

# managed care



2 • 2004  
27. Februar

## Betreuungsmanagement bei Querschnittlähmung

Statistik der stationären Behandlung bei Querschnittlähmung  
in der Schweiz

Ganzheitliche Rehabilitation von Querschnittgelähmten

Mehrdimensionales Assessment als Grundlage für Evidence  
based Medicine in der Paraplegiologie

«Rehabilitation ist ein lebenslanger Anpassungs- und  
Emanzipationsprozess» – ein Erfahrungsbericht

Berufliche Wiedereingliederung von Querschnittgelähmten –  
das Modell des IBF und ein Fallbeispiel

Lebenslange Nachbetreuung – das Leben zu Hause

Was können wir von der Paraplegiologie lernen?

Hinweise zur Gründung vernetzter Versorgungsstrukturen im  
Gesundheitswesen aus betriebswirtschaftlicher Sicht

Rette sich, wer will?

[www.fmc.ch](http://www.fmc.ch)

en français:

[www.managedcareinfo.net](http://www.managedcareinfo.net)

# Betreuungsmanagement bei Querschnittlähmung – ein Modell für wirksame Prozessintegration?

**Christian A. Ludwig**

Eine Querschnittlähmung als Folge eines Unfalles oder einer Krankheit ist für den betroffenen Menschen ein brutales Erlebnis mit tief greifenden Folgen. Früher war an eine Reintegration in die Arbeitswelt gar nicht zu denken, und die Lebenserwartung war eingeschränkt. Demgegenüber verläuft die Wiedereingliederung von Paraplegikerinnen und Paraplegikern heutzutage meist erfolgreich. Dies mag erstaunen, ist doch trotz jahrzehntelanger Forschung eine ursächliche medizinische Therapie des Rückenmarkschadens noch immer nicht gefunden. Weshalb werden trotzdem solch hervorragende Betreuungsergebnisse erzielt? Was ist das Erfolgsrezept der Paraplegiologen?

In der vorliegenden Ausgabe von «Managed Care» gehen wir diesen Fragen nach. Als Autoren konnten ein direkt Betroffener sowie ärztliche Entscheidungsträger und Spezialisten aus allen drei Paraplegiezentren der deutschen Schweiz gewonnen werden. Ihre Artikel widmen sich einzelnen Prozessschritten, die in der Betreuung von Querschnittgelähmten durchlaufen werden, und sie beschreiben die jeweiligen Versorgungsmerkmale. Eröffnet wird das Schwerpunktheft durch eine vergleichende Statistik der stationären Einrichtungen für Paraplegiepatienten, die Ihnen als Leserin oder Leser den Überblick erleichtern soll. Abschliessend beschreibt Hans Peter Gmünder – Chefarzt und Medizinischer Direktor der Rehaklinik Bellikon und vorher selber während Jahren paraplegiologisch tätig – zusammenfassend die Erfolgsfaktoren im Betreuungsmanagement bei Querschnittlähmung.

Uns allen ist klar, dass in der Schweiz dank reichlichen Spendengeldern besonders gute Voraussetzungen für die Betreuung von Paraplegiepatienten vorhanden sind. Entscheidend ist aber, was man mit solchen Ressourcen macht. Wie Sie als Leserin oder Leser erkennen werden, hängt wirkungsvolles Betreuungsmanagement nicht nur von teuren High-tech-Einrichtungen ab, sondern zu einem wesentlichen Teil von einer wohl orchestrierten Zusammenarbeit aller Beteiligten. Ich bin überzeugt, dass dieser Einblick in ein hoch spezialisiertes Versorgungssystem es Ihnen erlauben wird, das Potenzial einer sektorenübergreifenden Vernetzung zu erkennen und Ideen für Prozessinnovationen zu gewinnen, die sich auch auf andere Tätigkeitsfelder übertragen lassen.



Christian A. Ludwig

**Dr. med. Christian A. Ludwig, M.H.A.**

Chefarzt der

Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt,

Luzern

Mitglied des Redaktionsausschusses

der Zeitschrift «Managed Care»

E-Mail: christian.ludwig@suva.ch

SCHWERPUNKTTHEMA:  
BETREUUNGSMANAGEMENT BEI QUERSCHNITTLÄHMUNG

- 4** ..... **Statistik der stationären Behandlung bei Querschnittlähmung in der Schweiz**  
Stephan Eberhard  
Was leisten die fünf Paraplegikerzentren der Schweiz? Der Beitrag vermittelt, basierend auf den verfügbaren Daten, einen Eindruck vom Leistungsspektrum, und er zeigt Datenlücken auf.
- 8** ..... **Die fünf Paraplegikerzentren der Schweiz im Überblick**  
Merkmale und Angebot der fünf Paraplegikerzentren in Sion, Genf, Zürich, Basel und Nottwil – Ergebnisse einer Umfrage, tabellarisch dargestellt
- 10** ..... **Ganzheitliche Rehabilitation von Querschnittgelähmten**  
Dieter Michel  
Die ganzheitliche Betreuung von Querschnittgelähmten beginnt im Idealfall unmittelbar nach Eintritt der Verletzung, und sie reicht von der Erstversorgung und Erstrehabilitation bis hin zur lebenslangen Nachbetreuung.
- 13** ..... **Mehrdimensionales Assessment als Grundlage für Evidence based Medicine in der Paraplegiologie**  
Volker Dietz und Armin Curt  
Ein frühzeitiges mehrdimensionales Assessment ist Voraussetzung für eine evidenzbasierte Rehabilitationsplanung. Der Beitrag zeigt auf, welche Untersuchungsmethoden und Erfassungsinstrumente dabei zum Einsatz kommen.
- 16** ..... **«Rehabilitation ist ein lebenslanger Anpassungs- und Emanzipationsprozess» – ein Erfahrungsbericht**  
Fritz Vischer  
Was bedeutet «Rehabilitation bei Querschnittlähmung» für Betroffene? – Der Autor berichtet über seine 26-jährigen Erfahrungen und über jene seines Zimmergenossen aus der Erstrehabilitation.
- 18** ..... **Berufliche Wiedereingliederung von Querschnittgelähmten – das Modell des IBF**  
Karl Emmenegger  
Das Institut für Berufsfindung (IBF) der Schweizer Paraplegiker-Vereinigung kann eine eindrucksvolle Erfolgsbilanz vorweisen. Welches ist seine Strategie?
- 21** ..... **Eingliederung oder Rente? – ein Fallbeispiel**  
Fritz Vischer  
Sich mit einer Querschnittlähmung in der heutigen Arbeitswelt zu behaupten, ist alles andere als einfach, wie der Fall von Fritz Vischer zeigt.
- 22** ..... **Lebenslange Nachbetreuung bei Menschen mit Querschnittlähmung – das Leben zu Hause**  
Mark Mäder und Regula Spreyermann  
In der Paraplegiologie hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass regelmässige Kontrolluntersuchungen durch das spezialisierte Ambulatorium ein wichtiges Mittel sind, um Komplikationen frühzeitig zu erkennen und sie bestenfalls zu verhindern.
- 26** ..... **Was kann das schweizerische Gesundheitswesen von der Paraplegiologie lernen?**  
Hans Peter Gmünder  
Warum ist die Rehabilitation von Querschnittgelähmten in der Schweiz so oft erfolgreich? – Sechs mögliche Erklärungen.

INTEGRIERTE VERSORGUNG

- 30** ..... **Wie entstehen vernetzte Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen? – Hinweise zum Gründungsmanagement aus betriebswirtschaftlicher Sicht**  
Günther E. Braun  
Netzwerke werden im Gesundheitswesen künftig eine immer wichtigere Rolle spielen. Doch Netzwerke sind fragile Organisationen; bei ihrer Gründung und Weiterentwicklung ist Sorgfalt geboten.

## VERANSTALTUNGSBERICHT

34

**Rette sich, wer will?**

Rita Schnetzler

Bericht über den Kongress «13 Jahre Managed Care in der Schweiz: eine vorausschauende Standortbestimmung» vom 14. November 2003 in Bern.

## RUBRIKEN

28

**Kolumne**

Der Weg ist da – wo ist der Wille? (Von Martin D. Denz, Mitglied des Redaktionellen Beirats der Zeitschrift «Managed Care»)

29

**Seite von med-swiss.net**

Med-swiss.net: Tagesgeschäft und Visionen

37

**Resonanz**

Forschung nahe an der Praxis • Personal abgeworben • Medizin schafft Behinderungen • Unsoziale Praxis • Gesundheit des Shareholder-Values

38

**Veranstaltungskalender**

Veranstaltungen/Weiter- und Fortbildung

40

**In Kürze**

IV: Eingliederungsspezialistin statt Rentenzahlstelle • Sozioökonomischen Status in Guidelines einbeziehen • Erstes Patientengesetz in Zürich • Blick auf Versorgungssysteme ••• Vorschau: Angehörigenpflege

managed  
careSchweizer 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 Ricka, Stefan Schindler, Hans Schmidt, Heidi Schriber, Ruedi Wartmann, Mechthild Willi Studer, Rolf Zwygart

**Redaktionsausschuss:**

Georges Ackermann, Richard Altorfer, Christian A. Ludwig, Christian Marti, Heidi Schriber, Ruedi Wartmann

**Betreuung des Schwerpunktthemas:**

Christian A. Ludwig

**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  
Claudia Mascherin  
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  
RedaktionssekretariatDiese Zeitschrift wird im  
EMBASE/Excerpta Medica indiziert.

8. Jahrgang; ISSN 1422-6618

© Copyright by Rosenfluh  
Publikationen NeuhausenManaged Care und MCCM sind eingetragene  
Marken  
Nachdruck nur mit Genehmigung des Verlags.  
Für unaufgefordert eingehende Manuskripte  
übernimmt der Verlag keine Verantwortung.

# Statistik der stationären Behandlung bei Querschnittslähmung in der Schweiz

**Im sich verändernden Umfeld des Gesundheitswesens sind auch die schweizerischen Paraplegikerzentren einem Druck zur Veränderung ausgesetzt. Die hier präsentierte Statistik der Paraplegikerzentren ergibt einen Eindruck vom bisherigen und möglichen zukünftigen Leistungsspektrum der Paraplegiologie in der Schweiz. Sie zeigt aber auch, dass wichtige Angaben fehlen, sodass Schlussfolgerungen und Quervergleiche nur sehr beschränkt zulässig sind.**

**Stephan Eberhard**

In der Schweiz gibt es fünf Paraplegikerzentren: das Schweizer Paraplegikerzentrum (SPZ) Nottwil, das REHAB Basel – Zentrum für Querschnittgelähmte und Hirnverletzte, das Paraplegikerzentrum der Universitätsklinik Balgrist in Zürich (PZ Balgrist), den Service de Rééducation (SR) des Universitätsspitals Genf (SR Genf) sowie die Clinique Romande de Réadaptation in Sion (CRR Sion)<sup>1</sup>. Im Jahr 2002 wurden in diesen fünf Paraplegikerzentren insgesamt 1425 Patientinnen und Patienten stationär behandelt. Dabei

handelt es sich um mindestens 327 Fälle von neu aufgetretener Querschnittslähmung nach Unfall oder nach Krankheit (wobei aus den Angaben der Paraplegikerzentren in Sion und in Genf die Zahl der neu aufgetretenen Querschnittslähmungen nicht ersichtlich ist) sowie um Re-Rehabilitationen und Komplikationsbehandlungen.

## Datengrundlage

Wer die Statistiken der fünf Paraplegikerzentren der Schweiz vergleichen will, sieht sich in der praktischen Umsetzung dieses Vorhabens einigen Hindernissen gegenüber. Es existiert in der Schweiz keine einheitliche Form der Statistik. Die in den Jahresberichten publizierten Daten dienen den Zentren zur Kommunikation der eigenen Leistungen und der eigenen Leistungsfähigkeit. Detailliert fallen die in den Jahresberichten publizierten Statistiken des Paraplegikerzentrums Balgrist, der Clinique romande de réadaptation in Sion und des SPZ Nottwil aus. Leider weist die Klinik in Sion in ihrem umfangreichen Jahresbericht nur die Gesamtzahl behandelter Paraplegiker, die Anzahl Pflage tage und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer aus. Knapp fällt die Statistik der Clinique de Rééducation des Kantonsspitals Genf aus. Das REHAB Basel publiziert in der Regel keine Statistik, für diese Abhandlung wurden mir aber freundlicherweise Daten zur Verfügung gestellt.

Für die weiteren Ausführungen wurden ausschliesslich die von den verschiedenen Zentren publizierten oder mir zur Verfügung gestellten Daten berücksichtigt. Eine ausführliche Re-



Stephan Eberhard

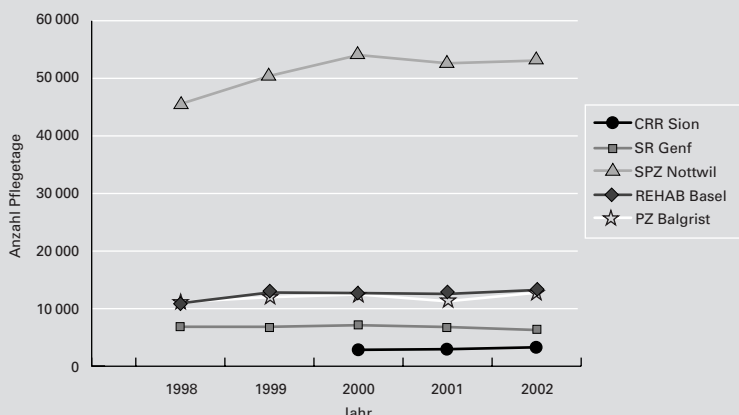
cherche zur Ergänzung der fehlenden Daten hätte den Rahmen dieser Abhandlung gesprengt. Es entsteht aber so ein Eindruck davon, was sich aufgrund der vorhandenen Daten aussagen lässt und wo eine einheitlichere Datenerhebung Lücken schliessen könnte.

## Pflage tage

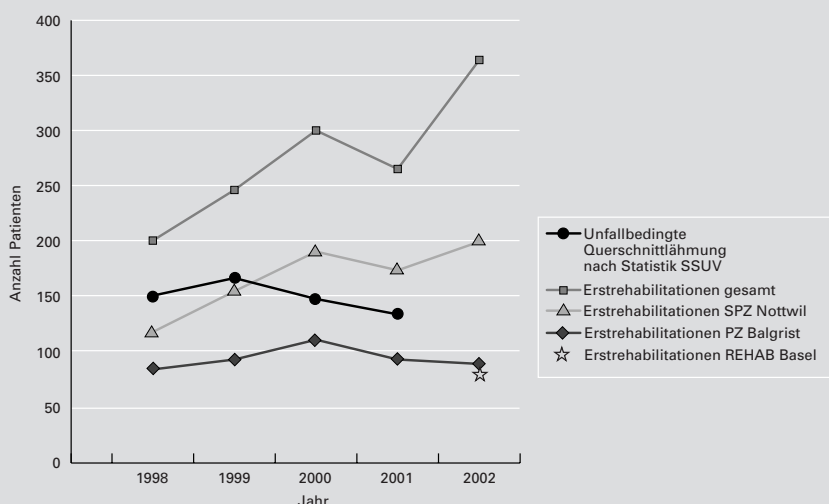
Die Paraplegikerzentren Nottwil, Genf, Sion, Basel und Balgrist leisteten 2002 zusammen 88 862 Pflage tage, wobei der Hauptanteil von über 53 000 Pflage tagen auf das SPZ Nottwil entfällt (CRR Sion: 3291, PZ Balgrist: 12 771, REHAB Basel: 13 242, SPZ Nottwil: 53 088, SR Genf: 6290). Die Entwicklung der Pflage tage in den fünf Zentren wird aus der *Abbildung 1* ersichtlich. In den letzten drei Jahren war die Gesamtzahl der Pflage tage in der Paraplegiologie einigermaßen konstant.

<sup>1</sup> Anmerkung der Redaktion: Weitere Angaben zu den genannten Institutionen finden Sie in der Tabelle «Die fünf Paraplegikerzentren der Schweiz im Überblick» im Anschluss an diesen Artikel.



Abbildung 1: **Pflegetage der schweizerischen Paraplegikerzentren**

 Abbildung 2: **Erstrehabilitationen**

Zahl der Erstrehabilitationen im SPZ Nottwil und im PZ Balgrist von 1998 bis 2002 und im REHAB Basel (nur 2002) sowie Gesamtzahl der Erstrehabilitationen in den drei Zentren, verglichen mit der Gesamtzahl der unfallbedingten Querschnittslähmungen in der Schweiz.



## Betten

Die Paraplegikerzentren der Schweiz stellten 2002 insgesamt 257 Betten zur Behandlung von Querschnittgelähmten zur Verfügung (SPZ Nottwil: 140, PZ Balgrist: 38, REHAB Basel: 39, CRR Sion: 16, SR Genf: 24). In den letzten fünf Jahren sind insgesamt 52 neue Betten geschaffen worden: 36 Betten 1998 im SPZ Nottwil und 16 Betten 1999 durch die Eröffnung der Clinique Romande de Réadaptation in Sion.

## Hospitalisationsdauer

Bei der Betrachtung der Hospitalisationsdauer interessiert primär die

durchschnittliche Dauer der Erstrehabilitationen. Zahlen hierzu wurden nur von den Paraplegikerzentren Balgrist (2002: durchschnittlich 96 Tage) und Nottwil (2002: Paraplegiker: durchschnittlich 144 Tage, Tetraplegiker: durchschnittlich 194 Tage) publiziert. Beim Vergleich dieser Zahl zwischen den einzelnen Zentren ist aber Vorsicht geboten, denn die genaue Ursache und die Schwere der Querschnittslähmung sowie individuelle Probleme in der Akutbehandlung und in der Rehabilitation im Einzelfall sind der Statistik nicht zu entnehmen.

Die anderen drei Paraplegikerzen-

ten geben die durchschnittliche Aufenthaltsdauer aller behandelten Patientinnen und Patienten (Erst- und Re-Rehabilitationen) an. Sie lag im Jahr 2002 zwischen 37 und 62 Tagen und schwankte in den letzten fünf Jahren insgesamt zwischen 32 und 62 Tagen. Diese Zahlen sind ohne Kenntnis des zugrunde liegenden Patientenmix weder zu bewerten noch zu vergleichen.

## Krankheit oder Unfall als Ursache?

Im Paraplegikerzentrum Balgrist stieg die Zahl der wegen krankheitsbedingtem Neuauftreten einer Querschnittslähmung behandelten Patienten in den letzten fünf Jahren kontinuierlich von 44 (53% aller Erstrehabilitationen) im Jahr 1998 auf 66 (66% aller Erstrehabilitationen) im Jahr 2002 an. Im Paraplegikerzentrum Nottwil zeigt sich ebenfalls eine Zunahme krankheitsbedingter Querschnittslähmungen von 55 Fällen 1998 auf 74 Fälle 2002. Im REHAB Basel betrug der Anteil der krankheitsbedingten Querschnittslähmungen im Jahr 2002 40 Prozent (93 Personen) und 2001 39 Prozent (88 Personen).

Interessant ist in diesem Zusammenhang eine Zahl, die der Statistik der Unfallversicherungen UVG (SSUV)<sup>2</sup> zu entnehmen ist: Seit 1995 ist gemäss dieser Statistik die Zahl der unfallbedingten Querschnittslähmungen von 238 Betroffenen im Jahr 1995 auf 133 Betroffene im Jahr 2001 zurückgegangen.

## Anteil Erstrehabilitationen

Die Zahl der Erstrehabilitationen in den letzten fünf Jahren liegt im Paraplegikerzentrum Balgrist konstant zwischen 80 und 110 Personen pro Jahr; im Paraplegikerzentrum Nottwil zeigt sich in der gleichen Periode ein deutlicher Zuwachs von 117 Personen (1998) auf 199 Personen

<sup>2</sup> Obligatorisch versichert sind nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) die in der Schweiz beschäftigten Arbeitnehmer, einschliesslich der Heimarbeiter, Lehrlinge, Praktikanten, Volontäre sowie der in Lehr- oder Invalidenwerkstätten tätigen Personen (UVG Art. 1a). Für Unfälle, die nicht nach dem UVG gedeckt sind, ist die Krankenversicherung zuständig (KVG Art. 1 und Art. 8, Abs. 2); diese Unfälle sind in der Statistik der Unfallversicherungen UVG (SSUV) nicht erfasst.

Tabelle:

### Vorschlag für einen einheitlichen Datensatz zur statistischen Erfassung der stationären Leistungen der schweizerischen Paraplegikerzentren

Statistische Daten	Genauere Angaben
<b>Erstrehabilitationen</b>	Akut- und Rehabilitationsbehandlung nach Eintreten der Querschnittlähmung
Unfallbedingte Querschnittlähmung	Freizeit, Verkehr, Arbeit, Suizid
Krankheitsbedingte Querschnittlähmung	Skelettdegeneration, Neurodegeneration, Infektion, Gefässe, anderes
Aufenthaltsdauer	Dauer der Akut- und Rehabilitationsbehandlung im Paraplegikerzentrum
Alter der Patienten	z.B. < 10, 10–19, 20–29, 30–39, 40–49, 50–65, > 65 Jahre
Rehabilitationsergebnis	Entlassung nach Hause, Entlassung in betreute Wohnsituation Arbeitstätigkeit, IV-Rente, AHV-Rente, Selbstständigkeit (z.B. SCIM <sup>3</sup> )
<b>Re-Rehabilitationen</b>	Rehabilitationsbehandlung nach abgeschlossener Erstrehabilitation
Komplikationsbehandlungen	Stationäre Behandlungen zur Therapie einer paraplegiebedingten Komplikation (z.B. Dekubitus, urologische Probleme, Schmerzen, Frakturen)
Aufenthaltsdauer	Dauer der Re-Rehabilitationsbehandlungen Dauer der Komplikationsbehandlungen

(2002). Fürs REHAB Basel liegt nur die Zahl des Jahres 2002 vor; sie liegt bei 77 Erstrehabilitationen. Die *Abbildung 2* zeigt den Verlauf der Anzahl Erstrehabilitationen in den letzten fünf Jahren. Ebenfalls aufgeführt ist in dieser *Abbildung* die (steigende) Gesamtzahl der Erstrehabilitationen in den drei Zentren, von denen Zahlen vorliegen, sowie die (sinkende) Gesamtzahl der unfallbedingten Querschnittlähmungen im Bereich UVG.

#### Kommentar

Aufgrund der oben geschilderten Datenlage sind Vergleiche zwischen den schweizerischen Paraplegikerzentren zurzeit, wenn überhaupt, nur mit grösster Vorsicht möglich. Die einzige von allen Zentren in Erfahrung zu bringende Zahl ist die Anzahl Pflage tage. Da aus den einzelnen Statistiken nicht mit letzter Sicherheit hervorgeht, wie die Zahlen genau erhoben wurden, ist auch hier eine Interpretation nur bedingt

möglich. Für die letzten drei Jahre zeigt sich aber keine Zunahme der Anzahl Pflage tage.

Bei allen Zentren fehlen die Angaben zum Rehabilitationsergebnis. Ebenso lässt sich die Zusammensetzung des Patientenmix nur aus den Daten des SPZ Nottwil und jenen des Paraplegikerzentrums Balgrist einigermaßen zuverlässig ableiten.

«Um zukünftig vernünftige Vergleiche durchführen zu können, ist eine einheitliche Statistik anzustreben.»

Leider lässt die vorliegende Datenbasis auch keinen Vergleich der durchschnittlichen Dauer der stationären Behandlung zu. Die einen Zentren geben die durchschnittliche Aufenthaltsdauer an, die andern machen nur Angaben zur Dauer der Erstrehabilitationen. Obschon sich die Dauer des stationären Aufenthalts auf den ersten Blick als Kriterium für den Leistungsvergleich ge-

radezu anzubieten scheint, lassen sich die Aufenthaltsdauern nur vergleichen, sofern man den zugrunde liegenden Patientenmix kennt und sicher sein kann, dass die Kollektive vergleichbar sind.

