verhalten entwickelt, das ihnen Vorteile bringt (positive Devianz). Wenn dieses positiv abweichende Verhalten als Vorbild für die unmittelbare Umgebung dient, so kann dies dazu beitragen, die Gesundheit einer ganzen Gemeinde zu verbessern. Dazu ist es nötig, die «Abweichler» zu identifizieren, ihnen den Auftrag zu geben und sie auch dabei zu unterstützen, ihre Mitmenschen über ihr gesundes Verhalten aufzuklären.

Das Prinzip der «positiven Devianz» wurde in Drittweltländern entwickelt. Eine in der Umgebung erprobte positiv abweichende Verhaltensweise, welche meist nichts kostet und einfach praktikabel ist, wird dabei bottom-up verbreitet. Da die Lösung von Menschen kommt, welche unter den gleichen sozioökonomischen Bedingungen leben wie die Interventionsgruppe, wird sie auch gut akzeptiert. Das Prinzip der positiven Devianz ist bei grundsätzlichen Hygieneregeln und bei Ernährungsfragen erfolgreich erprobt worden und funktioniert offenbar auch für Verhaltensregeln zu «safer sex». (bc)

Quelle: David R. Marsh et al.: The power of positive deviance. In: British Medical Journal 329, Seite 1177–1179. 13. November 2004.

VORSCHAU

Schwerpunktthema:
CASE-MANAGEMENT HEUTE

Erscheinungsdatum: 25. Februar 2005

CM: Konzept und Anwendungen

Praxis- und Weiterbildungsstandards

Ethik: Case-Manager in Doppelrolle

Erfolgsmessung

Professionalisierung

Finanzierung von CM

Drei Case-Manager und ein Fall

Erfahrungen von Klientinnen

**Persönliche Assistenz:
Lösungen in Europa**

Ins Alters- und Pflegeheim im grenznahen Ausland?

Grundsätzlich dürfen Gemeinden ihre EinwohnerInnen in grenznahen Alters- und Pflegeheimen unterbringen – so beginnt die Antwort des Bundesrats vom 1. September 2004 auf eine Anfrage des Schaffhauser Nationalrats Hans-Jürg Fehr. Grenzüberschreitende Kooperationsverträge mit Pflegeheimen dürfen jedoch nicht abgeschlossen werden, so der Bundesrat, wenn es sich um Leistungen aus dem KVG handelt. Denn dies widerspricht dem Territorialprinzip. Und auch Ergänzungsleistungen zur AHV oder IV fallen weg, sobald der Wohnsitz oder Aufenthalt in der Schweiz nicht gegeben ist. Immerhin rund die Hälfte der HeimbewohnerInnen in der Schweiz bezieht solche Ergänzungsleistungen. Das heisst konkret: Schaffhauser Grenzgemeinden können keine Kooperationen mit den deutschen Nachbargemeinden eingehen, wie es für sie interessant gewesen wäre, sondern müssen in eigene Kapazitäten investieren. (bc)

Quelle: Parlamentarische Vorstösse, Gesundheitswesen. In: Soziale Sicherheit Nr. 5/2004. Seite 314.