Die wesentlichste Erkenntnis aus der Analyse der vorliegenden Daten ist meiner Ansicht nach die Feststellung, dass die Zahl der krankheitsbedingten Querschnittlähmungen zunimmt; am Paraplegikerzentrum Balgrist machen sie bereits mehr als 60 Prozent aller Erstrehabilitationen aus.

Die Behandlung krankheitsbedingter Querschnittlähmungen stellt veränderte Anforderungen an die Paraplegikerzentren, die Sozialversicherungen und die Kostenträger. Erschwerend kommt für die durch Krankheit querschnittgelähmten Patientinnen und Patienten hinzu, dass sie, auch wenn sie Mitglied der Schweizer Paraplegikerstiftung (SPS) sind, keinen Anspruch auf die Soforthilfe dieser Stiftung haben, da diese nur im Fall einer unfallbedingten Querschnittlähmung ausgeschüttet wird.

Parallel dazu nimmt die Anzahl der in der SSUV-Statistik erfassten unfallbedingten Querschnittlähmungen seit 1995 kontinuierlich ab (siehe *Abbildung 2*).

Es ist deshalb davon auszugehen, dass die Paraplegikerzentren das Wissen in ihren Kernbereichen zukünftig auch anderen Patientengruppen zur Verfügung stellen können (z.B. zur Rehabilitation bei neurogen gestörter Blase oder neurogen gestörtem Darm, zur Dekubitusbehandlung, zur Hilfsmittelversorgung, fürs Gehtraining usw.).

Bei besserer medizinischer Versorgung werden Querschnittgelähmte ausserdem zunehmend älter. Mit dem Alter häufen sich die Komplikationen wie Dekubitalulzera (Druckgeschwüre) oder Frakturen (Knochenbrüche) bei Osteoporose, die wiederum eine oft langwierige stationäre Behandlung in spezialisierten Zentren nach sich ziehen. Das zunehmende Alter erklärt vermutlich, zusammen mit der steigenden Anzahl krankheitsbedingter Querschnittlähmungen, warum die

<sup>3</sup> Spinal Cord Independence Measure (SCIM): Instrument zur standardisierten Erfassung der Aktivitäten des täglichen Lebens bei Querschnittlähmung.

Zahl geleisteter Pflage tage in den letzten drei Jahren trotz Rückgang der unfallbedingten Querschnittslähmungen nach UVG gleich geblieben ist.

Die gleich gebliebene Zahl der Pflage tage in den letzten drei Jahren kann so interpretiert werden, dass eine Mengenausweitung im Bereich der stationären Paraplegiologie in der Schweiz zurzeit nicht stattfindet. Das vorhandene Angebot scheint aber konstant genutzt zu werden.

Um zukünftig vernünftige Vergleiche und allenfalls ein Benchmarking zwischen den verschiedenen Paraplegikerzentren durchführen zu können, ist eine einheitliche Statistik der Paraplegikerzentren der Schweiz anzustreben. Eine Diskussionsgrundlage dazu soll die nebenstehende *Tablelle* liefern. ■

Autor:

**Dr. Stephan Eberhard**

Universitätsklinik Balgrist

Paraplegikerzentrum

Forchstrasse 340

8008 Zürich

E-Mail:

stephan.eberhard@balgrist.ch

Quellen:

Jahresberichte SPZ Nottwil, 1998 bis 2002

Jahresberichte Universitätsklinik Balgrist, 1998 bis 2002

Interne Statistik Paraplegikerzentrum Balgrist, 1998 bis 2002

Statistische Angaben Frau C. Frey, REHAB Basel, 1998 bis 2002

Statistische Angaben Prof. Dr. A. Schnider, Service de Rééducation, Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)

Statistik der Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherungen UVG (SSUV)

Dank:

Prof. Dr. A. Schnider, Médecin-Chef de Service de Rééducation, Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)

Frau C. Frey, Administrative Direktorin, REHAB Basel

Dr. Stefan Scholz-Odermatt, Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherungen (SSUV)

## 6. Schweizerisches Forum der sozialen Krankenversicherung

Donnerstag, 13. Mai 2004, 09.30 bis 16.00 Uhr  
Kongresshaus Zürich



Jetzt  
anmelden:  
www.rvk.ch

### Solidarität im Clinch zwischen Politik und Wettbewerb?

Perspektiven für eine sozialverträgliche Finanzierung unseres Gesundheitswesens

Top-Referentinnen und -Referenten geben einen Überblick über die Entwicklung in Europa und der Schweiz, erläutern die gesellschaftlichen Folgen, zeigen Grenzen und Lösungsmöglichkeiten auf.

#### Prof. Dr. Robert E. Leu: Planung oder freier Markt im Gesundheitswesen?

*International tätiger Experte für Gesundheitswesen und Sozialpolitik*

#### Prof. Dr. Roger Zäch: Wieviel Staat braucht der Wettbewerb oder umgekehrt?

*Vizepräsident der Wettbewerbskommission*

#### Dr. Serge Gaillard: Wer trägt die Verantwortung für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen?

*Geschäftsführender Sekretär und Leiter des Zentralsekretariates des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes SGB*

#### Christoffel Brändli: Soziale Krankenversicherung – Vielfalt oder Einheitskasse?

*Präsident santésuisse, Ständerat des Kantons Graubünden*

#### Franz Knieps: Staat und Wettbewerb nach der deutschen Gesundheitsreform

*Abteilungsleiter im deutschen Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin*

#### Dr. Charles Giroud: Fazit und Forderungen der RVK RÜCK

*Präsident der RVK RÜCK, Luzern*

#### Ellinor von Kauffungen: Podiumsdiskussion

*Journalistin*

Anmeldung bis Freitag, 30. April 2004!

RVK RÜCK  
Haldenstrasse 25, 6006 Luzern  
Telefon 041 417 01 11, Fax 041 410 69 65  
E-Mail: forum@rvk.ch  
Internet: www.rvk.ch





# Die fünf Paraplegikerzentren der Schweiz im Überblick\*

Name der Klinik	Clinique romande de réadaptation SuvaCare (Sion)	Unité de Paraplégiques (ehemaliges Centre Romand de Paraplégiques), Service de Rééducation, Hôpitaux Universitaires de Genève
Gründungsdatum	9.9.1999	1964
Trägerschaft	SUVA (selbstständige Unternehmung des öffentlichen Rechts)	Universitätsspital Genf
Tätigkeitsspektrum	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation von Patienten mit Pathologien, welche mit Para- oder Tetraplegie, neurologischen Leiden, Erkrankungen der Wirbelsäule, ortho-traumatischen Leiden und/oder Amputationen verbunden sind</li> <li>• Ambulante medizinische, therapeutische und sportmedizinische Leistungen</li> <li>• Erstellung interdisziplinärer medizinischer Gutachten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ganzheitliche Versorgung von Patienten mit einer Para- oder Tetraplegie, die infolge eines Traumas besteht oder infolge einer Krankheit, welche zu einer zentralen oder peripheren Schädigung führt</li> <li>• Behandlung der Komplikationen bei Para- und Tetraplegie</li> <li>• Kontrolluntersuchungen bei Para- und Tetraplegie</li> </ul>
Beteiligte Dienste (intern und extern)	<p><i>Interne Dienste:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflege</li> <li>• Physiotherapie</li> <li>• Ergotherapie</li> <li>• Animation/Freizeitgestaltung</li> <li>• berufliche Wiedereingliederung</li> <li>• Sozialdienst</li> <li>• Orthopädietechnik</li> <li>• Fuss-/Schuhtechnik</li> <li>• Ambulatorium</li> <li>• Paraplegiologie</li> <li>• Psychosomatik</li> <li>• allgemeine Rehabilitation</li> <li>• neurologische Rehabilitation</li> <li>• Forschung/medizinische Qualitätskontrolle</li> </ul> <p><i>Externe Dienste:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Labor</li> <li>• Radiologie</li> <li>• Spitalhygiene</li> </ul>	<p><i>Interne Dienste:</i> alle Dienste, die für eine ganzheitliche Rehabilitation und Wiedereingliederung bei Para- und Tetraplegie erforderlich sind</p> <p><i>Externe Dienste:</i> Akutkliniken des Universitätsspitals</p>
Bettenzahl	112 (davon in der Abteilung für Para- und Tetraplegie: 16)	24
Zielgruppen	Alle Patienten, die eine medulläre Verletzung aufweisen, welche eine Rehabilitation nötig macht	
Kostenträger	SUVA und andere Unfallversicherer, Krankenversicherer und Kantone (für den Kostenanteil, den die Kantone gemäss KVG zu übernehmen haben)	Gemäss Vereinbarungen des Universitätsspitals Genf mit Versicherern und Kanton
Zuweiser	Versicherer, frei praktizierende Ärzte, SUVA-Agenturen, Spitäler	Akutspitäler der französischsprachigen Kantone, behandelnde Ärzte
Erstversorgung?	Nein; Frührehabilitation nach Akutphase	Ja (bei Bedarf in Zusammenarbeit mit Akutkliniken des Universitätsspitals Genf)

\* Die Angaben wurden zur Verfügung gestellt von: Jean-Raphaël Kurmann, Direktor Clinique romande de réadaptation SuvaCare (Sion); Prof. Armin Schnider, Chefarzt Unité de Paraplégiques, Service de Rééducation, Hôpitaux Universitaires de Genève; Prof. Dr. Volker Dietz FRCP, Chefarzt und Direktor Paraplegikerzentrum der Universitätsklinik Balgrist (Zürich); Claudia Frey, administrative Direktorin REHAB Basel; Robert Bisig, Direktor Zentrale Dienste Schweizer Paraplegikerzentrum Nottwil

Paraplegikerzentrum der Universitätsklinik Balgrist (Zürich)	REHAB Basel Zentrum für Querschnittgelähmte und Hirnverletzte Schweizerisches Paraplegikerzentrum Basel	Schweizer Paraplegikerzentrum Nottwil
1990	1967 als Schweizerisches Paraplegikerzentrum des Bürgerspitals Basel. Seit 1997 gemeinnützige Aktiengesellschaft REHAB Basel AG	Inbetriebnahme am 1. Oktober 1990
Verein Balgrist, Teil der Universität Zürich, Lehrstuhl für Paraplegiologie an Uni Zürich  • Erstbehandlungsdiagnostik und -rehabilitation aller Formen der Querschnittlähmung • Komplikationsbehandlung nach Querschnittlähmung  <i>Spezialgebiete:</i> • Lokomotionstraining • Urodynamik, funktionelle elektrische Stimulation • Elektrophysiologie • Sexuelsprechstunde • lebenslange ambulante Nachsorge  <i>Forschungsschwerpunkte:</i> • Mobilitätsverbesserung • Blasenfunktionsregeneration • Robotik in der Rehabilitation	gemeinnützige Aktiengesellschaft REHAB Basel AG  • Stationäre Erstrehabilitation und Komplikationsbehandlung bei PatientInnen mit Querschnittlähmung (Para- und Tetraplegie) bzw. querschnittsähnlicher Symptomatik; mit schwerer Hirnverletzung und verwandter Symptomatik; mit Doppeltrauma (kombiniert – Querschnittlähmung und Hirnverletzung) • Ausgebaute ambulante Rehabilitation und Nachsorge inkl. Tagesklinik  <i>Besonderheiten und Schwerpunkte:</i> • Dekubitusbehandlung, insbesondere operativ • Schluckzentrum • Neurourologie • Wachkoma-Station • Ausgebauter Konsiliardienst/enge Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik Basel • Komplementärmedizinische Therapien	Schweizer Paraplegiker-Stiftung  Akut- und Spezialklinik für die ganzheitliche Rehabilitation von Querschnittgelähmten sowie umfangreiches Angebot an medizinisch-therapeutischen Dienstleistungen für stationäre und ambulante Patienten
<i>Interne Dienste:</i> • Innere Medizin • Orthopädie • Urodynamik • Neurologie • Neurophysiologie • Physiotherapie • Psychologie • Ergotherapie • Pflegedienst • Sozialdienst • Berufsberatung  <i>Externe Dienste:</i> • Sozialdienst • Physiotherapie • Ergotherapie • medizinische ambulante Nachsorge • Berufsberatung	<i>Interne Dienste:</i> Interdisziplinäres Team aus • Arztdienst • Pflegedienst • Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie • neuropsychologischer und psychologischer Dienst • Rekreationstherapie, Kreativtherapien • komplementärmedizinische Therapien • Labor, Röntgen • Sozialberatung, Rechtsdienst, Seelsorge • Sport, Hippotherapie • Ambulatorium und Tagesklinik  <i>Externe regelmässige Dienste und Notfalldienste:</i> • Konsiliardienst mit den Basler Universitätskliniken und deren intensivmedizinischer, operativer und diagnostischer Infrastruktur • Konsiliardienst mit dem Merian Iselin Spital für plastische Chirurgie • Konsilien niedergelassener SpezialistInnen: Radiologie, Gastroenterologie, Gynäkologie, Ophthalmologie • Berufsberatung, berufliche Wiedereingliederung in Zusammenarbeit mit dem WWB	<i>Medizin:</i> Anästhesiologie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Hals-, Nasen- Ohrenmedizin, Innere Medizin, Intensivmedizin, Kardiologie, Klinische Forschung, Neurochirurgie, Neurologie, Orthopädische Chirurgie/Wirbelsäulenchirurgie, Paraplegiologie, Plastisch-rekonstruktive Chirurgie, Pneumologie, Psychiatrie, Radiologie/Neuroradiologie, Sportmedizin, Schmerzmedizin, Urologie/Neuro-Urologie, Zahnmedizin  <i>Therapie und Komplementärmedizin:</i> Akupunktur, Chiropraktik, Kolonhydrotherapie, Kraniosakraltherapie, Ergotherapie, Feldenkrais-Therapie, Hippotherapie, Homöopathische Medizin, Kinästhetik, Kunst- und Musiktherapie, Logopädie, Physikalische Therapie, Physiotherapie, Therapeutisches Reiten  <i>Pflege:</i> Intensivpflege, Spezialisierte Basispflege für Querschnittgelähmte, Beratung und Betreuung im Bereich der externen Pflege von Querschnittgelähmten  <i>Beratungsdienste:</i> Berufsfindung/Berufserprobung, Psychologie, Seelsorge, Sozial- und Rechtsberatung  <i>Extra-Dienste:</i> Orthopädietechnik/Rollstuhlmechanik, Fahrzeugumbau, Hindernisfreies Bauen
38	92 Betten (36 für Querschnittgelähmte, 48 für Hirnverletzte und 8 Überwachungsbetten)	Pflegestationen: 140 Intensivpflegestation: 10
Rückenmarkschädigung traumatischer und medizinischer Ursache	Querschnittgelähmte und hirnverletzte PatientInnen bzw. PatientInnen mit kombinierter und ähnlicher Symptomatik	• Patienten mit Para- oder Tetraplegie jeder Ätiologie zur notfallmässigen Primärversorgung, Behandlung und Rehabilitation • Para- und Tetraplegiker mit pliegebedingten Komplikationen • Patienten mit schweren, neurogen bedingten Deformitäten der Wirbelsäule • Tetraplegiker zur operativen Verbesserung ihrer Arm- und Handfunktionen • Patienten mit vom Zentralnervensystem ausgehenden chronischen, invalidisierenden Schmerzen zur diagnostischen und therapeutischen Anästhesie
Alle Kostenträger, kantonaler Auftrag	Alle schweizerischen Kranken- und Unfallkassen	Versicherer, ausnahmsweise Selbstzahler
In erster Linie Schwerpunktspitäler der Ostschweiz. Ausländische Spitäler, Haus- und Spezialärzte	Akutspitäler aus dem In- und Ausland HausärztInnen, SpezialistInnen Versicherer	Ärzte, Spitäler, Rettungsdienste
Erstversorgung bei akuter isolierter Rückenmarkschädigung traumatischer (zusammen mit Orthopädie, Balgrist) und medizinischer Ursache	Enge Zusammenarbeit in der diagnostischen und operativen Versorgung im Wirbelsäulenzentrum der Universitätsklinik Basel, anschliessend Überwachungsstation REHAB Basel	Ja; rund um die Uhr im Bereich der Wirbelsäulenchirurgie

# Ganzheitliche Rehabilitation von Querschnittgelähmten

**Das Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil (siehe Kasten 1) hat sich der ganzheitlichen Rehabilitation von Querschnittgelähmten verpflichtet. Im Folgenden erklärt der medizinische Direktor, was unter diesem Begriff zu verstehen ist.**

**Dieter Michel<sup>1</sup>**

Die Leistungskette zur ganzheitlichen Rehabilitation von Querschnittgelähmten, wie von der World Health Organisation (WHO) 1980 definiert<sup>2</sup>, beginnt – idealerweise – unmittelbar nach Eintritt einer Wirbelsäulen- oder Rückenmarkverletzung zu greifen. Sie führt über Erstversorgung und Erstrehabilitation in einer Spezialklinik weiter

zur bestmöglichen Wiedereingliederung der Betroffenen in Familie, Beruf und Gesellschaft. Das Konzept dafür wurde von Sir Ludwig Guttmann entwickelt. In England kümmerte sich der deutsche Arzt, im Auftrag der Regierung, um Versehrte des Zweiten Weltkrieges mit Rückenmarkverletzungen und etablierte damit auch die junge medizinische Fachdisziplin der Paraplegiologie. Die Idee Guttmanns wurde von Guido A. Zäch («Gründungsvater» der Schweizer Paraplegiker-Stiftung, der Schweizer Paraplegiker-Vereinigung sowie des Schweizer Paraplegiker-Zentrums Nottwil) um wesentliche Elemente erweitert, verfeinert und in der Schweiz erstmals im Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil umgesetzt.

## Spezialisierung ist zwingend

Vor 60 Jahren noch waren die Überlebenschancen von Querschnittgelähmten gering. Oft erlagen sie in- nert weniger Wochen den schweren, in der Regel infektiösen Komplika-



Dieter Michel

tionen. Mit Guttmann begann sich das Blatt zu wenden – dank grossen Fortschritten auf medizinisch-technologischem Gebiet, vor allem aber auch dank den gewonnenen Erkenntnissen. So hat sich international die Auffassung durchgesetzt, dass Querschnittgelähmte zwingend ganzheitlich und umfassend von Multiprofessional-Teams behandelt werden müssen. Dazu müssen die menschlich-fachlichen Kräfte in der behandelnden Klinik sowie die finanziellen Mittel der Leistungsträger auf das klar vorgegebene Ziel der Reintegration konzentriert werden. Deshalb unterscheiden sich Spezialkliniken für Querschnittgelähmte von anderen Spitälern sowohl hin-

Kasten 1:

### Das Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil

Erstversorgung, Rehabilitation und Nachsorge von Querschnittgelähmten unter einem Dach gibt es in der Schweiz einzig im Schweizer Paraplegiker-Zentrum (SPZ) Nottwil. Die 1990 eröffnete Akut- und Spezialklinik mit heute 140 Betten und 800 Mitarbeitenden ist die grösste ihrer Art in Europa. Speziell für die externe Pflege von Betroffenen wurde die Beratungsstelle «ParaHelp» geschaffen. Die Schweizer Paraplegiker-Vereinigung schliesslich ist eine Selbsthilfeorganisation der Querschnittgelähmten, die ihren 12000 Mitgliedern eine breite Palette von Dienstleistungen für den Alltag offeriert.

Trägerin dieser umfassenden Leistungskette ist die Schweizer Paraplegiker-Stiftung. Sie fördert zudem die Forschung im Sektor Paraplegiologie – in Nottwil ist ein neues Zentrum für Klinische Forschung im Bau – und engagiert sich im Institut für Rettungsmedizin (SIRMED) für eine bessere Ausbildung der Rettungshelfer sowie für internationalen Wissensaustausch. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang die Datenbank Paradoc, die eine Fülle von Schriften zum Thema Rückenmarkverletzungen enthält.

<sup>1</sup> Dr. med. Dieter Michel ist seit dem 1. Oktober 2000 Chefarzt und Direktor Medizin im Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil. Neben einer vielseitigen medizinischen Ausbildung mit drei Spezialarzttiteln hat Dieter Michel auch ein betriebswirtschaftliches Studium an der Hochschule St. Gallen mit MBA-Abschluss absolviert.

<sup>2</sup> Rehabilitation: Koordinierter Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, technischer und pädagogischer Massnahmen zur Funktionsverbesserung, zum Erreichen einer grösstmöglichen Eigenaktivität, zur weitestgehend unabhängigen Partizipation an allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so frei wie möglich wird.

sichtlich der technischen Ausstattung und des Dienstleistungsspektrums als auch hinsichtlich der beruflichen Qualifikation von Ärzten, Pflegenden und Therapeuten. Verschiedenste spezielle Dienstleistungen wie Berufsfindung, Sozialberatung und Psychologie, um nur einige zu nennen, müssen exakt auf die Bedürfnisse von Querschnittgelähmten ausgerichtet sein; dies verlangt von den entsprechenden Berufsleuten eine spezifische Ausbildung. Nur wenn ein optimales interdisziplinäres Behandlungsverständnis gewährleistet ist, sind in der Erstversorgung und Rehabilitation der Betroffenen gute Resultate zu erwarten. Dies alles kann nur von spezialisierten Kliniken gewährleistet werden.

### Die ersten Stunden sind entscheidend

Ganz am Anfang des lebenslangen Prozesses zur ganzheitlichen Rehabilitation hat ein fachgerechtes präklinisches Management zu stehen. Das Vorgehen dabei kann die Prognose und die neurologischen Ergebnisse (Outcome) massgeblich beeinflussen. Die Schlagworte in diesem Kontext – bei Unfällen – lauten:

- Korrekte, wirbelsäulenschonende Bergung und Lagerung von Verletzten durch mehrere geschulte Helfer
- Raschestmögliche intravenöse Applikation hoch dosierter Steroide zur Verhinderung sekundärer Schäden am Myelon (Rückenmark) durch freie Radikale<sup>3</sup>
- Sicherer und zielgerichteter Transport, möglichst per Helikopter, in eine der von der Union Schweizerischer Chirurgischer Fachgesellschaften bezeichneten Erstversorgungskliniken für Wirbelsäulenverletzte
- Fachgerechte Reposition und Stabilisation der Wirbelsäule mit allfälliger Spinalkanalrevision durch das hoch spezialisierte Wirbelsäulenteam dieser Klinik

<sup>3</sup> Freie Radikale: hochenergetische, elektrisch geladene Teilchen, die aus den geschädigten Nervenzellen austreten. Benachbarte, noch gesunde Nervenzellen und deren Lipidmembranen können dadurch beschädigt und schliesslich zerstört werden.

<sup>4</sup> International Classification of Functioning, Disability and Health

<sup>5</sup> Functional Independence Measure

■ Intensivmedizinische Behandlung durch paraplegiologisch weitergebildete Intensivmediziner.

Funktioniert die Leistungskette der Erstversorgung in den ersten Stunden nach Lähmungseintritt lückenlos, so hat der Patient bei nicht vollständig dissektiertem (durchtrenntem) Myelon die Chance auf eine neurologische Erholung. Eine restitutio ad integrum (d.h. eine vollständige Wiederherstellung des früheren Zustandes) kommt vor, ist aber leider selten. Dank der besseren Versorgung am Unfallort durch besser geschulte Rettungssanitäter handelt es sich heutzutage aber immer öfter um so genannte inkomplette Schädigungen (siehe *Kasten 2*), bei denen motorische und sensible Restfunktionen (hier reicht das Spektrum von funktionell einsetzbarer bis hin zu nicht verwertbarer Motorik und Sensibilität) vorhanden sind. Dokumentiert werden die neurologischen Ausfälle nach dem ASIA- und/oder nach dem Frankel-Score, die Selbstständigkeit des Betroffenen wird anhand der ICF<sup>4</sup>- und/oder der FIM<sup>5</sup>-Klassifikation ermittelt. Alle genannten Instrumente sind international anerkannt.

Wird die Frist von sechs bis acht Stunden bis zur fachgerechten Erstversorgung hingegen verpasst, so kann sich das beschädigte Zentralnervensystem nicht mehr erholen, und es ist mit zeitlebens bleibenden neurologischen Ausfällen einschliesslich aller damit verbundenen Folgen zu rechnen.

### Vielseitige Erstrehabilitation

Die anschliessende Erstrehabilitation muss gleichfalls in einer Spezial-



Am Anfang einer ganzheitlichen Rehabilitation von Querschnittgelähmten steht der sofortige Transport des Patienten in eine Spezialklinik. Die folgenden Fotos zeigen weitere Schritte auf dem Weg bis zur Wiedereingliederung.

klinik erfolgen. Nur so kann eine zeitgerechte Integration erfolgen, und nur so lassen sich unnötige Komplikationen – mit hohen Folgekosten – verhindern. Oberstes Ziel ist das Erlangen grösstmöglicher Selbstständigkeit, namentlich auch in Bezug auf Erwerbstätigkeit, und geringstnötige Abhängigkeit des Patienten von Drittpersonen. Notwendig dafür sind:

- das Erlernen von pflegerischen Verrichtungen wie Körperpflege und Entleeren des neurogen gestörten Blasen- und Darmtraktes

#### Kasten 2:

#### Paraplegie und Tetraplegie

Keine Querschnittlähmung ist gleich wie die andere. Es wird unterschieden zwischen Paraplegie (Schädigung des Rückenmarks auf Höhe der Brust- oder Lendenwirbel mit Lähmungen des Rumpfes und der Beine) und Tetraplegie (Schädigung des Rückenmarks auf Höhe der Halswirbel mit Lähmung der Arme, des Rumpfes und der Beine). Ein Paraplegiker ist im Alltag normalerweise selbstständig, da er seine Arme und Hände vollumfänglich einsetzen kann. Je höher die Rückenmarkläsion liegt, desto gravierender sind die Ausfälle. Ist auch das Zwerchfell gelähmt, so ist eine künstliche Beatmung notwendig. Ein Tetraplegiker ist meist auf fremde Hilfe angewiesen. Sind Lähmungen und Empfindungsstörungen unvollständig, sind also Restfunktionen vorhanden, so spricht man von inkompletter Querschnittlähmung oder von Paraparese respektive Tetraparese.





Diagnostik und Operation durch erfahrene Spezialisten



Fachgerechte Hilfe und Pflege



Tägliches Training im Umgang mit dem Rollstuhl

■ das intensive Training vorhandener Körperfunktionen mit Hilfe von spezialisierter Physio- und Ergotherapie  
 ■ das Erlernen des Umgangs mit dem gelähmten Körper, mit dem Rollstuhl und mit anderen Hilfsmitteln.

Gleichzeitig geht es auf psychisch-seelischer Ebene darum, das Trauma mit seinen Folgen zu verarbeiten und sich auf die neue Lebenssituation mit einer Behinderung einzustellen. Eine sinnvolle Ergänzung können hier komplementärmedizinische Methoden sein. Auch soziale Fragestellungen müssen angegangen werden, damit der Patient am Ende der Erstrehabilitation in eine angepasste häusliche und berufliche Umgebung entlassen werden kann. Entsprechend sind Rechtshilfe, Berufsberatung, Aus- und Weiterbildungsprogramme, Stellenvermittlung oder Unterstützung beim behindertengerechten Umbau von Wohnungen und Fahrzeugen wichtige Beiträge zu Unabhängigkeit und Mobilität. Die persönliche Selbstwertfindung lässt sich unterstützend zum Beispiel mittels Kunst- oder Musiktherapie fördern.

**Die Rechnung geht für alle auf**

Der Austritt aus der Spezialklinik bildet den Abschluss einer wichtigen Etappe, aber nicht das Ende der Betreuung von Querschnittgelähmten. Um lebenslang gute Voraussetzungen für ein selbstbestimmtes, aktives Le-

ben im Rollstuhl aufrechtzuerhalten, müssen regelmässig medizinische Kontrollen durchgeführt, Komplikationen behandelt, Hilfsmittel angepasst und andere, vorwiegend ambulante Massnahmen getroffen werden. Das Modell, gemäss dem Erstversorgung, Erstrehabilitation, Re-Rehabilitation sowie dauerhafte Nachsorge unter einem Dach durch Spezialisten erfolgen sollen, wird weltweit als ideal betrachtet [1]. Es liegt auf der Hand, dass ganzheitliche Behandlung Querschnittgelähmter an sich personal- und damit kostenintensiv ist. Langfristig aber «rechnet» sie sich für alle, weil die Mehrheit aller frisch verletzten Querschnittgelähmten (im Fall unfallbedingter Querschnittlähmung sind es über 90 Prozent) bei korrekt durchgeführter Erstversorgung und Rehabilitation wieder ins Berufsleben zurückkehren – und somit weiterhin Steuern zahlen. Es können also auch grosse Belastungen der Sozialversicherungen vermieden werden. ■

Autor:

**Dr. med. Dieter Michel**

Chefarzt und Direktor Medizin  
 Schweizer Paraplegiker-Zentrum  
 6207 Nottwil

Literatur:

1. Guttman, Ludwig: Spinal cord injuries: comprehensive management and research. Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1973.



Rückkehr in ein baulich und sozial gut vorbereitetes Umfeld

Fotos: Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil



# Mehrdimensionales Assessment als Grundlage für Evidence based Medicine in der Paraplegiologie

**Ein frühzeitiges mehrdimensionales Assessment ist in der Paraplegiologie von grosser Bedeutung, meinen die Autoren. Ein solches Assessment sollte aus klinischen und wenn möglich funktionellen sowie neurophysiologischen und allenfalls bildgebenden Untersuchungen bestehen. Nur auf dieser Datenbasis ist eine evidenzbasierte Planung und kontinuierliche Optimierung der Rehabilitation möglich.**

**Volker Dietz und Armin Curt**

Um bei Patienten mit Querschnittlähmung die verbliebene Rückenmarkfunktion qualitativ und quantitativ zu erfassen, müssen neben klinischen und funktionellen auch umfassende neurophysiologische Untersuchungen durchgeführt werden. Dies ist nicht nur für die Diagnostik wichtig, sondern auch, um früh prognostische Aussagen über das Erholungspotenzial der Rückenmarkverletzung machen und so die bestmöglichen Rehabilitationsmassnahmen auswählen und die Rehabilitation zu einem frühen Zeitpunkt planen zu können. Später müssen die Untersuchungen wieder-

holt werden, um die Effekte etablierter und möglicher künftiger Therapien beurteilen und objektivieren zu können.

Im Folgenden werden die bestehenden klinischen, funktionellen und neurophysiologischen Erfassungsinstrumente erläutert.

## Klinische Untersuchung

Die durch eine Rückenmarkschädigung verursachten neurologischen Ausfälle werden derzeit durch das international anerkannte und standardisierte neurologische Untersuchungsprotokoll der American Spinal Injury Association (ASIA) erfasst [1]. Mit diesem Instrument werden die motorischen und sensorischen neurologischen Ausfälle semiquantitativ registriert. Zusätzlich wird indirekt, aufgrund der neurologischen Ausfälle, die Höhe und das Ausmass der Rückenmarkschädigung eingeschätzt.

## Funktionelle Untersuchung

Der ASIA Score alleine genügt jedoch nicht, um die verbliebene Kapazität des somatischen und autonomen Nervensystems einschätzen und später den Zugewinn an Funktionen, der während der Rehabilitation erreicht wurde, beurteilen zu können [2]. Zusätzlich müssen funktionelle Tests durchgeführt werden, um Störungen in den Bereichen Gangfunktion [3, 4, 5], Handfunktion und Blasenkontrolle [6] zu erfassen. Dies ist wichtig, weil aktuelle therapeutische Ansätze (siehe *Kasten*), zum Beispiel das Lokomotionstraining<sup>1</sup>, grösere Effekte auf die Gehfähigkeit haben als auf den ASIA Motor Score [2].



Volker Dietz



Armin Curt

Um die Gehfähigkeit bei Patienten mit Rückenmarkläsion funktionell zu erfassen, wird der Geh-Index WISCI (Walking Index Spinal Cord Injury) angewandt [12]. Die Gangskatierung nach WISCI erfasst auf

<sup>1</sup> Beim Lokomotionstraining gehen Patienten mit Querschnittlähmung unter Entlastung von bis zu 80 Prozent des Körpergewichts auf einem Laufband. Mit zunehmendem Trainingserfolg kann die Gewichtsentlastung reduziert werden.

reproduzierbare Weise die Gehfähigkeit eines Patienten mit inkompletter Rückenmarkschädigung und umfasst 20 Stufen. Da die WISCI-Skalierung nicht alle Aspekte der Gehfähigkeit erfasst, sind weitere Tests erforderlich (timed up and go<sup>2</sup>, Gehstrecke in 6 Minuten, Zeit für eine Distanz von 10 Metern). Diese Tests geben zusätzliche Informationen über Veränderungen der Gehfähigkeit, die durch die Stufen des WISCI-Index nicht erfasst werden (z.B. Zunahme der Gehgeschwindigkeit bei gleich bleibenden Gehhilfen).

Die Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) können mit Hilfe des «Spinal Cord Independence Measure» (SCIM) [13] standardisiert erfasst werden. Der SCIM-Erfassungsbogen schätzt die Behinderung im täglichen Leben ein und fokussiert auf vier wichtige Aspekte: Abhängigkeit von Hilfe von aussen, Atmung, Blasen- und Stuhlregulation sowie Mobilität. Der SCIM-Score umfasst total 100 Punkte, wobei alle Unterasspekte (z.B. Essen, Baden usw.) abhängig von ihrer Bedeutung mit 1 bis 15 Punkten gewichtet sind. Damit erfasst der SCIM-Score das Ausmass der Behinderung sowie die Hilfen, die der Patient benötigt, um tägliche Verrichtungen durchzuführen.

### Neurophysiologische Untersuchung

Neurophysiologische Untersuchungen erlauben es, die verbliebene Leitfähigkeit von Rückenmarkbahnen zu erfassen. Da es sich hierbei um elektrophysiologische Registrierungen handelt, können diese Untersuchungen auch bei bewusstlosen Patienten (d.h. auch unter Medikamenten oder in der Intensivpflegestation) aussagekräftig durchgeführt werden. Zu den neurophysiologischen Untersuchungen gehören die Neurografie, somatosensorisch evozierte Potenziale (SSEP) und motorisch evozierte Potenziale (MEP). Dazu kommen Untersuchungsmethoden, die es erlauben, die Funktion des vegetativen Systems zu erfassen: der sympathische Hautreflex<sup>5</sup> sowie neuerdings die repetitive transkranielle magnetische Stimulation<sup>6</sup>.

Die genannten neurophysiologischen

Kasten:

#### Behandlungsansätze bei Querschnittlähmung

Die Erholung nach einer Rückenmarkschädigung ist ein multidimensionaler Prozess, der verschiedene Mechanismen einschliesst.

■ Bei der klinischen Rehabilitation wird die Verbesserung sensomotorischer Funktionen hauptsächlich durch Adaptation (z.B. Anpassen von Orthosen) und Kompensation (z.B. Training neuer Muskelsynergien) erreicht. Das Training ist primär darauf ausgerichtet, sensomotorische Funktionen zu stärken und Bewegungsabläufe zu optimieren.

■ Die physikalische Therapie zielt darauf ab, die Funktion der nichtgeschädigten und soweit als möglich auch der geschädigten Nervenzellstrukturen des Rückenmarks zu verbessern. Durch spezifische Trainingsansätze, zum Beispiel das Lokomotionstraining<sup>3</sup>, wird zudem versucht, eine Reorganisation neuronaler Strukturen zu erreichen<sup>4</sup>.

■ Während derzeit die meisten Rehabilitationsansätze auf die Ausschöpfung der Rückenmarkplastizität unterhalb der Rückenmarkläsion ausgerichtet sind [8, 3], wird es in Zukunft voraussichtlich möglich sein, die Regeneration verletzter Nervenzellen auszulösen und verbesserte neuroprotektive Strategien zu etablieren [8, 9, 10]. Diese neuen Therapieansätze waren bisher auf das Rattenexperiment beschränkt. Eine künftige Herausforderung wird es sein, sie auf Patienten zu übertragen. Um auf diesem bisher wenig bearbeiteten Feld Fortschritte zu erzielen, braucht es eine enge Zusammenarbeit zwischen Grundlagenforschung und Klinik [11].

Untersuchungen können durch hochauflösende bildgebende Verfahren (MRI) des Rückenmarks ergänzt werden, um Information über die anatomisch erhaltenen Teile der Rückenmarkbahnen zu erhalten [16]. Es hat sich gezeigt, dass neurografische Untersuchungen wichtig sind, um das Ausmass der intramedullären (im Rückenmark liegenden) und peripheren Nervenläsion abzuschätzen [17]. Die Ergebnisse der früh nach dem Trauma durchgeführten neurografischen Untersuchungen geben Hinweise darauf, ob sich eine spastische oder eine schlaffe Parese entwickelt. Diese Information wiederum bestimmt beispielsweise, ob die funktionelle Elektrostimulation gelähmter Muskeln (FES) zur Funktionsverbesserung angewendet werden kann, da diese Technik nur dann sinnvoll ist, wenn nur ein geringer Teil der Schädigung das periphere Nervensystem betrifft.

### Evidenzbasierte Rehabilitationsplanung

Die genannten Untersuchungsmethoden zielen darauf ab, im Sinne der ICDH die «Körperstruktur» und die «Körperfunktion» besser zu erfassen und auf dieser Grundlage die effektivsten therapeutischen Ansätze auszuwählen, um die «Aktivitäten» (Activities) und die «Beteili-

gung» (Participation) im sozialen Umfeld zu verbessern. Während der letzten Jahre hat sich gezeigt, dass durch die Kombination von klinischen und neurophysiologischen Untersuchungen bereits während der ersten drei Wochen solide Voraussagen über die Entwicklung von Funktionsstörungen nach einem Trauma gemacht werden können [18]; besonders kann durch die Kombination von MEP, SSEP und neurografischen

<sup>2</sup> Zeit, die der Patient benötigt, um vom Stuhl aufzustehen, drei Meter zu gehen, sich umzudrehen und sich wieder auf den Stuhl zu setzen.

<sup>3</sup> siehe Fussnote 1

<sup>4</sup> Die funktionelle Erholung nach einer Rückenmarkschädigung beruht zumindest teilweise auf der Reorganisation geschädigter Nervenzellstrukturen [7]. Neuere Untersuchungen zeigen, dass beim Rückenmarkverletzten Menschen spezielle Trainingsmethoden motorische Funktionen, zum Beispiel die Gehfähigkeit, verbessern können [3]. Diese neuen Ansätze nutzen die plastische Kapazität des Rückenmarks durch Aktivierung und Verstärkung neuronaler Verbindungen [3, 4]. Durch die Applikation von physiologischen Aktivierungsmustern an Nervenzellverbindungen des Rückenmarks werden funktionelle Verbindungen zwischen regenerierenden Rückenmarkbahnen und spinalen Neuronen etabliert, und synaptische Verbindungen werden dadurch aktivitätsabhängig modifiziert und verfeinert. Daher kann ein Lokomotionstraining zu einer funktionell sinnvollen neuronalen Aktivität in Zellverbindungen des Rückenmarks und damit zur Erholung der Gehfähigkeit führen [7, 4].

<sup>5</sup> Mit dieser Methode kann durch einen Einzelimpuls die Funktion des vegetativen Systems aussagekräftig erfasst werden [14, 15].

<sup>6</sup> Die Technik der transkraniellen magnetischen Stimulation des Gehirns erlaubt es, die verbliebene Leitfähigkeit der Rückenmarkbahnen vom Gehirn zu den Extremitäten zu erfassen. Anstelle von Einzel- werden Doppel- und Dreifachimpulse eingesetzt. Diese Technik wird in Paraplegikerzentren noch nicht routinemässig eingesetzt; sie erlaubt es aber, die verbliebene Impulsleitfähigkeit der kortikospinalen Bahnen zuverlässiger einzuschätzen, als dies mit Einzelimpulsen möglich ist.

Untersuchungen eine zuverlässige Voraussage über die Entwicklung der Handfunktion [18, 19] und der Gehfähigkeit [20] erreicht werden. Solche Voraussagen erlauben es, die Rehabilitationsziele schon früh zu definieren und eine sinnvolle und effektive Rehabilitation zu planen [19], indem spezifische therapeutische Behandlungsansätze ausgewählt werden.

Eine verbesserte objektive Erfassung einer Rückenmarkläsion erlaubt es auch, in den verschiedenen Zentren Outcome-Messungen durchzuführen und die Ergebnisse und Behandlungseffekte zu vergleichen. Dies könnte mittelfristig auch bei Paraplegikerzentren zu einem «Benchmarking» mit Effizienzkontrolle führen. ■

Autoren:

**Prof. Dr. Volker Dietz FRCP**

Chefarzt und Direktor  
und

**PD Dr. Armin Curt**

Leitender Arzt  
Paraplegikerzentrum  
Universitätsklinik Balgrist

Korrespondenzadresse:

**Prof. Dr. Volker Dietz FRCP**

Chefarzt und Direktor  
Paraplegikerzentrum  
Universitätsklinik Balgrist

Forchstr. 340

8008 Zürich

E-Mail: dietz@balgrist.unizh.ch

Literatur:

1. Maynard FM, Bracken MB, Creasy G, Ditunno JF et al.: International standards for neurological and functional classification of spinal cord injury. *Spinal Cord* 1997; 35: 266–273.
2. Dietz V, Wirz M, Colombo G, Curt A: Locomotor capacity and recovery of spinal cord function in paraplegic patients. A clinical and electrophysiological evaluation. *Electroenceph Clin Neurophysiol* 1998; 109: 140–153.
3. Dietz V: Proprioception and locomotor disorders. *Nature Rev Neurosci* 2002; 3: 781–790.
4. Edgerton VR, Roy RR: Paralysis recovery in humans and model systems. *Curr Opin Neurobiol* 2002; 12: 658–667.
5. Barbeau H, Rossignol S: Enhancement of locomotor recovery following spinal cord injury. *Curr Opin Neurol* 1994; 7: 517–552.
6. Rodic B, Curt A, Dietz V, Schurch B: Bladder neck incompetence in patients with spinal cord injury: Significance of sympathetic skin response. *J Urol* 2000; 163: 1223–1227.
7. Raineteau O, Schwab ME: Plasticity of motor systems after incomplete spinal cord injury. *Nat Rev Neurosci* 2001; 2: 263–273.
8. Dietz V, Colombo G, Jensen L, Baumgartner L: Locomotor capacity of spinal cord in paraplegic patients. *Ann Neurol* 1995; 37: 574–582.
9. Bregman BS, Kunkel-Bagden E, Schnell L, Dai HN, Gao D, Schwab ME: Recovery from spinal cord injury mediated by antibodies to neurite growth inhibitors. *Nature* 1995; 378: 498–501.
10. Schwab ME: Repairing the injured spinal cord. *Science* 2002; 295: 1029–1031 (Review).
11. Fawcett J: Repair of spinal cord injuries: where are we, where are we going? *Spinal Cord* 2002; 40: 615–623.
12. Ditunno JF Jr, Ditunno PL, Graziani V et al: Walking index for spinal cord injury (WISCI): an international multicenter validity and reliability study. *Spinal Cord* 2000; 38: 234–243.
13. Itzkovich M, Tripolski M, Zeilig G, Ring H, Rosentul N, Ronen J, Gepstein R, Catz A: Rasch analysis of the Catz-Itzkovich spinal cord independence measure. *Spinal Cord* 2002; 40: 396–407.
14. Curt A, Weinhardt C, Dietz V: Significance of sympathetic skin response in the assessment of autonomic failure in patients with spinal cord injury. *J Auton Nerve Syst* 1996; 61: 175–180.
15. Schurch B, Curt A, Rossier AB: The value of the sympathetic skin responses in the assessment of the vesico-urethral autonomic system. *J Urol* 1997; 157: 2230–2233.
16. Metz G, Curt A, van de Meent H, Klusman I, Schwab ME, Dietz V: Validation of the weight-drop contusion model in rats: A comparative study to human spinal cord injury. *J Neurotrauma* 2000; 17: 1–17.
17. Rutz S, Dietz V, Curt A: Diagnostic and prognostic value of compound motor action potential of lower limbs in acute paraplegic patients. *Spinal Cord* 2000; 38: 203–210.
18. Curt A, Dietz V: Traumatic cervical spinal cord injury: Relation between somatosensory evoked potentials, neurological deficit and hand function. *Arch Phys Med Rehabil* 1996; 77: 48–53.
19. Curt A, Dietz V: Electrophysiological recordings in patients with spinal cord injury: Significance for predicting outcome. *Spinal Cord* 1999; 37: 157–163 (Review).
20. Curt A, Dietz V: Ambulatory capacity in spinal cord injury: Significance of somatosensory evoked potentials and ASIA protocols in predicting outcome. *Arch Phys Med Rehabil* 1997; 78: 39–43.



Gestalten Sie Ihre Zukunft mit uns als

## Kreisärztin/Kreisarzt der Suva Zentralschweiz in Luzern

In dieser Kaderfunktion untersuchen und beraten Sie Patientinnen und Patienten und beteiligen sich am interdisziplinären Fallmanagement der Suva Zentralschweiz in Luzern. Sie arbeiten eng zusammen mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten der Region (Kantone Luzern, Zug, Uri, Schwyz, Ob- und Nidwalden) und erstellen versicherungsmedizinische Expertisen.

Sie haben sich fachärztlich weitergebildet, bevorzugt in einem unfallmedizinischen Fachgebiet, und verfügen über praktische Erfahrung aus Klinik oder Praxis. Gute kommunikative Fähigkeiten werden vorausgesetzt.

Nähere Auskünfte erteilen Ihnen gerne Herr Dr. med. Christian A. Ludwig, Chefarzt Suva, christi-an.ludwig@suva.ch, Tel. 041 419 54 04, und Herr Dr. oec. Remo Molinaro, Leiter Suva Zentral-schweiz, remo.molinaro@suva.ch, Tel. 041 418 13 07.

Ihre schriftliche Bewerbung senden sie bitte an: Suva, Herr Rolf Kaegi, Leiter Personal und Logistik, Postfach, 6002 Luzern.

**suva**

Prävention, Versicherung und Rehabilitation  
[www.suva.ch](http://www.suva.ch)

# «Rehabilitation ist ein lebenslanger Anpassungs- und Emanzipationsprozess» – ein Erfahrungsbericht

**Rehabilitationserfolge sind relativ; dies zeigt der folgende Erfahrungsbericht. Was für den Autor erstrebenswert war, war es nicht unbedingt für seinen Kollegen Beni, mit dem er nach seinem Unfall vor 26 Jahren im Paraplegikerzentrum in Basel das Zimmer teilte.**

**Fritz Vischer<sup>1</sup>**

**A**ls heute 49-Jähriger erlebe ich die Rehabilitation auch nach 26 Jahren mit incompletter Tetraplegie auf Höhe des fünften und siebten Halswirbels (C5/C7) als endlosen Lernprozess mit vorgegebenem Thema: Umgang mit veränderten und ungewöhnlichen Lebensumständen.

Natürlich muss sich anfänglich jeder mit den grundlegenden Widrigkeiten des Krankheitsbildes auseinandersetzen: Viele motorische und wichtige vegetative Funktionen versagen den Dienst. Hier ist die Rehabilitation ein Gewöhnungsprozess, der für alle etwa gleich ist.

Trotz beeinträchtigter Ausscheidungsfunktion trocken und geruchsfrei im Rollstuhl sitzen kann aber nicht alleiniges Ziel sein. Rehabilita-

tion heisst auch, wieder gestaltend ins Leben einzuwirken und sich als Mensch zu emanzipieren. Den Ärzten bereiten individuelle Fragen der Lebensgestaltung oft Mühe. Sie kennen einige medizinische Verlaufsmuster und wollen entsprechend kategorisieren.

Jede Para- und Tetraplegie hat aber ihre eigenen Ausformungen. Mein inkomplettes Lähmungsbild gibt es nur ein einziges Mal. Ich bin alleine. Deshalb ist der Umgang mit den Folgen einer Rückenmarksverletzung ein ständiges Ausprobieren.

So sind für mich selbst Alltagsbanalitäten eine Gefahrenquelle, und ich stosse immer wieder an Grenzen. Fehleinschätzungen enden oft in der Klinik. (Deshalb fühlt sich das kleine Reha-Ärztchen in seinem Hang zur Belehrung immer wieder bestätigt.)

Ich bekenne es: Eine Querschnittlähmung beeinträchtigt die Lebensqualität und schafft Probleme, die andere offensichtlich nicht haben. Dieser Zustand lässt sich nie so verinnerlichen, dass man gewissermassen darin aufgeht.

Ich bin aber auch stolz: Ich weiss mit diesem Zustand umzugehen. Ich bin habilitiert und integriert, habe Familie, arbeite und verdiene ganz passabel. Stationär war ich seit dem Unfall nie mehr im Spital. Ich bin auch selten krank.

Blenden wir zurück:

Im April 1977 hatte ich einen fürchterlichen Motorradunfall in Caracas. Im Unglück hatte sich vieles günstig gefügt: Ich landete bei einem Orthopäden, einem Auslandschweizer, der in den Sechzigerjahren an der Gründung des Schweizerischen



Fritz Vischer

Paraplegikerzentrums (SPZ) in Basel beteiligt war. Ohne zusätzliche, vermeidbare Komplikationen zu erleiden, war ich schon drei Tage später in diesem Spital in meiner

**«Ich bekenne es:  
Eine Querschnittlähmung  
schafft Probleme, die  
andere offensichtlich  
nicht haben.»**

Heimatstadt. Ich hatte Glück im Unglück.

Weniger Glück hatte mein Zimmergenosse, Beni. Er lag einen Tag lang in seinem Zimmer, bevor er gefunden wurde. Dann hatte er bis zur Verlegung nach Basel rund drei Wochen im Kantonsspital Lausanne auszuharren. Die Akutbehandlung war medizinisch korrekt, der Geist und die Kapazitäten des agilen Guido A. Zäch fehlten dort aber.

Meine Familie, namentlich die Eltern sowie bald schon die drei älte-

<sup>1</sup> Fritz Vischer, 49, Tetraplegiker seit 1977, ist verheiratet und Vater von zwei Töchtern. Beruflich ist er als Vizedirektor im Bereich Vermögensverwaltung einer Grossbank tätig.



ren Schwestern mit ihren gedeihen- den Familien, waren die ersten, die am Bettrand standen; und schon bald reichten sich Familienmitglie-

**«Mit dieser Perspektive fehlte ihm der Ansporn, während Wochen zu üben, wie er die Hose hochziehen könnte.»**

der, dann Verwandte und sukzessive auch meine Freunde die Türklinke. Beni hatte weniger Besuch. Seine Eltern wohnten in Zürich. Der Vater war an Multipler Sklerose erkrankt und im Rollstuhl. Er konnte Beni erst nach mehreren Monaten besuchen. Seine Mutter und die einzige Schwester, die heute noch in München lebt, kamen so oft wie eben möglich. Häufigere Besuche wären aber auch für Beni wichtig gewesen, denn nebst Geburt und Tod sind auch Unglücke bis heute Angelegenheit der Familienmitglieder geblieben. Sie leiden anfänglich mehr als der Betroffene und sind später die ersten, die reflektieren oder aufsässig gefragt werden, wie wohl alles weitergehen könnte.

Die Leistungsfähigkeit des sozialen Umfeldes beeinflusst die Rehabilitationsbedürfnisse direkt. Die Angehörigen haben ein natürliches Interesse daran, das jetzt invalide Familienmitglied bald wieder in festen Strukturen zu wissen. Fürsorglicher Anteilnahme folgen bald nüchternere Betrachtungsweisen. Ich wollte bald raus, falls möglich wieder weg von Basel, und einem freudlos geführten Berufsleben einen neuen Drall geben. Ohne ein Maximum an Selbstständigkeit in den täglichen Verrichtungen war das nicht zu erreichen. Meine Startbedingungen waren nicht schlecht. Für Beni waren sie weniger günstig: Von Beginn an stand fest, dass ihn seine Eltern nicht einmal vorübergehend würden aufnehmen können. Schon bald war vom Schulungs- und Wohnheim Rossfeld in Bern die Rede. Mit dieser Perspektive fehlte ihm der Ansporn, während Wochen

zu üben, wie er die Hose trotz kompletter sensorischer und funktioneller Ausfälle auf Höhe des 5. Halswirbels hochziehen könnte. Nach dem zweiten Sturz aus dem Bett gab er auf. Er erkannte, dass es für ihn wichtiger war, auf einen Berufsabschluss hinzuarbeiten. Die Ergotherapeutin verstand das nicht (teilweise mag das nachvollziehbar sein, denn in der Tat setzen die Experimente der Erstrehabilitation den Rahmen für das längerfristig Erreichbare).

Meine Ergotherapeutin war zwar Praktikantin, aber geeigneter. Nach stockendem Beginn kamen wir gut voran, und wir haben uns verliebt. Wirklich ausgefeilt und sicher war meine Selbstständigkeit aber erst anderthalb Jahre nach dem zehnmonatigen Klinikaufenthalt. Dann zogen wir zusammen, während ich meine Weiterbildung an einer Sprach- und Publizistikschule fortsetzte. 1981 haben wir geheiratet. Unsere Töchter sind heute 15 und 17 Jahre alt,

**«Ich bin wegen meiner zeitraubenden Selbstständigkeit erst um neun oder später an meinem Arbeitsplatz.»**

und wir wohnen in einem Haus etwas ausserhalb von Basel.

Beni lebt noch immer im Rossfeld, in einer Zwei-Zimmer-Wohnung. Auch nach mehreren Beziehungen ist er überzeugter Junggeselle geblieben. Beruflich setzte er seine Ziele um und liess sich im Rossfeld zum kaufmännischen Angestellten und Lehrmeister ausbilden. Er bildet an der Berufsschule körperlich behinderte Lehrlinge im theoretischen und praktischen Bereich aus. Dabei kommen ihm seine Zweisprachigkeit (Deutsch und Französisch) und seine guten Englischkenntnisse sowie seine früheren praktischen Erfahrungen und die an einem humanistischen Gymnasium erworbene Allgemeinbildung immer wieder zugute. Morgens schläft Beni etwas länger als ich; er ist aber um acht Uhr an

seinem Arbeitsplatz. Dafür muss er die Hilfe des Betreuungsdienstes im Rossfeld beanspruchen. Ich bin wegen meiner zeitraubenden Selbstständigkeit erst um neun oder später an meinem Arbeitsplatz in einer Grossbank in Basel, wo ich als kleiner Direktor eine Text-Datenbank gestalte und redigiere.

**«Unsere Rehabilitation ist unterschiedlich verlaufen, aber wir haben beide eine Lebensform gefunden, die zu uns passt.»**

Beni bewegt sich in einem engeren Rahmen als ich. Für ihn ist es aber ein guter Rahmen. Ich verspüre den Reiz, weitere Kreise zu ziehen, muss aber häufig gegen den Wind kämpfen. Unsere Rehabilitation ist unterschiedlich verlaufen, aber wir haben beide eine Lebensform gefunden, die zu uns passt.

Rehabilitation ist die Synthese des Machbaren mit dem individuell Wünschbaren. Die Not einer Querschnittlähmung macht erfinderisch, aber jeder erfindet sein eigenes Leben. Standardlösungen und Maximen im Stile von «Jeder Behinderte muss Sport treiben!» oder «Nichts ist unmöglich!» führen nicht weit. Weiter führt dagegen der Erfahrungsaustausch: Beni und ich treffen uns immer wieder, und wir sind bis heute freundschaftlich miteinander verbunden. ■

**Autor:  
Fritz Vischer**

E-Mail: vischerf@datacomm.ch



# Berufliche Wiedereingliederung von Querschnittgelähmten - das Modell des IBF

**Welche Unterstützung brauchen Querschnittgelähmte, damit sie wieder ins Berufsleben einsteigen können? Wann und wo soll ihnen diese Unterstützung angeboten werden? Im Folgenden zeigt das Institut für Berufsfindung (IBF) der Schweizer Paraplegiker-Vereinigung auf, wie es seine Aufgabe versteht und welche Erfolge es erzielt.**

**Karl Emmenegger<sup>1</sup>**

Wenn die berufliche Wiedereingliederung von Querschnittgelähmten Erfolg haben soll, muss sie früh einsetzen. Medizinische, berufliche und soziale Auswirkungen einer Querschnittlähmung können also nicht einzeln und nacheinander behandelt werden, sondern der Patient muss von Anfang an umfassend und zielgerichtet begleitet werden. Dabei ist es wichtig, auf allen Ebenen ständig das richtige Verhältnis zwischen Fördern und For-

dern zu finden.

Das Institut für Berufsfindung (IBF) der Schweizer Paraplegiker-Vereinigung, das sich im Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil befindet, versucht, diesen Ansprüchen gerecht zu werden mit einer Berufsfindung, die den Rehabilitationsprozess begleitet (prozessbegleitende Berufsfindung). Im Folgenden wird zuerst die Methode des IBF vorgestellt. In einem zweiten Teil folgen dann Überlegungen zu Kosten und Nutzen des beschriebenen Vorgehens.

## Drei Phasen

Der Prozess der beruflichen Wiedereingliederung, wie ihn das IBF versteht, umfasst drei Phasen (Aktivierungs- oder Motivationsphase; Abklärungs- und Berufsfindungsphase; Integrationsphase). Die Arbeit des IBF beginnt aber schon vorher: Bereits auf der Intensivstation erhält der Patient ein erstes Mal Besuch von Mitarbeitenden des IBF. Ziel ist es dabei, gegenseitig Vertrauen aufzubauen. Denn nur, wenn der Patient das IBF und seine Mitarbeitenden als kompetente Partner anerkennt, wird er später dazu bereit sein, zum Beispiel die Pflege seiner noch bestehenden Beziehungen zur Arbeitswelt und die dafür nötige Kleinarbeit an diese Partner zu delegieren.

## Aktivierungsphase

Die eigentliche berufliche Wiedereingliederung beginnt nach rund drei Wochen. Über ein Motivationsprogramm wird versucht, den Patienten zur Eigenaktivität zu animieren. Er soll zum Beispiel einen vom IBF angebotenen PC-Kurs, einen Sprachkurs oder irgendeine andere Weiterbildung besuchen. In erster Linie geht



Karl Emmenegger

es darum, dass sich der Patient selber motiviert und neues Selbstvertrauen findet und so wieder zur Entscheidungsfähigkeit zurückfindet.

## Abklärungs- und Berufsfindungsphase

Ist der Patient bereit, über seine berufliche Zukunft offen zu reden, so kann die zweite Phase beginnen. Sie besteht aus drei Teilen:

■ Zuerst wird mit einer Ressourcenverlust-Analyse ermittelt, was der Patient wirklich verloren hat. Wenn der Querschnittgelähmte vor dem Unfall als Kaufmann gearbeitet hat, ist der Verlust aus beruflicher Sicht nämlich nicht gleich gross, wie wenn er als Dachdecker gearbeitet hat. Entsprechend können auch die Chancen auf Wiedereingliederung und der entsprechende Zeitbedarf variieren. Dem Patienten soll aufgezeigt werden, dass sich ein Ressourcenverlust möglicherweise durch den Erwerb neuer Fähigkeiten wieder ausgleichen lässt.

■ Anschliessend beginnt eine prozessbegleitende Berufs- und Lauf-

<sup>1</sup> Karl Emmenegger, 51-jährig, wuchs in Aarau auf und ist seit 1990 Leiter des Instituts für Berufsfindung der Schweizer Paraplegiker-Vereinigung. Er ist gelernter Maschinentechniker und erlitt 1978, während des Ingenieur-Studiums, eine Querschnittlähmung; er kennt die Situation seiner Klienten also aus eigener Erfahrung. Er absolvierte dann eine Ausbildung zum technischen Kaufmann und Erwachsenenbildner und später zum Berufsberater. Karl Emmenegger ist verheiratet und wohnt in Hochdorf. In der Freizeit widmet er sich dem Modellbau, der Musik (Jazz/Blues) und sportlichen Aktivitäten.

bahnberatung. Die Kombination von Berufsberatung (Auswahl der Grundberufe) und Laufbahnberatung (Beratung basierend auf individueller Berufsanamnese) ist nötig, weil im Falle eines Tetraplegikers von den insgesamt rund 250 Grundberufen lediglich 13 zur Auswahl stehen. Eine Berufsberatung kann in dieser Situation nicht mehr stattfinden; mit Laufbahnberatung ist es hingegen möglich, individuelle Berufswege aufzubauen.

■ In der anschliessenden Abklärung wird dem Patienten über eine bestimmte Dauer spezifisches Wissen vermittelt; am Ende der Periode wird sein Wissensstand geprüft. Aufgrund der Ergebnisse können seine Lernfähigkeit und das voraussichtliche künftige Fähigkeitsniveau eingeschätzt und auf dieser Basis die weiteren Massnahmen geplant werden. Wenn sich der Patient beispielsweise unsicher fühlt oder mit der Einschätzung seiner Fähigkeiten durch das IBF nicht einverstanden ist, kann der dritte Abschnitt der Berufsfindungsphase wiederholt werden. Ansonsten kann die dritte Phase beginnen: die effektive Integration.

**Integrationsphase**

Bevor die berufliche Integration beginnen kann, muss eine Arbeitsstelle, eine Lehrstelle oder ein wei-



Für Vorstellungsgespräche beim Arbeitgeber ist eine Begleitung unerlässlich.

Fotos: Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil

terführendes Ausbildungsprogramm gefunden werden. Dazu braucht es eine professionell geführte Stellenvermittlung, die einerseits die Bedürfnisse des Patienten, andererseits aber auch die Anforderungen auf dem Arbeitsmarkt genau kennt. Bei der Konkretisierung von Plänen und Zielen hängt viel davon ab, ob es gelingt, unterschiedlichste Interessen zu verschmelzen. Hierbei befolgt das IBF strikte den Grundsatz der Invalidenversicherung: «Eingliederung vor Rente» (siehe *Kasten 1*).

Ähnlich wie die Kostenträger orientiert sich auch der Arbeitgeber vorwiegend an wirtschaftlichen Zielen. Also muss er wissen, welche Möglichkeiten es diesbezüglich gibt. Wenn verschiedene Optionen – vom begleiteten Arbeitsversuch über eine Team-

**Kasten 1:**

**Definition des Rentenanspruchs in der Schweiz**

Zu den plagensten Sorgen nach einer Querschnittlähmung gehört diejenige über die künftige Berufstätigkeit und die damit verbundene finanzielle Situation. Die zentrale Frage ist dabei allerdings weniger, ob eine Ärztin weiterhin als Ärztin oder ob ein Forstwart nach Umschulung künftig als technischer Kaufmann arbeitet; entscheidend ist vielmehr, während wie vieler Stunden pro Tag sie oder er das zu welchem Lohn tun kann. Denn in der Schweiz wird der Anspruch auf eine Invaliditätsrente allein durch den Grad der Erwerbsfähigkeit definiert<sup>2</sup> (siehe dazu auch das Fallbeispiel im Anschluss an diesen Text).

<sup>2</sup> Invalidität ist gemäss Artikel 8, Abschnitt 1 des Allgemeinen Teils des Sozialversicherungsrechts (ATSG) «die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit». Erwerbsunfähigkeit wird vom ATSG wie folgt definiert: «Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt.» (Art. 7 ATSG)

Tabelle:

**Erfolg der beruflichen Wiedereingliederungsmassnahmen des IBF in den Jahren 2002 und 2003**

Berufliche Richtungen	2002	2003
1 Sachbearbeitung im bisherigen Beruf	12	14
2 Dienstleistung, Multimedia, Telekommunikation	2	4
3 KV, Büro	2	9
4 Höhere Berufsprüfung	9	6
5 Akademische Weiterbildung	4	4
6 Techn. Zeichner CAD	7	4
7 Arbeitsvorbereitung, techn. Kaufmann	5	6
8 Handwerkliche Berufe	1	1
9 Selbstständiger Beruf	5	0
10 Hausmann/-frau	3	0
11 In Abklärung/Zwischenlösung	6	2
12 keine Lösung	0	2
Gesamtzahl der IV-Abklärungen	56	52



Es muss nicht immer nur am Computer sein.



Callcenterarbeitsplätze eignen sich ideal auch für körperlich Schwerstbehinderte.

betreuung (= Betreuung des Arbeitsteams, in das der Patient integriert wird) bis zur Möglichkeit, ein Experiment abzubrechen und den Betroffe-

nen später wieder aufzunehmen – zur Auswahl stehen, können Skeptiker leichter überzeugt werden. Weiter wird ein Unternehmer auch erfahren, dass behinderte Mitarbeiter ihre Arbeit in der Regel ernster nehmen, sich stärker damit identifizieren, höhere Konzentrationsfähigkeit und Leistungsbereitschaft entwickeln und ihren Arbeitskollegen völlig neue, unerwartete Impulse geben können.

Schliesslich braucht der Patient selber das verlässliche Gefühl, in der Arbeitswelt wieder willkommen zu sein und mit dem Wiedereinstieg eine persönliche Herausforderung anzunehmen, die ihm einen Gewinn an Selbstwert, persönlicher Achtung und echter Integration bringt. Wir verstehen uns im weitesten Sinne als Anwälte von Betroffenen, die legitime Rechte einfordern. Deshalb liegt uns daran, alle beteiligten Institutionen zu unterstützen und eng mit ihnen zusammenzuarbeiten, um bei Schnittstellenproblemen und behindertenspezifischen Fragen Lösungen zu finden. Unser Angebot gilt nicht nur für die erste Zeit nach der Wiedereingliederung, sondern für das gesamte Berufsleben des Betroffenen.

### Kosten-Nutzen-Überlegungen

Dass das System der prozessbegleitenden beruflichen Wiedereingliederung ein Erfolgsmodell ist, zeigt die eindrückliche Bilanz der letzten 13 Jahre: Bei 95 Prozent aller frisch verunfallten Personen konnten nach Beendigung der Erstrehabilitation konkrete Anschlusslösungen eingeleitet werden. In den letzten zwei Jahren war dies sogar bei 98 Prozent der Fälle (siehe *Tabelle*). Bei sämtlichen Patienten werden jährlich ambulante Nachkontrollen durchgeführt, um das Ergebnis zu überprüfen.

Um den Erfolg auch längerfristig sicherzustellen, wird das IBF sein Angebot laufend anpassen (siehe *Kasten 2*).

Die Strategie der ganzheitlichen, prozessbegleitenden Wiedereingliederung in beruflicher Hinsicht verursacht anfangs relativ hohe Kosten. Zwar hat das Institut für Berufsfindung einen Vertrag mit dem Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) abgeschlossen, gemäss dem die nach Gesetz (Art. 27 IVG) festgelegten Tätigkeiten (Berufsfindungsphase) durch die Invalidenversicherung abgegolten werden. Die Kosten der Aktivierungsphase und jene der Stellenvermittlung (Integrationsphase) werden aber von der IV nicht übernommen; diese werden von der Schweizer Paraplegiker-Stiftung getragen. Mit den Kranken- und Unfallversicherungen bestehen diesbezüglich keine Verträge. Kurzfristig mag es verständlich scheinen, dass die Sozialversicherungen die Kosten der Aktivierung und der Stellenvermittlung nicht tragen wollen. Betrachtet man andererseits die Erfolgsquote und neben dem persönlichen auch den gesellschaftlichen Nutzen der Erwerbstätigkeit von Querschnittgelähmten – Steuereinnahmen statt Sozialausgaben –, so lohnen sich diese Investitionen auf lange Sicht allemal. ■

#### Kasten 2:

#### Neue Angebote des IBF

Weil die Patienten stark durch die medizinische und therapeutische Behandlung im Schweizer Paraplegiker-Zentrum beansprucht werden, steht ihnen für die berufliche Rehabilitation nur beschränkte Zeit zur Verfügung. Zudem reicht die Energie stationärer Patienten erfahrungsgemäss nur für eine rund ein- bis zweistündige Beschäftigung mit dem Thema der beruflichen Eingliederung pro Tag. Die umfangreiche Infrastruktur des IBF ist also nicht konstant ausgelastet. Daher nehmen wir neu auch externe Patienten auf, bei denen die IV-Abklärung ambulant, während rund vier bis sechs Stunden pro Tag, durchgeführt wird.

Primäre Pflicht jeder Wiedereingliederungsinstitution ist es, sich um Stellenbörsen zu kümmern, Arbeitgeberpools aufzubauen und für die Belange ihrer Klienten (in unserem Fall der Querschnittgelähmten) generell einzutreten. Zusätzlich braucht es in der heutigen Arbeitswelt aber auch neue Wege. Das IBF will einen neuen Weg beschreiten, indem es in Nottwil die Infrastruktur für ein Callcenter zur Verfügung stellt, das durch eine Firma betrieben werden kann. Die Firma kann die Infrastruktur des Callcenters kostenlos nutzen. Als Gegenleistung stellt sie dem IBF Arbeitsplätze für individuelle Abklärungen, Arbeitsversuche und Praktika zur Verfügung. Ziel ist es, Querschnittgelähmten Abklärungen innerhalb der Arbeitswelt zu ermöglichen und die Arbeitgeber vermehrt in die Verantwortung für Abklärungen verunfallter oder erkrankter Arbeitnehmer einzubinden.

Autor:

**Karl Emmenegger**

Schweizer Paraplegiker-Vereinigung

Institut für Berufsfindung IBF

6207 Nottwil

E-Mail:

karl.emmenegger@paranet.ch

# Eingliederung oder Rente? – ein Fallbeispiel

**Berufliche Eingliederung ist auch in der Paraplegiologie ein wichtiges Ziel. Doch was heisst es konkret, sich mit einer Querschnittlähmung in der Arbeitswelt zu behaupten? Ein Betroffener schildert seine Erlebnisse.**

**Fritz Vischer<sup>1</sup>**

**E**igentliches Fernziel der Rehabilitation ist bekanntlich die Rückkehr ins Erwerbsleben, denn wer seinen Lebensunterhalt selbst verdient, ist nach der Grundlogik des Invalidenversicherungsgesetzes nicht invalid. Dieser Logik versuche ich bis heute zumindest teilweise nachzuleben:

Von 1985 bis 1995 hatte ich eine 80-Prozent-Stelle bei einer Grossbank in Basel. Für einen Rentenanspruch war dieses Arbeitspensum trotz offensichtlicher medizinischer Invalidität zu hoch; für mich war es das Maximum, was ich mir angesichts meiner invaliditätsbedingt überlangen Morgentoilette zutrauen konnte; für die Bank war es das Minimum, das ich leisten musste, um am Beförderungssystem teilnehmen zu können.

Mit dem 80-Prozent-Einsatz (und -Lohn) brachte ich es immerhin bis zum Prokuristen. Schliesslich waren aber, als ich in die Vierziger kam, Er-

müdungserscheinungen nicht mehr zu verbergen. Ich fiel während fünf Wochen aus, und es wurde mir nahe gelegt, den Beschäftigungsgrad «wieder auf ein rentenkompatibles Mass zu reduzieren». Mir schien das übertrieben, aber die Botschaft war klar: 50 Prozent sind die empfohlene Dosis.

Also reduzierte ich mein Pensum. Und siehe da: Dank Kinderzulagen und einer Drei-Achtels-Rente der Pensionskasse verdiente ich plötzlich einen runden Tausender mehr im Monat, obwohl ich weniger arbeitete.

Dafür verlor ich meinen Prokuristen-Titel. Ich arbeitete ja nur noch 50 Prozent! 1996 gab mir ein neuer Chef den Titel wieder zurück, denn die Bestimmung, Teilzeiter nicht zu befördern, sei nur eine – inzwischen obsolete – Gepflogenheit gewesen. Ende Jahr gab es die Abteilung und den Chef nicht mehr.

Der betriebliche Restrukturierungsrhythmus beschleunigte sich weiter. Geeignete Stellen konzentrierten sich auf Zürich, aber ich konnte von zu Hause aus für den Paradeplatz wirken. Bis Ende 1998 lief das nicht schlecht, aber dann wurde es sehr eng. Das Team wurde schliesslich aufgelöst.

Meine Fachtexte blieben aber beliebt, und ich konnte damit eine Datenbank für meine Kollegen aufbauen. Im Frühling 2002 wurde ich deswegen sogar Vizedirektor. Heute bin ich daran, die Datenbank zu automatisieren, denn eine wiederum neu geschaffene zentrale Stelle in Zürich produziert jetzt solche Publikationen für die ganze Bank. Es ist wieder etwas ungemütlicher.

Das Leben in leistungsorientierten

und entbürokratisierten Betrieben ist spannend, aber nicht bequem. Das behäbige Pöstchen von früher gibt es nicht mehr, und auf der Strasse wartet eine wachsende Armee von Reservisten. Vollbeschäftigung ist höchstens noch in der Sonntagsrede wirtschaftspolitisches Ziel. Unter diesen Voraussetzungen kann die Logik des Invalidenversicherungsgesetzes nur in Einzelfällen vollumfänglich zum Tragen kommen.

Natürlich richten sich die ständigen betrieblichen und strukturellen Umwälzungen nicht gegen mich persönlich. Dieses Klima ist aber für alle, die im Verdacht stehen, die gewünschte Leistung vielleicht nicht zu erbringen, abträglich. Noch ist mir die rollstuhlbedingte geringere Flexibilität nicht zum Verhängnis geworden, aber es wundert mich nicht, dass ich in meiner beruflichen Umgebung höchst selten anderen Rollstuhlfahrern begegne. ■

**Autor:  
Fritz Vischer**

E-Mail: vischerf@datacomm.ch

<sup>1</sup> Ein weiterer Erfahrungsbericht desselben Autors findet sich auf den Seiten 16 und 17 in diesem Heft. Angaben zum Autor siehe dort.



# Lebenslange Nachbetreuung bei Menschen mit Querschnittslähmung – das Leben zu Hause

**Es ist heute weit gehend anerkannt, dass Querschnittgelähmte nach der stationären Rehabilitation weiterhin durch die spezialisierte Rehabilitationsklinik nachbetreut werden sollten; dies in enger Zusammenarbeit mit dem Hausarzt.**

**Mark Mäder, Regula Spreyermann**

**M**it dem Abschluss der stationären Behandlung ist der primäre Auftrag der Rehabilitation, das Erreichen einer grösstmöglichen Selbstständigkeit, weit gehend erfüllt. Allerdings wissen wir, dass später, im Verlauf der Jahre, erhebliche Komplikationen auftreten können. Aufgrund dieser Erfahrung hat sich die Erkenntnis

**«Überall begegnet man plötzlich Hindernissen der verschiedensten Art, die früher nicht da waren.»**

durchgesetzt, dass eine regelmässige Kontrolle im spezialisierten Ambulatorium – anfangs alle ein bis drei Monate, später jährlich – sinnvoll ist. Gezielt wird in dieser Untersuchung auf erste Zeichen typischer Komplikationen geachtet, und der Patient wird umfassend beraten, damit es im besten Fall ge-

lingt, solche Komplikationen zu verhindern. Am eindrücklichsten ist der Gewinn im Bereich der neurogenen Blasenfunktionsstörung, da durch diese früher die Lebenserwartung der ParaplegikerInnen stark herabgesetzt war.

Doch auch in den ersten Monaten nach dem Austritt erfüllen die ambulanten Kontrollen eine wichtige Aufgabe; dann stehen Themen wie die Umsetzung der erworbenen Fähigkeiten im eigenen Alltag und die berufliche Eingliederung an einem adaptierten Arbeitsplatz im Vordergrund.

## Typische Stationen der ambulanten Nachbetreuung

Natürlich verläuft jede Rehabilitation und hiermit auch jede ambulante Nachbetreuung unterschiedlich, abhängig von der individuellen Persönlichkeit, ihren Voraussetzungen und Möglichkeiten, ihrem sozialen und beruflichen Umfeld. Dennoch gibt es typische Stationen, die jeder Patient im Verlauf der lebenslangen ambulanten Nachbetreuung durchläuft. Diese Stationen werden wir in der Folge an einem (fiktiven) Fallbeispiel veranschaulichen.

Frau M., Jahrgang 1967, ist gelernte Werbeassistentin. Am 4. Juni 1995 ist sie bei einem Gleitschirmflug verunfallt. Sie wurde in die Notfallstation des Universitätsspitals Basel gebracht. Dort stellte sich heraus, dass sie sich eine Fraktur des 11. Thorakalwirbels und dadurch eine komplette Querschnittslähmung unterhalb thorakal 10 zugezogen hatte. Die Wirbelsäule wurde operativ stabilisiert, und Frau M. wurde in unsere Klinik, die REHAB Basel, ver-

legt. Die Rehabilitation erfolgte gemäss dem heutigen internationalen Standard.

Am Schluss der Rehabilitation ist Frau M. selbstständig, benötigt zur Fortbewegung einen Rollstuhl und hat wegen der neurogenen Blasen-, Darm- und Sexualfunktionsstörung ein spezielles Regime erlernt.



Mark Mäder



Regula Spreyermann



Tabelle:

**Typische Komplikationen bei Querschnittlähmung**

Typische Komplikation bei Querschnittlähmung	Massnahmen im Ambulatorium
Dekubitus	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Abklären der Ursache und je nach Lokalisation: Überprüfen der Sitzposition, evtl. Sitzdruckmessung, Sitzkissenanpassung. Schuh-, Matratzen-, Hautkontrolle; Kontrolle von Mobilisationsdauer und Suchtmitteln</li> <li>● Spezialisierte konservative Pflege</li> <li>● Bei dritt- und viertgradigem Dekubitus Vorstellung beim plastischen Chirurgen, evtl. operative Deckung/Lappenplastik (Hospitalisation)</li> </ul>
Koprostase (Kotstauung im Dickdarm)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Abklären der Ursache: Änderung der Stuhlmedikamenten-Einnahme? Mobilität? Ernährung? Evtl. Colons Transitzeit bestimmen.</li> <li>● Abführen, Neueinstellen der Darmmedikamente</li> <li>● Ernährungsberatung</li> <li>● Evtl. Kolonhydrotherapie</li> </ul>
Urininkontinenz, gehäufte Harnwegsinfekte (mehr als zwei pro Jahr), Urolithiasis (Nierensteine), Urgesymptomatik (Harndrängen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Abklären der Ursache mittels Anamnese (Relapsinfekte, Rezidive, Verlauf)</li> <li>● Urologisches Konsilium (ausserhalb der üblichen Kontrollen), Ultraschall Blase/Nieren</li> <li>● Urodynamische Abklärung durch Urologen</li> <li>● Gezielte Ursachenbehandlung mittels Medikamenten, Botox lokal, Operation (stationär)</li> </ul>
Spastizitätszunahme	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Suche nach Ursachen (Blase, Darm, Myelonveränderung usw.)</li> <li>● Medikamentöse Therapie, Physiotherapie, Motomed (motorunterstützte Bewegungstherapie), Hippotherapie (Reittherapie), Botox-Injektion</li> </ul>
Neurogene Schmerzen	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Abklärung dahinter liegender Ursachen (Syringomyelie, enger Spinalkanal usw.)</li> <li>● Medikamentöse Therapie</li> <li>● Komplementärmedizin: Akupunktur, Homöopathie usw.</li> <li>● Interventionelle Methoden (Rückenmarkstimulator, Schmerzpumpe usw.), Hospitalisation</li> </ul>
Neurologische Verschlechterung	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Überprüfung auf verminderte Muskelkraft, auf Veränderung der Sensibilität und der Reflexe, auf Spastik oder auf Änderung der Blasen-/Darmfunktion</li> <li>● Neurologisches Konsilium</li> <li>● Bildgebung mittels MRI/CT diskutieren</li> <li>● Frage nach Syringomyelie oder engem Spinalkanal, Arachnopathie, Diskopathie</li> </ul>
Rückenschmerzen	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Abklärung der Ursache: muskuläre Dysbalance, Fehlstatik, Metalllockerung, Instabilität, Skoliose</li> <li>● Orthopädisches Konsilium</li> <li>● Spezifische Therapie: Physio, MTT (Medizinische Trainingstherapie), Korsett, Operation?</li> </ul>
Schulterschmerzen	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Abklären, ob akut oder chronisch (nach 10- bis 15-jähriger Paraplegie handelt es sich beispielsweise meist um die Folgen einer chronischen Überbelastung)</li> <li>● Therapie: Physiotherapie, MTT, Operation</li> </ul>
Periartikuläre Verkalkung (POA/PAO) <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Im akuten Stadium Gabe von Antirheumatika (NSAR) und Reduktion der Physiotherapie, evtl. Bestrahlung</li> <li>● Massnahmen zur Verhinderung von Langzeitproblemen (eingeschränkte Beweglichkeit mit schlechter Sitzposition, einseitige Druckbelastung Gesäss und Dekubitusgefahr)</li> </ul>
Karpaltunnelsyndrom <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Abklärung des Schweregrades – Elektroneurografie</li> <li>● Handchirurgisches Konsilium: Stabilisierende Manschette oder Operation?</li> </ul>
Depression	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Abklären der Ursache (in den ersten Jahren: im Rahmen der Verarbeitung der eingetretenen Behinderung, im Rahmen einer vorbestehenden Belastung?, später: durch chronische Schmerzen, zunehmende physische Einschränkung, zunehmende Abhängigkeit?)</li> <li>● Stützende psychologische Begleitung, evtl. medikamentöse Therapie</li> <li>● Entlastungen im Alltag, soziale Kontakte</li> </ul>
Posttraumatische Belastungsstörung <sup>3</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Psychiatrische Evaluation und Therapie</li> </ul>

<sup>1</sup> Verkalkungen im Weichteilbereich in Gelenknähe, meist Hüftgelenke

<sup>2</sup> durch Gehen an Stöcken bei inkompletter Paraplegie oder durch Rollstuhlfahren

<sup>3</sup> Mit typischen Zeichen wie «Flashbacks», Albträumen, Vermeidungsverhalten, dissoziativen Symptomen

**Die ersten Kontrollen**

Die erste Kontrolle wird vom bisher zuständigen Stationsarzt und der Ambulatoriumsärztin gemeinsam durchgeführt. Dies garantiert, dass in dieser ersten Kontrolle keine wichtigen Punkte übersehen werden und dass die medizinische Betreuung lückenlos weitergeführt werden kann.

«Der Zeitpunkt der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit muss gut abgewogen werden.»

Wie hat Frau M. die ersten Wochen zu Hause erlebt? Welche neuen Fragen und Probleme sind aufgetaucht?

Während der stationären Behandlung bei uns war der Tag mit verschiedenen Therapien, mit Körperpflege, Hautkontrolle und so weiter ausgefüllt gewesen; nun kommt fürs Leben zu Hause Waschen, Einkaufen und Kochen dazu – alles Tätigkeiten, die vom Rollstuhl aus umständlicher sind, genauso wie die Fortbewegung; alles kostet mehr Zeit und muss genau geplant werden. Frau M. ist abends müde und nach vier Wochen dieser intensiven Auseinandersetzung auch teilweise entmutigt und erschöpft. Dazu kommt, dass im Erleben des eigenen früheren Alltags die eingetretene Behinderung viel deutlicher spürbar wird: Überall begegnet man plötzlich Hindernissen der verschiedensten Art, die früher nicht da waren. Dies alles stellt eine geballte Ladung an Herausforderungen dar. Das Ambulatorium unterstützt Frau M. nun darin, Schritt für Schritt in dieses neue Leben hineinzuwachsen und sich vor Überforderung und Erschöpfung zu schützen.

Als Nächstes steht dann der Wiedereinstieg in die Arbeit im Vordergrund: Frau M. kann als Werbeassistentin bei adaptiertem Arbeitsplatz (ein solcher wurde bereits während der Erstrehabilitation bei ihrem Ar-

beitgeber eingerichtet) mit einem Arbeitsversuch bei reduziertem Arbeitspensum beginnen. Dann kann sie das Pensum schrittweise steigern bis auf eine Arbeitsfähigkeit von 60 Prozent. In dieser Zeit bezahlt die Unfallversicherung Taggelder, später zahlt sie eine Rente.

Eine so schnelle Wiedereingliederung, wie sie bei Frau M. möglich war, wäre bei einem Bauarbeiter, Handwerker oder Gärtner und bei vielen anderen Berufsleuten nicht möglich gewesen – eine Umschulung wäre notwendig gewesen und wäre von der IV finanziert worden.

Jedenfalls muss der Zeitpunkt der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit gut abgewogen werden. Wir planen deshalb bei möglichst allen PatientInnen einen schrittweisen Einstieg mit einem Teilzeitpensum und veranschlagen genügend Zeit, um dem vermehrten Zeitaufwand für Körperpflege und Transport ge-

«Dennoch ist bei einem akuten Problem häufig der Hausarzt erste Anlaufstelle.»

recht zu werden. Ein Problem ist häufig auch die regelmässige Blasenentleerung; dieses Thema muss wenn nötig mit dem Arbeitgeber besprochen werden.

**Weitere Kontrollen 1996 bis 2003**

In den nächsten Jahren ist Frau M. regelmässig ins Ambulatorium gekommen. Dabei mussten die folgenden medizinischen Themen angesprochen werden:

- Spastikzunahme und Inkontinenz bei einem symptomatischen Harnwegsinfekt
- zweitgradiger Dekubitus durch Fehler beim Transfer vom Rollstuhl zur Toilette
- Schwangerschaft und Geburt
- Urininkontinenz bei intermittierendem Katheterisieren
- Osteoporose
- Hilfsmittelanpassung
- Einbezug neuer Therapieansätze
- Neurogene Schmerzen
- Karpaltunnelsyndrom
- Rezidivierende Koprostase (Kotstauung im Dickdarm).

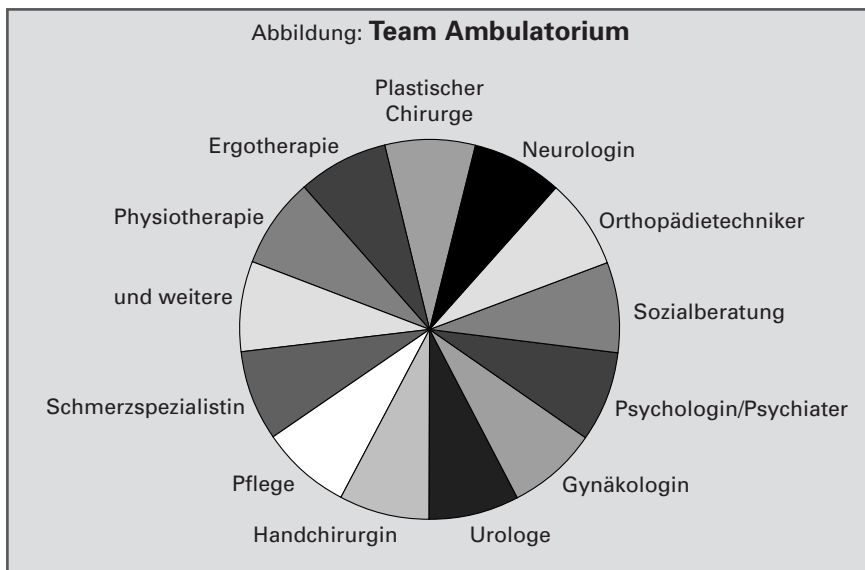
Im selben Zeitraum wurde auch der Hausarzt der Patientin einige Male beraten, und zwar zu den folgenden Themen:

- Harnwegsinfekt mit Pseudomonas: Therapie?
- Zunahme der Spastizität: Vorgehen?
- Unklares Fieber.

**Rolle des Ambulatoriums**

Aus den oben genannten Themen in der Nachbetreuung von Frau M. lassen sich für die Langzeitbehandlung durch das Ambulatorium die folgenden Kernaufgaben ableiten:

- umfassende Betreuung des Querschnittgelähmten in allen Aspekten:



medizinisch, psychologisch, sozial

■ Fortführung der Rehabilitation: Anpassungen an die Entwicklung der PatientInnen, kontinuierliche Information der PatientInnen, Anpassen von Hilfsmitteln, Verbesserung der Gehfähigkeit bei inkompletten ParaplegikerInnen usw.

■ Vorsorgekontrollen zur Verhinderung beziehungsweise Früherkennung von Komplikationen – jährlicher Check-up im Ambulatorium

■ Beratung in speziellen Fragen wie Sexualität, Kinderwunsch, Schwangerschaft und Geburt, Handchirurgie, Sport, Orthopädie, Komplementärmedizin, kardiovaskuläre Prävention und Therapie

■ Behandlung von querschnittlähmungsspezifischen Komplikationen (siehe *Tabelle*).

### Rolle des Hausarztes

Die Betreuung einer querschnittgelähmten Patientin ist eine hoch spezialisierte Aufgabe. Dennoch ist bei einem akuten Problem häufig der Hausarzt (der in seiner Praxis meist nicht mehr als ein bis zwei Patienten mit Querschnittlähmung betreut) erste Anlaufstelle. Handelt es sich um medizinische Probleme wie eine Hypertonie, eine Herzkrankheit, eine Grippe und so weiter, so gehört die Behandlung in die Hände des Hausarztes; er muss dabei aber gewisse Besonderheiten beachten. Anders ist die Situation bei Schmer-

**«Es ist jedem Paraplegikerzentrum ein Anliegen, Hausärzte durch sorgfältige Berichte über die Besonderheiten dieser Patienten zu informieren.»**

zen des Bewegungsapparates, neurogenen Schmerzen, Blasenentzündungen und so weiter, da hier die speziellen querschnittlähmungsspezifischen Aspekte berücksichtigt werden müssen. Solche Behandlungen

übernimmt deshalb in einer ersten Phase meist das Ambulatorium, das sie nach der Abklärung und der Einleitung einer Therapie an den Hausarzt übergibt. Es ist jedem Zentrum für Querschnittgelähmte ein grosses Anliegen, HausärztInnen durch sorgfältige Berichte über die Besonderheiten dieser PatientInnen zu informieren. Jederzeit ist natürlich auch eine telefonische Rücksprache möglich.

### Zusammenfassung

In der ambulanten Nachsorge bei Querschnittgelähmten wird also ein lebenslanger Prozess begleitet, indem

**«Die lebenslange Nachsorge ist Voraussetzung, um eine normale Lebenserwartung und eine gute Lebensqualität von Querschnittgelähmten sicherzustellen.»**

durch regelmässige Standortbestimmungen die medizinische, psychische, soziale und berufliche Situation evaluiert wird. Aufgrund dieser Beurteilung werden die aktuell notwendigen Therapien beziehungsweise Unterstützungsmassnahmen eingeleitet. Für diese Aufgaben zieht die Ambulatoriumsärztin TherapeutInnen aus dem gesamten Team der Klinik und ÄrztInnen aus dem breit gefächerten Konsiliardienst bei (siehe *Abbildung*).

In der Paraplegiologie ist die lebenslange Nachsorge Voraussetzung, um eine normale Lebenserwartung und eine gute Lebensqualität von Querschnittgelähmten sicherzustellen. Das Modell der umfassenden Rehabilitation und lebenslangen Nachbetreuung von Querschnittgelähmten, wie es hier beschrieben wurde, ist heute allgemein anerkannt. Leider hat es sich aber bis heute auch in der Schweiz noch nicht durchgehend durchgesetzt, und leider wurde bisher auch die Chance verpasst, dieses Modell auf andere Behindertengruppen zu übertragen. ■

**AutorInnen:**

**Dr. med. Mark Mäder**

Chefarzt  
und

**Dr. med. Regula Spreyermann**

Leitende Ärztin Ambulatorium

REHAB Basel

Zentrum für Querschnittgelähmte  
und Hirnverletzte

Postfach

4025 Basel

E-Mail: mm@rehab.ch

### Literaturhinweise:

McColl MA, Arnold R, Charlifue S, Glass C, Savic G, Frankel H: Aging, spinal cord injury, and quality of life: structural relationships. *Arch Phys Med Rehabil.* 2003 Aug; 84 (8): 1137-44.

Salzberg CA, Byrne DW, Cayten CG, Kabir R, van Niewerburgh P, Viehbeck M, Long H, Jones EC: Predicting and preventing pressure ulcers in adults with paralysis. *Adv Wound Care.* 1998 Sep; 11 (5): 237-46.

McKinley WO, Jackson AB, Cardenas DD, DeVivo MJ: Long-term medical complications after traumatic spinal cord injury: a regional model systems analysis. *Arch Phys Med Rehabil.* 1999 Nov; 80 (11): 1402-10.

Dunn M, Love L, Ravestoot C: Subjective health in spinal cord injury after outpatient healthcare follow-up. *Spinal Cord.* 2000 Feb; 38 (2): 84-91.

Meyers AR, Bisbee A, Winter M: The «Boston model» of managed care and spinal cord injury: a cross-sectional study of the outcomes of risk-based, prepaid, managed care. *Arch Phys Med Rehabil.* 1999 Nov; 80 (11): 1450-6.

Davis DS, McColl MA: Lifestyle risks for three disease outcomes in spinal cord injury. *Clin Rehabil.* 2002 Feb; 16 (1): 96-108.

Murphy D, Reid DB: Pain treatment satisfaction in spinal cord injury. *Spinal Cord.* 2001 Jan; 39 (1): 44-6.

# Was kann das schweizerische Gesundheitswesen von der Paraplegiologie lernen?

**Wer in der Schweiz eine Querschnittslähmung erleidet, kann mit einer grossen gesellschaftlichen Unterstützung, aber auch mit einer kompetenten und meist höchst erfolgreichen Rehabilitation rechnen. Warum? Der folgende Beitrag liefert sechs mögliche Erklärungen.**

**Hans Peter Gmünder<sup>1</sup>**

Die Rehabilitation von Querschnittgelähmten weist international und vor allem in der Schweiz sehr gute Resultate auf [1]. Die Gründe liegen nicht zuletzt in der Besonderheit der Erkrankung; in den meisten Fällen führt ein Unfall zu einer mehr oder weniger schweren Körperverletzung, die sehr schwere und rasch abschätzbare Folgen nach sich zieht und für die Betroffenen einen sehr schweren Schicksalsschlag bedeutet. In der Schweiz hat die Schweizer Paraplegiker-Stiftung einen erheblichen Beitrag dazu geleistet, dass den betroffenen Menschen von der Gesellschaft eine besondere Aufmerksamkeit und Anteilnahme ge-

schenkt wird, verbunden mit der Bereitschaft, diese Arbeit auch finanziell zu unterstützen.

**Warum ist die Rehabilitation von Querschnittgelähmten in der Schweiz erfolgreich?**

*1. These: Enge Verknüpfung von Akutbehandlung und Rehabilitation*  
Nahezu jeder Patient mit einer unfallbedingten Querschnittslähmung wird aufgrund der schweren Schädigung seiner funktionellen Integrität und der daraus resultierenden Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe [2] unmittelbar nach der Akutbehandlung in einer spezialisierten Rehabilitationsklinik weiterbehandelt. Die Verlegungen in die Rehabilitationskliniken erfolgen teilweise noch während der Akutphase, teilweise wird die Akutversorgung einschliesslich Operation auch in den gleichen Kliniken durchgeführt wie die Rehabilitation [3]. So entsteht keine Unterbrechung zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation, wie dies bei anderen Verletzungen der Fall sein kann (wodurch Behandlungserfolge unter Umständen erheblich erschwert werden).

*2. These: Enge Verknüpfung von Rehabilitation und lebenslanger Betreuung*

In der Schweiz werden Querschnittgelähmte zu einem grossen Teil durch die Fachspezialisten der Rehabilitationskliniken ambulant lebenslang weiterbetreut. Dies geschieht im Rahmen von Jahreskontrollen mit der Fokussierung auf paraplegie-spezifische Probleme einschliesslich neurourologischer Untersuchungen sowie auch im Rahmen von Kon-



Hans Peter Gmünder

trollen bei verschiedenen medizinischen Problemen und Komplikationen. Diese Betreuung ist nur durch den Einsatz verschiedener Fachspezialisten aus dem interdisziplinären Behandlungsteam möglich und schliesst im Sinne einer umfassenden Weiterbetreuung auch Fachdisziplinen wie Sozialberatung, Berufsberatung und ambulante Pflege bis hin zum Rechtsdienst mit ein. Auf diese Weise können Probleme lebenslang und – wie bereits in der Akutphase – zielgerichtet und mehrdimensional angegangen werden, wobei die Fallkoordination in der Regel bei einem paraplegiologisch erfahrenen Arzt liegt [4].

*3. These: Standardprobleme, Standardprogramme, klare Ziele*

In der Rehabilitationsmedizin ist es mitunter schwierig, klare Behandlungsprogramme im Sinne von Behandlungspfaden zu formulieren, da sich Behandlungsziele und -massnahmen nur teilweise aus medizinischen Diagnosen ableiten lassen [5]. Entscheidend in der Rehabilitation

<sup>1</sup> Dr. med. Hans Peter Gmünder hat in seiner beruflichen Laufbahn die folgenden Stationen durchlaufen: 1985–1991 Neurologie, Innere Medizin und Intensivmedizin in Berlin; 1991–1994 Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil, Oberarzt Intensivpflegestation; 1994–1996 Oberarzt Medizinische Klinik und Rehabilitation Bürgerspital Solothurn; 1996–1998 Ärztlicher Leiter Geriatriische Rehabilitationsklinik Friedrichshafen; 1998–2001 Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil, Stellvertretender Chefarzt. Seit 2001 ist er Chefarzt und Medizinischer Direktor der Rehaklinik Bellikon.



ist die Problemanalyse, unter Berücksichtigung der verschiedenen Dimensionen von gesundheitlicher Integrität und Behinderung eines Patienten einschliesslich der Kontextfaktoren [2]. Erst danach kann ein umfassender, auf das Individuum zugeschnittener Rehabilitationsplan festgelegt werden.

Dies gilt grundsätzlich auch für die Rehabilitation von Querschnittgelähmten. Aber hier stösst man dabei auf immer wiederkehrende Probleme, aus denen sich einheitliche Behandlungsprogramme ableiten lassen: Blasen- und Darmrehabilitation, muskuläres Aufbau- und Rollstuhltraining, Selbsthilfetraining, Instruktion zur Dekubitusprophylaxe, Wohnungsabklärung und so weiter. Die einzelnen Abschnitte des Rehabilitationsablaufes sind für die Betroffenen deshalb inhaltlich und zeitlich gut nachvollziehbar [6]. Diese Orientierung ist ein wichtiger Motivator für die Patienten und für das Behandlungsteam. Da bleibende Behinderungen und Beeinträchtigungen sich bezogen auf die Gesamtrehabilitationsdauer relativ früh abzeichnen, sind auch aufwändigere Massnahmen wie Wohnungsanpassungen oder -umbauten bis zum Ende der Rehabilitation oftmals abgeschlossen.

#### 4. These: Akzeptanz der Behinderung

Die strukturelle Schädigung von Wirbelsäule und Rückenmark führt aufgrund der damit verbundenen sensomotorischen und neurovegetativen Ausfälle zu eindeutig erklärbaren Funktionsdefiziten. Diese schwere und für die Patienten nach kurzer Zeit nachvollziehbare definitive Schädigung fordert eine klare Auseinandersetzung mit dem Schicksal. Nur wenn der Patient die Behinderung akzeptiert, ist es möglich, neue Ziele zu formulieren und diese auch zu erreichen, wobei häufig auch einschneidende Veränderungen im sozialen und beruflichen Umfeld resultieren. Bei anderen Behinderungen mit weniger klaren Kausalzusammenhängen zwischen Körperschäden und Beschwerden ist die Hoffnung auf Heilung – und damit einhergehend die Nichtakzeptanz der aktuellen Situation – oft hinderlich, wenn es darum

geht, konkrete Behandlungsziele zu formulieren, die auf ein besseres Leben mit der Behinderung abzielen [7].

#### 5. These: Zielgerichteter internationaler Fachaustausch

In der Paraplegiologie steht das Krankheitsbild der Querschnittlähmung immer im Vordergrund, und zwar während der gesamten Behandlungskette, von der Akutversorgung über die Rehabilitation bis zur lebenslangen Betreuung. Dies ermöglicht einen sehr vertieften und hoch spezialisierten interdisziplinären Fachaustausch, wie er in anderen Gebieten der Rehabilitation nicht immer üblich oder möglich ist. So widmet sich etwa die International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM) sehr vielen Bereichen der Rehabilitationsmedizin [8]. Der fachliche Austausch kann dann für einzelne Krankheitsbilder nur wenig in die Tiefe gehen, da vor allem die rehabilitationsmedizinisch relevanten Aspekte beleuchtet werden.

#### 6. These: Finanzierungsquellen

Die zusätzlichen Gelder, die in der Schweiz für Querschnittgelähmte zur Verfügung stehen, haben sicher mit dazu beigetragen, dass wir uns in der Rehabilitation von Querschnittgelähmten im internationalen Vergleich zum Teil positiv abheben können. Die Schweizer Paraplegiker-Stiftung, die wesentliche finanzielle Mittel für Querschnittgelähmte zur Verfügung stellt, ist dank des persönlichen Engagements von Guido A. Zäch («Gründungsvater» der Schweizer Paraplegiker-Stiftung, der Schweizer Paraplegiker-Vereinigung sowie des Schweizer Paraplegiker-Zentrums Nottwil) sehr erfolgreich. Dass die Bevölkerung die Querschnittlähmung als schweres Schicksal wahrnimmt, fördert, verbunden mit den guten Behandlungs- und Reintegrationserfolgen, die Bereitschaft, für die betroffenen Menschen eine finanzielle Unterstützung zu leisten. Darüber hinaus erleichtert bei der traumatischen Querschnittlähmung die einheitliche Finanzierung im Rahmen des UVG das Fallmanagement.

## Schlussfolgerungen

Die erfolgreiche Rehabilitation von Querschnittgelähmten lässt sich zum Teil auf die Besonderheiten des Krankheitsbildes zurückführen. Die Kenntnis dieser für den Behandlungserfolg wichtigen Faktoren kann aber auch in anderen Gebieten der Rehabilitationsmedizin von Nutzen sein, allerdings in unterschiedlichem Ausmass. Es lohnt sich, die Frührehabilitation und die koordinierte Nachbetreuung und damit auch den fachlichen Austausch zwischen Akut- und Rehabilitationsmedizin weiter zu fördern, Behandlungsziele und -programme soweit als möglich zu standardisieren sowie die Akzeptanz von Behinderungen durch die Betroffenen selbst zu unterstützen und daraus neue Ziele abzuleiten. ■

Autor:

**Dr. med. Hans Peter Gmünder**

Chefarzt und

Medizinischer Direktor

Rehaklinik Bellikon

5454 Bellikon

E-Mail:

[hanspeter.gmuender@rehabellikon.ch](mailto:hanspeter.gmuender@rehabellikon.ch)

#### Literatur:

1. Cavigelli A, Fischer R, Dietz V: Socio-economic outcome of paraplegia compared to lower limb amputation. *Spinal Cord* 2003; 40: 174-177.
2. World Health Organisation: International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF. Geneva, 2001.
3. Zäch GA: Rehabilitation beginnt am Unfallort. Multidisziplinäre Betreuung Querschnittgelähmter in der Akutphase. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1991.
4. Mäder M: Selbstbestimmtes Leben – Überblick über die Geschichte der Rehabilitation. In: Grosse W, Pätzug HP (Hrsg): Selbstbestimmtes Leben. Michel Sandstein Verlagsgesellschaft, Dresden, 1999.
5. Gmünder HP: Patientenpfade in der Rehabilitation – Möglichkeiten und Grenzen. 4. Deutsche Casemix-Konferenz, Frankfurt am Main, 2003.
6. Gerner HJ: Die Querschnittlähmung. Blackwell Wissenschaft, Berlin, 1992.
7. Benterbusch B, Eisenhuth J: Der Psychologische Dienst – Fluch oder Segen. 12. Jahrestagung der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegie (DMGP), 1999.
8. International Society of Physical and Rehabilitation Medicine ISPRM: Mission and goals. Internet: [www.isprm.org](http://www.isprm.org)

# Der Weg ist da – wo ist der Wille?

von **Martin D. Denz**,  
Mitglied des Redaktionellen Beirats der Zeitschrift «Managed Care»



Martin D. Denz

Anlässlich der letzten Sitzung des Redaktionellen Beirats waren wir uns wieder einmal einig darüber, dass die Idee der Managed Care nach wie vor richtig sei. Es wurde auf viele erfolgreiche Erfahrungen verwiesen. Allerdings konnte niemand die Frage beantworten, weshalb sich die Managed-Care-Konzepte in der Schweiz bisher nie wirklich im grossen Massstab durchsetzen konnten.

In der Schweiz setzt sich eine Idee durch, wenn sie gut ist und wenn eine Lobby dahinter steht. Also ist entweder die Idee des Managed Care-Ansatzes nicht gut, oder es gibt keine Lobby, die daran interessiert ist. – Keine Lobby dafür, unser Gesundheitswesen zu verbessern? Oder sollte ich anders fragen: Wer hat denn ein Interesse daran, dass sich in der Schweiz überhaupt etwas verändert?

Wenn ich das Verhalten aller Anspruchsgruppen im Gesundheitswesen betrachte, dann beschleicht mich ein schrecklicher Verdacht: Könnte es sein, dass alle (ich meine ALLE!) daran interessiert sind, den Status quo zu erhalten? Wie wäre es denn sonst zu erklären, dass die Kantone

weiterhin den Kantönligest kultivieren, die Berufsgruppen und Branchenvertreter ihre Energie mit kleinräumigen Reibereien verpuffen, die von Bürgerinnen wieder gewählten Politiker Zeit und Geld darein investieren, nicht miteinander zu reden und keine nachhaltigen Lösungen zu schaffen?

Zwar beklagen sich ALLE, doch scheint es ihnen dabei gut zu gehen – sonst würden sie ja etwas ändern. Jeder kämpft für sich und gegen die andern. Können wir uns denn das noch leisten, dass niemand am gleichen Strick zieht – geschweige denn in dieselbe Richtung? Sie werden entgegen, dass ja überhaupt kein Strick vorhanden sei! Sie haben Recht: Ein gemeinsamer Strick würde bedeuten, dass wir eine gemeinsame Vorstellung davon haben, in welche Richtung es mit dem Schweizer Gesundheitswesen gehen könnte.

Aber wie kann eine gemeinsame Vision für ein besseres Gesundheitswesen entstehen, wenn die ganze Schweiz in einer mentalen Stagnation verharrt? Unsere Nation laviert zwischen kurzfristigem Gewinnstreben und Kaputtsparszenarien. Weder die Entscheidungsträger noch die Bevölkerung haben den Mut zum Aufbruch. Wir reagieren, statt zu agieren; wir betreiben Symptombekämpfung, statt Visionen zu generieren und umzusetzen. Irgendwo zwischen 1848 und dem Swissair-Grounding ist uns der Wille zur Veränderung abhanden gekommen. Die fehlende Entwicklungsperspektive wirkt sich auch aufs Gesundheitswesen lähmend aus.

Was soll die quasi rituelle Fokussierung auf die Kostenentwicklung, welche mit den immer gleichen strukturorientierten Rezepten stets

erfolglos behandelt wird? Schlagen wir den Sack (das Gesundheitswesen) statt den Esel (die Nation Schweiz)? Wer entwirft eine Vision für eine bessere Schweiz (mit einem besseren Gesundheitswesen), wie sie in zehn oder zwanzig Jahren aussehen sollte? Wer hat den Mut, Investitionen zu fordern, weil wir uns ein qualitativ besseres Gesundheitswesen leisten wollen? Vielleicht könnten wir der kranken Schweiz weiterhelfen, indem wir Rezepte aus dem Erfahrungsschatz der Managed Care anwenden, die über das Gesundheitswesen hinausgehen? Der Weg ist da – packen wirs an!

**Dr. med. Martin D. Denz**  
Leiter eHealthcare FMH,  
Verbindung Schweizer  
Ärztinnen und Ärzte FMH;  
Mitglied des Redaktionellen Beirats  
der Zeitschrift «Managed Care»

## Med-swiss.net: Tagesgeschäft und Visionen

«**Netzwerke**» sind in aller Munde: Wer innovativ sein will, vernetzt sich. Netzwerke im Gesundheitswesen sind besonders populär, wenn sie als Vehikel für die eigenen Ideen benützt werden können. Die Versicherer möchten Netze als Disziplinierungsmittel nutzen, um Ratingideen besser durchsetzen zu können. Die Politiker verbinden den Begriff mit einer meist nebligen Vorstellung von einer ökonomisch besseren Versorgung nach dem Motto: «mehr Leistung für einen tieferen Preis». In der Ärzteschaft sind es nicht nur die Spezialisten, die in den Netzwerken eine Bedrohung statt einen Fortschritt sehen. Mit der KVG-Revision sind die Ärztenetzwerke ins Zentrum des öffentlichen Interesses gerückt.

Ein weiteres Reizwort ist «**Budgetverantwortung**». Ärztliche Entscheide sollen, wenn immer möglich, auf «evidence» (Beweisen) basieren. Daneben stehen den Patienten und den Therapeuten individuelle Ermessens- und echte oder vermeintliche Sicherheitspielräume offen. Diese Freiheit verpflichtet Patienten/Patientinnen und Ärzte/Ärztinnen gleichermaßen, den Behandlungsaufwand mitverantworten zu helfen. med-swiss.net stellt sich auf den Standpunkt, dass Budgetverantwortung nicht gleichbedeutend ist mit voller Risikoübernahme durch die Leistungserbringer und dass das Vertragsverhältnis mit den Versicherern beide Seiten in die Pflicht nimmt.

Im Laufe des Jahres wurde uns jedoch klar, dass das Informationsdefizit in den eigenen Reihen ebenso gross ist wie bei den Politikern. Wir haben deshalb in einer separaten Kampagne die Kantonalgesellschaften erreicht und sind dort auf ein erstaunliches Echo gestossen. Es wurde uns ermöglicht, anlässlich von Vorstandssitzungen unsere Organisation und die Funktionsweise unserer Netze vorzustellen. Wir sind überzeugt, damit viele Vorurteile abgebaut und Anstoss für eigene Aktivitäten gegeben zu haben.

Neben diesem intensiven Alltagsgeschäft haben wir uns auch Gedanken darüber gemacht, wie die weitere Zukunft aussehen könnte. Ausgehend von der Tatsache, dass die Begriffe «**Ärztenetzwerk**» und «**Budgetverantwortung**» im Moment noch ein Gefäss mit unklar definiertem Inhalt sind, und in der Überzeugung, dass wir Ärztinnen und Ärzte und wir Grundversorger im Speziellen dazu prädestiniert sind, dieses Gefäss zu füllen, haben wir im Sommer alle Mitglieder von med-swiss.net angeschrieben. Wir haben zur Mitarbeit in einer Arbeitsgruppe aufgerufen, deren Ziel es ist, eine Vision darüber zu entwickeln, wie ein Netzwerk in fünf Jahren funktionieren soll. Unter dem Label **Vision 08** hat sich eine etwa zehnköpfige Kommission gebildet, die bereits an der Arbeit ist. Sobald erste Resultate vorliegen, werden diese den Mitgliederorganisationen zu einer breiten Vernehmlassung unterbreitet. Wir wollen einen Konsens in der Substanz, aber einen breiten Spielraum in der Ausgestaltung des angestrebten Netzmodells erreichen.

Anfang September wird med-swiss.net eine **Podiumsveranstaltung** organisieren zum Thema «**Was ist ein Netzwerk? Was bedeutet Budgetverantwortung?**». Wir hoffen dabei besonders auch auf das rege Interesse der Politiker.

Vorstand med-swiss.net



# Wie entstehen vernetzte Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen?

## Hinweise zum Gründungsmanagement aus betriebswirtschaftlicher Sicht

**Netzwerke sind eine Organisationsform, die im Gesundheitswesen von morgen eine wichtige Rolle spielen werden. Der folgende Beitrag gibt Hinweise aus betriebswirtschaftlicher Sicht zum Vorgehen bei der Netzwerkgründung und zu möglichen Kooperationsformen und Koordinationsinstrumenten.**

**Günther E. Braun<sup>1</sup>**

Vernetzte Versorgungsstrukturen werden im europäischen Gesundheitswesen zukünftig eine immer wichtigere Rolle spielen. Darauf deuten zum Beispiel die politischen Diskussionen und die Gesetzesänderungs-Vorhaben in der Schweiz und in Deutschland hin. Das so genannte «Modernisierungsgesetz» der Gesetzlichen Krankenversicherung, das in Deutschland im Oktober 2003 endgültig verabschiedet wurde, wird der Entwicklung von vernetzten Versorgungsstrukturen in Deutschland vermutlich jedenfalls weiter Vorschub leisten: Wenn die Grenzen

zwischen ambulantem und stationärem Sektor überwunden, Disease-Management-Programme aufgebaut, (poliklinische) Versorgungszentren in Gruppenpraxen entwickelt und Hausarztmodelle etabliert werden sollen, braucht es vernetzte Versorgungsstrukturen.

### Netzwerke als besondere Organisationen

Gesundheitsnetzwerke sind Organisationen, die sich grundlegend von Industrieunternehmen oder Einrichtungen der öffentlichen Verwaltung unterscheiden. Im Unterschied zu anderen Organisationen im Gesundheitswesen, zum Beispiel Krankenhäusern, die im Lauf von vielen Jahren oder Jahrzehnten eine ausgereifte Organisationskultur entwickelt haben, sind Netzwerke *fragile Organisationen*, bei deren Gründung und Weiterentwicklung grosse Sorgfalt geboten ist.

Gerade weil Gesundheitsnetzwerke fragile Organisationen sind, ist es wichtig, darin ein Mindestmass an sozialer Organisiertheit (z.B. definierte Ziele, formale Aufbau- und Ablaufstrukturen, ein professionelles Netzwerkmanagement) anzustreben. Um eine solche Organisiertheit

«Netzwerke sind fragile Organisationen, bei deren Gründung und Weiterentwicklung grosse Sorgfalt geboten ist.»

zu erreichen, braucht es in der Gründungsphase ein Management. Dieses *Gründungsmanagement* unterscheidet sich wesentlich vom *Management des laufenden Netzwerkbetriebs*, das nach der Netzwerkgründung zum Tragen kommt – wenn es darum geht, den laufenden Betrieb zu planen, zu steuern und zu kontrollieren.



Günther E. Braun

Da Gesundheitsnetzwerke in breitem Mass erst im Entstehen begriffen sind, konzentriert sich dieser Artikel auf das Gründungsmanagement. In einem ersten Teil werden die Schritte des Gründungsmanagements dargestellt. Anschliessend werden grundsätzliche Punkte aufgezeigt, über die im Laufe der Gründungsphase Klarheit gewonnen werden sollte.

Das Gründungsmanagement umfasst mehrere Schritte, die im Folgenden näher erläutert werden und die dazu dienen, zuerst den Rahmen und dann sukzessive die Details zu klären (siehe auch *Abbildung*).

### Gründungsmanagement

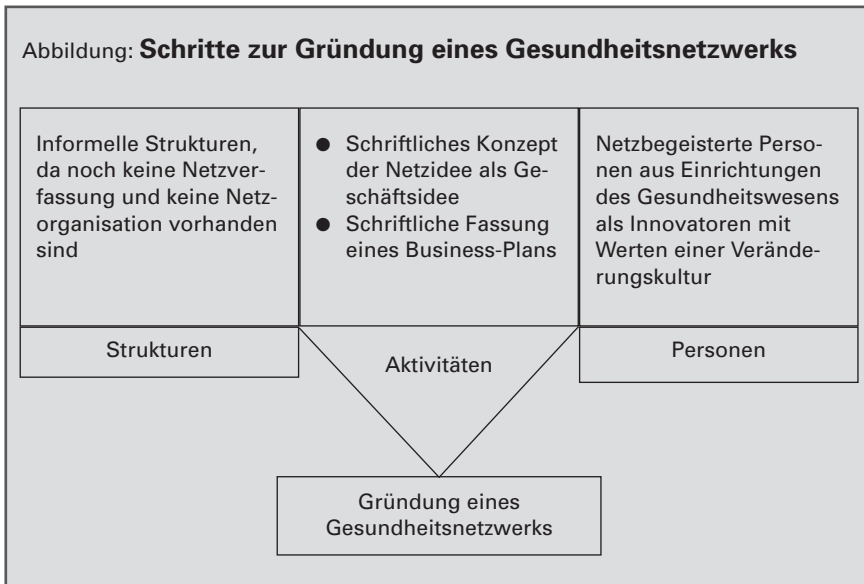
Das Gründungsmanagement umfasst mehrere Schritte, die im Folgenden näher erläutert werden und die dazu dienen, zuerst den Rahmen und dann sukzessive die Details zu klären (siehe auch *Abbildung*).

#### 1. Die Netz-Idee formulieren

In einem ersten schriftlichen Konzept ist die zündende Netzidee (die

<sup>1</sup> Univ.-Prof. Dr. Günther E. Braun ist Ordinarius für Betriebswirtschaftslehre an der Universität der Bundeswehr München, Neubiberg (Internet: [www.gesundheitsmanagement-braun.de](http://www.gesundheitsmanagement-braun.de)), Leiter des Instituts für Gesundheitsmanagement und Public Management, München, sowie Wissenschaftlicher Leiter der Netzakademie, Düsseldorf ([www.netzakademie.dgn.de](http://www.netzakademie.dgn.de))





«Geschäftsidee») festzulegen. Ein solches Konzept ist das Ergebnis einer umfassenden, methodisch gesteuerten Diskussion von Beteiligten in einer kleinen Gruppe. Ziel ist es, externe Partner und Finanziere dafür zu begeistern, ein konkretes Projekt einer vernetzten Versorgung weiter zu verfolgen oder sogar gemeinsam zu entwickeln.

**«Um eine gewisse Organisiertheit zu erreichen, braucht es in der Gründungsphase ein Management.»**

Zunächst ist darzulegen, welche Probleme für Patienten und Versicherte («Kunden») man zu lösen verspricht. Soll zum Beispiel eine umfassende zeitliche Präsenz für Patienten in einer Anlaufpraxis sichergestellt werden, soll die Patientenführung im Bereich einer bestimmten chronischen Erkrankung verbessert werden?

Weiter braucht es Hinweise zum «Markt»-Umfeld der Netzaktivitäten. Hier können sich Fragen stellen wie: Welche Grösse kann mein Praxisnetz erreichen? Für wie viele Versicherte und Patienten kann es attraktiv sein? Welche Marktsegmente der Versicherten und Patienten verdienen eine besondere Aufmerksam-

keit? Wird eine Vollversorgung oder eine indikationsspezifische Vernetzung angestrebt?

Schliesslich sind Aussagen darüber zu machen, welche Vorteile im Bereich der Qualität und/oder der Kosten erwartet werden.

Auf alle genannten Fragen wird man zu Anfang nur grobe Antworten geben können.

**2. Einen Business-Plan erstellen**

In einem weiteren Schritt geht es um die Erstellung eines Business-Plans (Geschäftsplans) für das angestrebte neue Netz. Der Geschäftsplan ist konkreter als die erste schriftliche Fassung der Netzidee, doch auch hier ist eine «Fliegenbeinzählerei» nicht angebracht. Das Ziel von Business-Plänen besteht darin, Neugründungen von Unternehmen vorzubereiten. Im Rahmen des Netzwerk-Gründungsmanagements dient der Business-Plan dazu, die Netzidee weiter systematisch zu durchdringen, sich auf das Wesentliche zu konzentrieren und bei internen und externen Partnern eine definitive Zustimmung zur Netzgründung zu erreichen. Um einen Business-Plan für ein Gesundheitsnetz zu erstellen, braucht es sowohl betriebswirtschaftliches Wissen als auch die Kenntnis von Zusammenhängen des Gesundheitswesens.

Letztlich geht es darum, das für die Gründung notwendige Anfangskapital zu beschaffen und die längerfri-

stige Finanzierung des Netzbetriebs sicherzustellen.

Der Business-Plan soll Aussagen zu den folgenden Themen enthalten:

- **Marketing**, das heisst «Kundenorientierung» der vernetzten Versorgungsstruktur: Welche Leistungsbausteine sollen angeboten werden, mit welchen Honorarelementen sind sie zu finanzieren und welche Kommunikationsstrategien sollen ins Auge gefasst werden?

- **Netzteam**: Sehr wichtig sind Aussagen dazu, welche Ärzte sich im Netz engagieren sollen, denn mit dem persönlichen Engagement und den Stärken der beteiligten Persönlichkeiten steht und fällt der Erfolg eines neu gegründeten Netzes.

- **Netzverfassung**: Der Business-Plan soll auch grobe Aussagen darüber enthalten, welche Organisationsform (Verein, GmbH, AG usw.) angestrebt wird und wie die Organisation geführt werden soll (z.B. Organigramm des Vorstandes).

- **Aufbau- und Ablauforganisation**

- **Realisierungsfahrplan**

- mögliche **Risiken** und **Umgang mit möglichen Risiken**.

**3. Eine Finanzierungsrechnung erstellen**

Wenn der Business-Plan erstellt ist, so geht es in einem nächsten Schritt darum, die qualitativen Aussagen sozusagen «zahlenmässig zu verdichten», indem man eine Finanzierungsrechnung erstellt. Die Finanzierungsrechnung enthält eine Liquiditätsplanung für das Praxisnetz

**«Auf alle Fragen wird man zu Anfang nur grobe Antworten geben können.»**

und gibt Auskunft über voraussichtliche finanzielle Konsequenzen für Leistungserbringer und Krankenkassen.

Wenn auch die Finanzierungsrechnung erfolgreich erstellt und entsprechende Partner gewonnen wurden, steht der Gründung einer vernetzten Versorgungsstruktur nichts mehr im Weg.

## Kooperationsformen und Koordinationsinstrumente

Um das Gründungsmanagement erfolgreich zu bewältigen, müssen die Beteiligten gewisse grundlegende Vorstellungen darüber haben, wozu ein Netzwerk dient und welches mögliche Kooperationsformen und Koordinationsinstrumente sind.

### Zweck von Netzwerken

Gesundheitsnetzwerke sind eine moderne Form der Kooperation zwischen Leistungsanbietern im Gesundheitswesen, die weiterhin rechtlich selbstständig bleiben, aber im Bereich des «Gesundheitsmanagements» ihre wirtschaftliche Selbstständigkeit aufgeben, um dadurch effektiver und effizienter zu handeln. Zweck eines Netzwerks ist es, das fragmentierte Handeln der Leistungsanbieter im Gesundheitswesen zu überwinden, indem die Leistungen zielgerichtet koordiniert werden. Hauptziel ist dabei das Wohl des Patienten; ein Nebenziel besteht darin, die Wettbewerbsfähigkeit der Netzmitglieder sicherzustellen.

### Mögliche Kooperationsformen

Mitglieder von Netzwerken können unterschiedliche Dienstleistungsunternehmen des Gesundheitswesens sein. Oft sind vor allem freiberuflich/selbstständig Tätige in Klein- und Mittelbetrieben an Netzwerken beteiligt; dazu kommen möglicherweise weitere Einrichtungen mit nicht erwerbswirtschaftlicher (d.h. nicht gewinnorientierter) Zielsetzung sowie gegebenenfalls (gesetzliche) Krankenversicherungen.

Wenn sich ausschliesslich gleiche Anbieter (z.B. freie Arztpraxen) zusammenschliessen, handelt es sich um eine Form der *horizontalen Kooperation*. Wenn zusätzlich weitere Einrichtungen eingebunden sind, handelt es sich um Formen der *vertikalen* (z.B. Praxisnetz/Krankenhaus) oder der *lateralen* (z.B. Praxisnetz/Wellness-Einrichtung) *Kooperation*. Dabei ist zu beachten, dass die Mitglieder von Gesundheitsnetzwerken nicht nur gleichgerichtet handeln, sondern auch Eigeninteressen (z.B. Sicherstellung des eigenen

Patientenstammes in Arztpraxen) verfolgen.

Gesundheitsnetzwerke können durch ein einzelnes Mitglied – zum Beispiel ein Krankenhaus, eine Grosspraxis, ein Gesundheitszentrum oder eine Facharztpraxis – dominiert werden. In diesem Fall spricht man von einem *fokalen Gesundheitsnetzwerk*. Wenn sich dagegen ausschliesslich ebenbürtige Partner (z.B. Arztpraxen) zusammenschliessen, spricht man von einem *polyzentrischen Netzwerk*.

Netzwerke können ein eigenes Netzwerkmanagement aufbauen. Eine solche Struktur ist insbesondere für polyzentrische Gesundheitsnetz-

**«Die Mitglieder von Gesundheitsnetzwerken handeln nicht nur gleichgerichtet, sondern verfolgen auch Eigeninteressen.»**

werke (z.B. Praxisnetze), deren Mitglieder bisher noch nicht über ein ausgereiftes Management verfügen, von grosser Bedeutung. In fokalen Netzwerken kann das Netzwerkmanagement durch fokale Einrichtungen (z.B. Krankenhäuser) übernommen werden; dabei besteht allerdings die Gefahr, dass dieses Management bei den übrigen Netzwerkmitgliedern (z.B. bei den Arztpraxen) Ablehnung hervorruft.

Das Netzwerkmanagement kann ehrenamtlich tätigen Personen übertragen werden, die – zum Beispiel als Vereinsvorstand – eine wichtige Rolle im Netzwerk spielen. Als Ergänzung dazu können in polyzentrischen wie in fokalen Gesundheitsnetzwerken neben- und/oder hauptberuflich tätige Netzmanager angestellt werden.

### Mögliche Koordinationsinstrumente

Die Leistungen der Netzwerkmitglieder können durch marktliche und/oder durch nichtmarktliche Instrumente koordiniert werden.

Die *marktliche Koordination* erfolgt über Preise beziehungsweise Ho-

norare für Netzwerkleistungen (die auf einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation basieren sollten).

Die *nichtmarktliche Koordination* erfolgt durch strukturelle und durch nichtstrukturelle Instrumente.

*Strukturelle Koordinationsinstrumente* sind zum Beispiel:

- hierarchische Weisungen (eines fokalen Unternehmens in einem fokalen Netzwerk oder eines dazu legitimierten Führungsorgans in einem polyzentrischen Netzwerk)
- Arbeitsgruppen und Qualitätszirkel

- netzspezifische Leitlinien

- Netzpläne verschiedener Art (z.B. Marketing- und Finanzpläne).

*Nichtstrukturelle Koordinationsinstrumente* sind zum Beispiel:

- eine «zündende» Netzidee und -vision

- Meinungsbildner und Netzinitiatoren

- vertrauensvolles Handeln der einzelnen Netzmitglieder. ■

Autor:

**Univ.-Prof. Dr. Günther E. Braun**

Ordinarius für

Betriebswirtschaftlehre

Universität der Bundeswehr

München

D-85 577 Neubiberg

E-Mail: guenther.braun@

UniBw-Muenchen.de

Internet:

www.gesundheitsmanagement-

braun.de

### Literaturhinweis:

Braun, G.E.: Management vernetzter Versorgungsstrukturen. Eine betriebswirtschaftliche Betrachtung von Netzwerken im Gesundheitswesen. Institut für Betriebswirtschaftlehre des öffentlichen Bereichs und Gesundheitswesens, Uni Bw München, Diskussionspapier Nr. 13/März 2003, 65 Seiten. ISBN 3-932856-08-2.

# managed care

«Managed Care – Schweizer Zeitschrift für Managed Care, Public Health, Gesundheits- und Sozialökonomie»

«Managed Care» setzt sich vertieft mit der Gestaltung des schweizerischen Gesundheitswesens auseinander – interdisziplinär, zukunftsgerichtet, unabhängig.

Achtmal jährlich berichten und diskutieren wir anhand eines Schwerpunkt-Themas über Bestrebungen zur Verbesserung des Gesundheitswesens und lassen die verschiedenen Akteure zu Wort kommen.



## Bitte ausschneiden und einsenden oder faxen an:

Rosenfluh Publikationen AG, Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen, Fax 052-675 50 61.

## Abonnements-Bestelltalon

Ja, ich will über das Managed-Care-Geschehen informiert sein und abonniere die Zeitschrift:

- |   |             |
|---|-------------|
| ■ ... Ex. Jahresabonnement Schweiz          | sFr. 90.-*  |
| ■ ... Ex. Jahresabonnement Europa           | sFr. 135.-* |
| ■ ... Ex. Jahresabonnement übriges Ausland  | sFr. 165.-* |
| ■ ... Ex. Schnupper-Abonnement (3 Ausgaben) | sFr. 40.-*  |

## Einzelnummer-Bestelltalon

Einzelne Schwerpunkt-Nummern sind noch erhältlich.

Ja, ich bestelle:

- |   |                  |             |
|---|------------------|-------------|
| ■ ... Ex. «Frauen und Managed Care»   | Ausgabe 1/2002   | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Managed Care in der Welschschweiz»                                     | Ausgabe 2/2002   | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Messungen in der Pflege»   | Ausgabe 3/2002   | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Prozessinnovationen im schweiz. Gesundheitswesen»                      | Ausgabe 4+5/2002 | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Medien und Managed Care»   | Ausgabe 6/2002   | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Managed Care in der spitalexternen Pflege und Betreuung»               | Ausgabe 7/2002   | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Integrierte Versorgung als Gütesiegel»                                 | Ausgabe 1/2003   | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Managed Care und die letzten Lebensstage»                              | Ausgabe 2/2003   | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Interkulturalität im Gesundheitswesen»                                 | Ausgabe 3/2003   | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Arzt und Management»   | Ausgabe 4/2003   | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Soziale Unterschiede und Gesundheit»                                   | Ausgabe 5/2003   | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Pflege und Ökonomie»   | Ausgabe 6/2003   | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Der vergessene Patient – die vergessene Kraft»                         | Ausgabe 7/2003   | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Medizinisches und betriebswirtschaftliches Controlling zusammenführen» | Ausgabe 8/2003   | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Schnittstellenmanagement»  | Ausgabe 1/2004   | sFr. 15.-** |

\* inkl. Porto, zzgl. MwSt.

\*\* Lieferung solange Vorrat, zzgl. Porto, zzgl. MwSt.

Lieferadresse:

Firma:

Vorname/Name:

Strasse, Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon/Fax:

Datum/Unterschrift:

Rechnungsadresse:

Firma:

Vorname/Name:

Strasse, Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon/Fax:

## Rette sich, wer will?

**Managed Care könnte in der Schweiz einen Durchbruch erleben – wenn die dazu nötigen Rahmenbedingungen endlich geschaffen würden. Diese Meinung vertraten an einem Kongress zum 13. Geburtstag von Managed Care in der Schweiz vier HMO-Pioniere. Über die Rolle von Managed Care im Gesundheitssystem haben die vier aber unterschiedliche Vorstellungen.**



Welche Zukunft für Managed Care? Zu dieser Frage äusserten sich in der Podiumsdiskussion unter Moderation von Eleonore Baumberger (Mitte) Jacqueline Bachmann (links), Urs J. Philipp, Philippe Lehmann und Rita Ziegler.

Am 1. Januar 1990 wurde in Zürich-Wiedikon die erste Health Maintenance Organization (HMO) der Schweiz eröffnet (diese HMO war zugleich die erste in Europa). Der 1. Januar 1990 kann also als eigentliche «Geburtsstunde von Managed Care in der Schweiz» bezeichnet werden. Bald darauf wurden in verschiedenen Städten der Schweiz weitere HMO-Zentren gegründet. Im Jahr 1994 wurde dann in Winterthur das erste Hausarztmodell geschaffen; es folgten weitere Hausarztmodelle in der ganzen Schweiz. Später belebten erste ärzteigene HMOs und Capitationmodelle den Markt im Managed-Care-Bereich.

Trotz all den Erfolgen – die zu einem grossen Teil dem enormen Engagement einiger weniger Managed-Care-Pioniere zu verdanken sind – hat die Managed Care in der Schweiz 13 Jahre später «zwar definitiv Fuss gefasst – sie hat sich bisher aber nur begrenzt ausgebreitet». Aufgrund dieser Feststellung haben sich Jürg Baumberger (HMI creative AG, Sirmach) und Max Künzi (OmbudsBeratung Gesundheitswesen, Oensingen) zum Ziel gesetzt, «mit punktuellen Veranstaltungen der Managed-Care-Bewegung zusätzliche Impulse zu verleihen».

Eine erste solche Veranstaltung fand am 14. November 2003 in Bern statt. Sie war überschrieben mit «13 Jahre Managed Care in der Schweiz: eine vorausschauende Standortbestimmung».

### **Vielfältige Probleme**

Referenten waren an diesem Kongress unter anderem die HMO-Ärzte Thomas Grüninger (HMO-Gesundheitsplan, Basel), Felix Huber (MediX-Ärzteverbund, Zürich) und Philippe Schaller (Réseau Delta, Kanton Genf) sowie der ehemalige HMO-Manager Richard Eisler (heute Geschäftsleiter von comparis.ch)<sup>2</sup>. Thomas Grüninger war an der Gründung des HMO-Gesundheitsplans in Basel beteiligt und ist bis heute Medizinischer Leiter der HMO-Praxis, welche – inzwischen zusammen mit rund 60 in eigener Praxis praktizierenden Ärzten im Kanton Basel-Stadt – die Versicherten des Gesundheitsplans HMO betreut. Felix Huber war, ebenso wie Richard Eisler, am Aufbau der ersten Schweizer HMO in Zürich-Wiedikon beteiligt. Heute ist er Medizinischer Leiter der ärzteigenen HMO in Zürich-Wipkingen (MediX-Gruppenpraxis), die sich mit an-

deren Ärzten in den Kantonen Zürich und Bern zum MediX-Ärzteverbund zusammengeschlossen hat. Philippe Schaller schliesslich war 1992 am Aufbau des HMO-Gesundheitsplans der Universität Genf beteiligt. 1995 haben sich die Ärzte dieses Gesundheitsplans mit weiteren frei praktizierenden Hausärzten im Kanton Genf zum «Réseaux de soins Delta» zusammengeschlossen, dem heute rund 50 Hausärzte angehören. Die vier HMO-Pioniere wissen aus ei-

<sup>1</sup> Gemeint sind hier ärzteigene HMOs und Hausarztmodelle, in denen die Ärzte nicht für einzelne Leistungen entschädigt werden (Einzelleistungsvergütung), sondern pro Versicherten eine im Voraus definierte «Kopfpauschale» (Capitation) erhalten.

<sup>2</sup> Daneben kamen weitere Persönlichkeiten aus dem Managed-Care-Bereich sowie weitere Persönlichkeiten aus dem schweizerischen Gesundheitswesen zu Wort: Manfred Manser (Helsana), Fritz Britt (Bundesamt für Sozialversicherung), Jacqueline Bachmann (Stiftung für Konsumentenschutz), Philippe Lehmann (Projekt Nationale Gesundheitspolitik Schweiz), Urs J. Philipp (SanaCare), Rita Ziegler (Kantonsspital Basel), Eleonore Baumberger (St. Galler Tagblatt), Bernhard Wegmüller (H+), Hansueli Regius (Swica).

Mit Hans Heinrich Brunner (FMH-Präsident), Uma Grob (H+) sowie Felix Gutzwiller (Nationalrat), die im Programm ebenfalls als Referenten aufgeführt waren, liessen sich allerdings einige wichtige Entscheidungsträger aus der Schweiz entschuldigen. Dafür war mit Franz Knieps (Bundesministerium für Gesundheit und Soziales, Berlin) ein prominenter Gast aus Deutschland angereist. Der vorliegende Bericht konzentriert sich aus Platzgründen auf die Beiträge der vier HMO-Pioniere.



gener Erfahrung, dass Managed Care sich in der Schweiz vor allem deshalb nicht weiter ausbreitet, weil die Rahmenbedingungen für Managed Care noch immer alles andere als optimal sind. Sie sprachen unter anderem die folgenden Probleme an:

- Der Risikoausgleich zwischen den Versicherern ist ungenügend. Das führt dazu, dass viele Krankenversicherer nicht in Managed-Care-Modelle investieren, weil sie ihre Kosten auf bequemere Weise tief halten können: indem sie versuchen, gesündere Versicherte anzuziehen und kranke abzustossen (Risikoselektion). Zudem werden die Managed-Care-Modelle dadurch geschwächt, dass die Versicherer für Managed-Care-Versicherte – welche tiefere Prämien bezahlen – gleich hohe Risikoausgleichsbeiträge bezahlen müssen wie für konventionell Grundversicherte. Nach Meinung vieler Managed-Care-Experten führt dies zu nicht gerechtfertigten Quersubventionierungen zwischen den Managed-Care-Versicherungen und der konventionellen Grundversicherung.
- Es bestehen keine allgemein anerkannten Modelle zur Risikobemessung. Deshalb lässt sich erstens die Behauptung von Kritikern, dass die Managed-Care-Modelle ihre Kostenvorteile durch Risikoselektion erzielen, nicht eindeutig widerlegen. Zweitens fehlen deshalb die Berechnungsgrundlagen, um den Ärzten in Capitationmodellen faire (d.h. risikogerechte) Kopfpauschalen (Capitations) zu bezahlen.
- Obwohl viele Managed-Care-Anbieter Qualitätsmessungen durchführen, können sie nicht nachweisen, dass sie allfällige Kostenvorteile nicht durch Qualitätsabbau erreichen. Weil in der herkömmlichen ambulanten medizinischen Versorgung in der Schweiz bisher keine systematische Qualitätskontrolle stattfindet, fehlt nämlich die Datenbasis für Qualitätsvergleiche zwischen Managed Care und der konventionellen Grundversicherung.

## Anerkannte Forderungen

Damit sich Managed Care weiter ausbreiten könnte, müssten sich die Politiker endlich dazu durchringen, die Rahmenbedingungen für Managed Care zu verbessern. So forderte zum



Von der Rolle der Managed Care im Gesundheitssystem haben sie unterschiedliche Vorstellungen: die HMO-Ärzte Philippe Schaller (links), Thomas Grüninger und Felix Huber.

Beispiel Thomas Grüninger unter anderem von den Politikern, dass sie den Risikoausgleich verbessern und dass sie auch bei ambulanten Grundversicherungsleistungen eine systematische Qualitätssicherung verlangen sollten. Und Philippe Schaller plädierte dafür, die Forschung zum Thema Capitationberechnung voranzutreiben.

Doch diese politischen Forderungen sind zwar im Grundsatz längst allgemein als richtig anerkannt; ob und bis wann sie erfüllt werden, ist aber höchst ungewiss.

## Unterschiedliche Vorstellungen

Während sich die HMO-Pioniere über die oben genannten Forderungen weit gehend einig sind, haben sie zu anderen Aspekten unterschiedliche Vorstellungen:

Thomas Grüninger und Felix Huber leiten selber Ärztegruppen, die mit verschiedenen Krankenversicherern Capitationverträge abgeschlossen haben. Beide fordern auch ihre Arztkollegen dazu auf, vermehrt Budgetverantwortung zu übernehmen. Richard Eisler empfiehlt den Ärzten sogar, ihre Managed-Care-Produkte künftig selber zu verkaufen (also selber als Krankenversicherer aufzutreten), da sich die bestehenden Anbieter nur halbherzig für Managed Care einsetzen.

Auch Philippe Schaller arbeitet in einem Ärztenetzwerk, das mit verschiedenen Krankenversicherern Capitationverträge abgeschlossen hat,

doch sein Enthusiasmus für diese Modelle ist merklich kleiner. Wenn keine rationalen Grundlagen für eine Capitationberechnung vorliegen, kann die Übernahme des Versicherungsrisikos die Ärzte nämlich daran hindern, sich der «mühsamen» Patienten, die sich nicht an die Managed-Care-Regeln halten, anzunehmen. Genau hier sieht Schaller aber die eigentliche Chance von Managed Care: Die Ärzte können jene Patientinnen und Patienten identifizieren, die ihre Mitarbeit verweigern; sie können versuchen, ihr Verhalten zu verstehen, ihr Vertrauen zu gewinnen und sie vom Nutzen der Zusammenarbeit zu überzeugen, ohne als Leistungsverweigerer aufzutreten. Schaller findet es deshalb wichtig, neben finanziellen Anreizen andere Wege zu finden, um Ärzte zu Verhaltensänderungen zu motivieren. Ebenfalls skeptisch ist Schaller gegenüber der Vorstellung seiner Deutschschweizer Kollegen, dass es vor allem darauf ankomme, den Ärzten und den Versicherern die Möglichkeit zu geben, sich als freie Unternehmer im Wettbewerb zu bewähren. Die Krankenversicherer sollten nach Schallers Meinung in der Grundversicherung besser zusammen als gegeneinander arbeiten; den bestehenden Wettbewerb hält Schaller hier nicht für sinnvoll. Dagegen befürwortet er einen gewissen geordneten Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern. Auch die Leistungserbringer sollten

Kasten:

## Zwei Instrumente-Typen im Réseau Delta

Die Spezialität von Managed-Care-Modellen besteht darin, dass sie die Versorgung ihrer Patienten gezielt steuern. Zu diesem Zweck werden **Managed-Care-Instrumente** eingesetzt. Im Réseau Delta sind dies gemäss Philippe Schaller unter anderem die folgenden:

- Qualitätszirkel zur kontinuierlichen Weiterbildung der Ärzte
- medizinisches Profiling der Ärzte
- administratives Profiling der Versicherten (um Patienten, die sich nicht an die Gatekeeping-Regeln halten<sup>3</sup> oder die aus anderen Gründen hohe Kosten verursachen, zu identifizieren)
- Gatekeeping im modernen Sinn (d.h. Zusammenarbeit mit Patienten statt Leistungsverweigerung)
- Disease Management
- Evidence based Medicine
- Nutzung der Informationstechnologien
- Capitation
- Management chronischer Krankheiten.

Nach Auffassung des Réseau Delta kann heute aber durch Managed-Care-Instrumente allein keine gute Versorgung mehr sichergestellt werden. Zusätzlich brauche es **Planungsinstrumente**, um die Vernetzung mit anderen Anbietern im Gesundheitssystem zu verbessern. Das Réseau Delta versucht deshalb im Rahmen verschiedener Projekte, Partnerschaften zu anderen Gesundheits-, Sozial- und universitären Einrichtungen im Kanton aufzubauen. Zurzeit bestehen unter anderem in den folgenden Bereichen Projekte:

- Geriatrie (Partner: Spitex, Geriatriekliniken, geriatrische Polikliniken usw.; Ziel: die Versorgung für Personen mit abnehmender Selbstständigkeit verbessern)
- Rehabilitation/Informatik (Partner: Kantonsspital)
- Psychiatrie
- elektronisches Patientendossier (kantonales Projekt mit dem Ziel, alle an der Gesundheitsversorgung Beteiligten im ganzen Kanton elektronisch zu vernetzen)

sich seiner Meinung nach aber nicht primär als Konkurrenten verstehen; vielmehr sollten sie auch einen Beitrag zur Integration und Vernetzung des regionalen Versorgungsnetzes leisten und sich an Public-Health-Projekten beteiligen. Dies gilt nach Schallers Verständnis gerade auch für Managed-Care-Anbieter, die hier sogar eine Vorreiterrolle spielen könnten. Das Réseau Delta beteiligt sich deshalb auch massgeblich an regionalen und kantonalen Projekten (siehe *Kasten*).

<sup>3</sup> Gemeint sind hier Versicherte, die im Krankheitsfall oft direkt den Spezialisten oder das Spital aufsuchen, obwohl sie sich gemäss ihrem Versicherungsvertrag immer (ausser in Notfällen) zuerst an ihren Hausarzt (Gatekeeper) wenden müssten.

<sup>4</sup> Im Unterschied zu früheren Äusserungen plädierten sie jetzt auch dafür, den Kontrahierungszwang in der Grundversicherung bestehen zu lassen. Es sollen ihrer Meinung nach also weiterhin alle Ärzte zu Lasten der Grundversicherung abrechnen können.

Richard Eisler argumentierte: Wenn der Kontrahierungszwang im ambulanten Bereich nicht aufgehoben wird, werden die Kosten im konventionellen System schneller ansteigen. Dies wird dazu führen, dass sich die Kostenkurve in der konventionellen Grundversicherung und die Kostenkurve im Managed-Care-System schneller auseinander bewegen – was den Anreiz für die konventionell Versicherten, auf die Kostenkurve des Managed-Care-Systems «umzusteigen», verstärken wird.

## Welche Rolle für Managed Care?

Insgesamt entstand also der Eindruck, dass die drei HMO-Pioniere aus der Deutschschweiz und der Pionier aus der Westschweiz unterschiedliche Vorstellungen haben über die Rolle von Managed Care im Gesundheitssystem:

- Die Deutschschweizer möchten Managed Care finanziell vom konventionellen System abnabeln (separater Risikoausgleich) und das konventionelle System, salopp ausgedrückt, «seinem Schicksal überlassen»<sup>4</sup>. Während die Kosten im konventionellen System zunehmend ins Unbezahlbare steigen würden, würden die Managed-Care-Modelle, in denen die Leistungserbringer das finanzielle Risiko (mit-)tragen, durch ihre Preisentwicklung überzeugen. Jeder Versicherte hätte die Möglichkeit, durch einen Wechsel ins Managed-Care-Modell von den so erzielten Kostenvorteilen zu profitieren – nach dem Motto: Rette sich, wer will.
- Der Vertreter aus der Romandie möchte Managed Care ins Ge-



Richard Eisler empfiehlt den Ärzten, ihre Managed-Care-Produkte künftig selber zu verkaufen (also selber als Krankenversicherer aufzutreten), da sich die bestehenden Anbieter nur halbherzig für Managed Care einsetzen.

samtsystem integrieren und zur Verbesserung des gesundheitlichen Wohls der Gesamtbevölkerung (Public Health) nutzen. Managed Care soll durch seine Qualität überzeugen und die Leistungserbringer zur Qualitätsverbesserung motivieren. Die Managed-Care-Systeme könnten eine Pionierrolle in diagnose- und regionsgebundenen Versorgungsnetzen sowie in Public-Health-Projekten übernehmen. Sie würden damit eine (Mit-) Verantwortung für die Qualität und dadurch auch für die Kosten im gesamten Gesundheitssystem übernehmen. ■

## Bericht und Fotos:

RITA SCHNETZLER

# Stimmen zu Entwicklungen im Gesundheitswesen

## Forschung nahe an der Praxis

Die enge Verbindung und der Austausch zwischen Forschern und AnwenderInnen ist die beste Voraussetzung dafür, dass Forschungsergebnisse umgesetzt und Kosten gespart werden könnten. Diese Meinung vertritt Jonathan Lomas, Direktor der Canadian Health Services Research Foundation. Zwei Gesundheitsversorgungssysteme in den USA, das Veterans' Affairs Healthcare System und Kaiser Permanente, weisen beeindruckende Qualitätsverbesserungen und Kostenersparnisse auf – und beide investieren sehr viel in die Forschung. Das Besondere sei, dass das Forschungsprogramm dieser Gesundheitsdienstleistungsbetriebe vom Bedarf der Organisation bestimmt werde. Geforscht werde in Zusammenarbeit mit den Klinikmanagern und den Behandelnden, und die Resultate würden unmittelbar in die Praxis umgesetzt. (bc)

Quelle: Jonathan Lomas: Health services research (Editorial). In: British Medical Journal, 6. Dezember 2003, Nr. 7427, S. 1301–1302.

## Personal abgeworben

«Die bis zu 20-mal höheren Gehälter locken Tausende von Ärzten, Krankenschwestern und Laboranten aus anglophonen Staaten wie Kenia, Ghana und Südafrika in die USA, nach Grossbritannien und Australien.» Dies berichtet Christoph Link im «Bund». Aus Ghana zum Beispiel seien in den Jahren 1993 bis 2002 ein Drittel (3157) der Krankenschwestern und Krankenpfleger und zwei Drittel (594) der Ärzte ausgewandert. Dass reiche Staaten armen Ländern das medizinische Personal abwerben, empfindet der Leiter des Medizinerverbandes in Ghana als «illegal» und «kriminell». Und die Gesundheitsministerin von Kenia meint: «Wir haben sie mit unseren begrenzten Ressourcen ausgebildet. Wenigstens dieses Geld sollten uns die abwerbenden Regierungen zurückzahlen.» (rs)

Quelle: Christoph Link, Nairobi: Die afrikanischen Ärzte wandern aus. In: Der Bund, 22. Dezember 2003.

## Medizin schafft Behinderungen

Genetisch bedingte, relativ leichte Behinderungen (z.B. Down-Syndrom) werden immer seltener, schwere geistige und mehrfache Behinderungen werden häufiger: Dies beobachten laut einem Bericht der «Neuen Zürcher Zeitung» die sonderpädagogischen Schulen im Kanton Zürich. Ursache des Phänomens ist gemäss dem Schulleiter Riccardo Bonfranchi die Tatsache, dass die meisten Frauen ihre Kinder abtreiben, wenn eine genetisch bedingte Krankheit diagnostiziert wird. Dafür überlebten heute dank den Fortschritten der Medizin «viele Frühgeborene, die man noch vor ein oder zwei Jahrzehnten keinesfalls hätte retten können»; manche dieser Kinder trügen allerdings schwere Hirnschädigungen davon. Während die Schulen ihr Angebot den veränderten Bedürfnissen angepasst haben, gibt es für erwachsene Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung im Kanton Zürich laut Bonfranchi heute zu wenig Heimplätze. (rs)

Quelle: Zu wenig Pflegeplätze für Schwerbehinderte. Behindertenheime auf leichtere Fälle ausgerichtet. Neue Zürcher Zeitung, 11. Dezember 2003.

## Unsoziale Praxis

Bestimmte Patientengruppen (z.B. chronisch Kranke, psychisch Angehörige, Suchtkranke und Aidskranke) benötigen, so meint die Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn (GAESO), den Hausarzt häufiger und intensiver als andere. Hausärzte, die vorwiegend solche Patienten betreuen, «müssen pro Patienten mehr Zeit aufwenden und können dadurch insgesamt weniger Patienten betreuen». Dies aber führe dazu, dass die Durchschnittskosten pro Patienten bei diesen Hausärzten höher seien als bei ihren Kollegen – was von den Krankenkassen als «Überarztung» und hiermit als «Verstoss gegen die WZW-Kriterien» (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) gedeutet werde und zu einer Rückzahlungsfor-

derung führe. Im Kanton Solothurn seien in letzter Zeit «gleich mehrere sozial sehr engagierte Ärzte» zur Rückzahlung mehrerer Hunderttausend Franken an die Krankenkassen verurteilt worden. Nach Meinung der GAESO sind diese Rückzahlungsforderungen «der Beginn einer unsozialen Praxis». Die betroffenen Ärzte würden so in den Ruin getrieben, wodurch «diejenigen Patienten, die eine umsichtige und auf psychische Belange Rücksicht nehmende Behandlung am nötigsten haben», ihren Hausarzt verlören. Zudem würden sich die Hausärzte künftig hüten, teure Patienten zu übernehmen. (rs)

Quelle: GAESO: Ärzte werden für die umsichtige Betreuung von Langzeitkranken finanziell bestraft. Schweizerische Ärztezeitung 2003, Nr. 50, S. 2664–2665.

## Gesundheit des Shareholder-Values

Der Nationalrat hat in der Wintersession 2003 die Einschränkung der Tabakwerbung abgelehnt. Eine Entscheidung, welche die Glaubwürdigkeit des Parlaments aus Sicht der «Bund»-Leser arg strapaziert: «Klar wurde, dass für die Mehrheit im Parlament offenbar die Gesundheit des Shareholder-Values von Tabakindustrie und Werbewirtschaft viel wichtiger ist als die Gesundheit der Menschen», meint einer. Und ein anderer doppelt nach (in Anspielung auf die Stimmenthaltung des Nationalrats und Präventivmediziners Felix Gutzwiller): «Soll nächstes Jahr Prävention nicht zum preisgekrönten Unwort werden, müssten alle Parlamentarier, die sich dieses Wortes bedienen, den Tatbeweis leisten, dass für sie Prävention mehr als ein billiges Schlagwort ist. Für mich gehört ein Tabakwerbverbot zu den wirksamen Massnahmen gegen die Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Wer dies in Abrede stellt, müsste es zuerst beweisen.» (rs)

Quelle: Entscheide gegen eine gesunde Zukunft. Leserbrief. In: Der Bund, 13. Dezember 2003.

Datum, Ort	Veranstaltung	Kontaktadresse
3.–5. März, Hamburg (D)	3. Hamburger Forum Qualität im Gesundheitswesen	Quant Forum gmbh, Wendenstrasse 309, D-20537 Hamburg. Tel. 040-25 40 78 40. Fax 040-25 40 78 48. E-Mail: forum2004@quant-forum.de; Internet: www.quant-forum.de
4. März, St. Gallen (Wiederholung: 11. März, Chur; 18. März, Frauenfeld)	Krank oder faul? Schmerzranke zwischen Medizin und Moral	Caritas-Fachstelle Gesundheit und Integration, Klosterhof 6e, 9000 St. Gallen. Tel. 071-227 34 47. Fax 071-227 34 69. E-Mail: wbrunner@sg.caritas.ch
4. März, Aarau	Critical Pathways – Interdisziplinäre Versorgungsplanung	WE'G Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe, Mühlemattstrasse 42, Postfach, 5001 Aarau. Tel. 062-837 58 58. Fax 062-837 58 60. E-Mail: info@weg-edu.ch; Internet: www.weg-edu.ch
4. März, Bern	Healthcare Day (Telematiktag): Gesundheitsnetze	MKR Consulting AG, Steinerstrasse 37, 3000 Bern 16. Tel. 031-350 40 55. E-Mail: franziska.goldinger@mkr.ch; Internet: www.telematiktag.ch
4.–6. März, Winterthur	Evidence Based Medicine	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG), Technopark, Jägerstrasse 2, Postfach 805, 8401 Winterthur. Tel. 052-267 78 97. Fax 052-268 78 97. E-Mail: wig@zhwin.ch; Internet: www.wig.ch
8. März, Zürich	Irchel-Tagung: Wie pflegen wir in Zukunft die Betagten?	Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP), Eigerstrasse 90, 3000 Bern 23. Tel. 031-952 66 55. Fax 031-952 61 55. E-Mail: info@sggp.ch; Internet: www.sggp.ch
11. März, Zürich	Nationale Tagung für Betriebliche Gesundheitsförderung	Moser, Luthiger & Partner Consulting, BGF-Tagung, Im Leemann 6, 8805 Richterswil. Tel. 043-888 07 81. Fax 043-888 07 82. E-Mail: mlcons@bluewin.ch; Internet: www.seco-admin.ch
12. März, Rüslikon ZH	Leben um jeden Preis? Entscheidungsfindung in der Intensivmedizin	Sekretariat Dialog Ethik, Sonneggstrasse 88, 8006 Zürich. Tel. 01-252 42 01. Fax 01-252 42 13. E-Mail: info@dialog-ethik; www.dialog-ethik.ch
12.–13. März, Winterthur	Controlling im Spital	WIG (s. oben)
15.–16. März, Luzern	5. Deutsche Casemix-Konferenz	LENZ, Karin Vohdin, Asylstrasse 41, 8032 Zürich. Tel. 01-253 62 32. Fax 01-253 62 31. E-Mail: dck@lenz-schweiz.ch; Internet: www.lenz-schweiz.ch
17.–19. März, Miami (USA)	3 <sup>rd</sup> International Summit on Innovations in Critical Care Delivery: Managing Risk and Uncertainty	Institut for Healthcare Improvement, IHI Registration, 375 Longwood Avenue, 4 <sup>th</sup> floor, Boston MA 02215. Fax 617-754 48 30. Internet: www.ihl.org/conferences
24. März, Olten	Workshop OP-Controlling und OP-Management	Stelzer Health Care Consulting GmbH, Albisriederplatz 6, Postfach 8040, 8004 Zürich. Tel. 01-400 55 40. Fax 01-400 55 41. E-Mail: rainer.stelzer@span.ch; Internet www.stelzerconsulting.ch
25.–27. März, Leipzig (D)	6. Kongress für Gesundheitspsychologie	Universität Leipzig, Institut für Angewandte Psychologie, Seeburgstrasse 14–20, D-04103 Leipzig. Tel. 0049-341 973 59 30. Fax 0049-341 973 59 39. E-Mail: gespsych@uni-leipzig.de; Internet: www.uni-leipzig.de
26. März, Basel	Personal- und Medizincontrolling	Controller Verein Schweiz, AK Gesundheitswesen, Rainer J. Stelzer, Albisriederplatz 6, Postfach 8040, 8004 Zürich. Tel. 01-400 55 40. Fax 01-400 55 41. E-Mail: rainer.stelzer@span.ch; Internet: www.stelzerconsulting.ch
31. März, Olten (2. Teil 7. April)	Lehrgang Medizin für Nichtmediziner	Stelzer Health Care Consulting GmbH (s. oben)
3. April, Winterthur	Evidence Based Medicine	WIG (s. oben)
21.–24. April, Hittisau (A)	Evidence Based Medicine	Martina Rüscher, Veranstaltungs-Management, Hof 135, A-6866 Andelsbuch. Tel. 0043-5512 39850. Fax 0043-5512 398540. E-Mail: martina.ruescher@via3.at; www.evimed.ch
3.–4. Mai, Aarau	Qualitätsentwicklung und Pflege – Öl oder Sand im Getriebe?	WE'G (s. oben)
7. Mai, Berlin (D)	Krankenhäuser – Rehabilitation – niedergelassene Ärzte: Gemeinsam zu mehr Erfolg	QualitätsForum Gesundheit, Professor Jutta Räbiger, Alice-Salomon-Fachhochschule (ASFH), Prorektorin Fachgebiet Gesundheitsökonomie, Alice-Salomon-Platz 5, D-12627 Berlin. Tel. 030-99 245 311. Fax 030-99 245 245. E-Mail: raebiger@asfh-berlin.de
10.–14. Mai, Lausanne	«Your future in health care: Matching Costs and Benefits»	Institut d'économie et de management de la santé (IEMS), Nathalie Horvath Hasenauer, Champ de l'air, rue du bugnon 21, 1005 Lausanne. Tél. 021-314 39 89. Fax 021-314 29 11. E-Mail: executive.health@unil.ch; Internet: www.hec.unil.ch/iems
12.–14. Mai, Kopenhagen (Dan)	9 <sup>th</sup> European Forum on Quality Improvement in Health Care	BMJ Quality, BMA House, Tavistock Square, London WC1H 9JR. Tel. 44 20-7383 6409. Fax 44 20-7383 6869. E-Mail: quality@bma.org.uk; Internet: quality.bmj.com
13. Mai, Zürich	6. Schweizerisches Forum der sozialen Krankenversicherung: Solidarität im Clinch zwischen Politik und Wirtschaft	RVK Rück, Haldenstrasse 25, 6006 Luzern. Tel. 041-417 01 11. Fax 041-410 69 65. E-Mail info@rvk.ch; Internet: www.rvk.ch
15.–18. Mai, Toronto (Can)	International CME (Continuing Medical Education) Congress 2004: Linking CME and CPD to health outcomes	Office of Continuing Education, Faculty of Medicine, University of Toronto, 500 University Avenue, Suite 650, Toronto, Ontario M5G 1V7. Tel. 416-978 2719. Fax 416-971 2200. E-Mail: ce.med@utoronto.ca; Internet: www.cmecongress.org



Datum, Ort	Veranstaltung	Kontaktadresse
18. Mai, Bern	Fachtagung Case Management	Organizers (Schweiz) GmbH, «Case Management», Marktgasse 10B, 4310 Rheinfelden. Tel. 061-836 98 76. Fax 061-836 98 77. E-Mail: info@organizers.ch; Internet: www.weg-edu.ch oder www.sbk-asi.ch
27. Mai, Luzern	«Portraits und Profile» – Tagung Hilfsverein für Psychisch Kranke	Hilfsverein für Psychischkranke des Kantons Luzern, Geschäftsstelle, Schlossstrasse 1, 6005 Luzern. Tel. 041-310 17 01. Fax 041 310 11 80. E-Mail: hilfsverein.lu@freesurf.ch
27.–28. Mai, Aarau	Einführung ins Case Management	WE'G (s. oben)
2.–4. Juni, Berlin (D)	Hauptstadtkongress 2004: Medizin und Gesundheit	Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit, Palisadenstrasse 48, 10243 D-Berlin. Tel. 0049 30 498 550 31. Fax 0049 30 498 550 30. E-Mail: info@hauptstadtkongress.de; Internet: www.hauptstadtkongress.de
3. Juni, Zürich	Wie wir sterben wollen: Formen des Sterbens in der Schweiz	Paulus-Akademie Zürich, Carl Spitteler-Strasse 38, 8053 Zürich. Tel. 01-381 34 00. Fax 01-381 95 01. E-Mail: paz.veranstaltungen@bluewin.ch; Internet: www.paulus-akademie.ch
18.–19. Juni, Bielefeld (D)	3. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung: «Versorgung chronisch Kranker: Patientenorientierung, Qualitätsentwicklung und Gesundheitsförderung»	Fakultät für Gesundheitswissenschaften – AG 1 Sozialepidemiologie und Gesundheitssystemgestaltung Universität Bielefeld, Postfach 10 01 31, D-33501 Bielefeld. Tel. 0049-521 106 4263. Fax 0049-521 106 6429. E-Mail: kongress2004@uni-bielefeld.de; Internet: www.uni-bielefeld.de/gesundhw/kongress2004/index.html
21.–23. Juni, Aarau	Aspekte des Qualitätsmanagements und der Wirtschaftlichkeit	WE'G (s. oben)
23.–26. Juni, Potsdam (D)	EHMA Annual Conference: Patient Empowerment	The European Health Management Association (EHMA), 4 Rue de la Science, B-1000 Brussels. Tel. 32 2-502 6525. Fax 32 2-502 6584. E-Mail: petra.wilson@ehma.org or boffice@ehma.org; Internet: www.ehma.org/conf2004
24.–25. Juni, Zürich	Public Health Tagung 2004: Health Policy	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
3. Juli, Winterthur	Evidence Based Medicine	WIG (s. oben)

Datum, Ort	Weiter- und Fortbildung	Kontaktadresse
Beginn: 24. März (19 Tage), Aarau	Nachdiplomkurs «Transkulturelle Kompetenz im Gesundheitsbereich»	WE'G (s. oben)
Beginn: 29. März, Aarau	Nachdiplomstudium «Management im Gesundheitswesen»	WE'G (s. oben)
Beginn: 7. Juni (40 Tage), Aarau	Interdisziplinäre Führung	Hplus (s. oben)
12. Juni–4. Juli, Ifkara (Tanzania)	Medical Practice with Limited Resources	Swiss Tropical Institute (s. oben)
14. Juni–2. Juli, Basel	Health District Management	Swiss Tropical Institute (s. oben)
18.–21. August, Vitznau	Strategisches Prozessmanagement	Institut für Betriebswirtschaft Universität St. Gallen, Dufourstrasse 48, 9000 St. Gallen. Tel. 071-224 23 68. E-Mail: ifbseminare@unisg.ch; Internet: www.ifb.unisg.ch/seminar_info
Beginn: 26. August (4 Tage), St. Gallen	Veränderungsmanagement	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
Beginn: 26. August (10 Tage), Winterthur	Nachdiplomkurs «Fallmanagement»	WIG (s. oben)
Beginn: 26. August (10 Tage), Winterthur	Nachdiplomkurs «Medizin- und Spitalinformatik»	WIG (s. oben)
Beginn: Oktober, St. Gallen	Integrales Spitalmanagement	FHS (s. oben)
Beginn: Herbst, St. Gallen	Sozialinformatik	FHS (s. oben)
Beginn: Herbst (75 Tage), Aarau	Nachdiplomstudium «Case Management»	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», Stampfenbrunnenstrasse 40, 8048 Zürich. Fax 01-431 73 56. E-Mail: b.casanova@rosenfluh.ch. Über die Aufnahme in die Hinweisseite entscheidet die Redaktion.

**IV: Eingliederungsspezialistin statt Rentenzahlstelle**

«Je früher die Arbeitsfähigkeit der betroffenen Person abgeklärt wird, desto eher kann sie ihren Arbeitsplatz halten beziehungsweise desto erfolgsversprechender gestaltet sich die Wiedereingliederung.» Diese Meinung vertreten Erwin Murer, Professor für Arbeits- und Sozialversicherungsrecht an der Universität Freiburg, und Basile Cardinaux, sein Diplomassistent. Sie haben untersucht, weshalb es zur «Rentenexplosion» bei der IV gekommen ist, und sie schlagen auch eine Lösung vor. Am Anfang der Arbeitsunfähigkeit sei das Verfahren einseitig medizinisch ausgerichtet und insgesamt dauere es sehr lang. Dies verschärfe das Rentenproblem, weil lange nicht arbeiten zu können selber krank mache. Deshalb schlagen Murer und Cardinaux vor, eine Früherfassungs- und Präventionsstelle der Invalidenversicherung zu schaffen. Bei dieser müssten sich Arbeitsunfähige nach 60 Tagen melden, sofern sie nicht Leistungen der Unfallversicherung erhalten oder aufgrund von Mutterschaft nicht arbeiten können. Die Rehabilitationsfachleute der IV könnten so beweisen, was möglich sei, wenn sie rechtzeitig intervenieren können, und die IV wäre wieder mehr Eingliederungsspezialistin statt Rentenzahlstelle. (bc)

*Quelle: Murer, Erwin und Cardinaux, Basile: Notwendige Weichenstellungen in der IV. In: Soziale Sicherheit 6/2003, S. 337-339.*

**Sozioökonomischen Status in Guidelines einbeziehen**

Guidelines bergen die Gefahr, dass sie die Gesundheit der Menschen mit einem höheren sozioökonomischen Status stärker verbessern als die der sozioökonomisch tiefer gestellten. Dies verstärkt die Gesundheitsunterschiede zusätzlich. Deshalb hat Australia's National Health and Medical Research Council ein Handbuch in Auftrag gegeben, welches die Entwickler von Guidelines anleitet, wie der Effekt des sozioökonomischen Status in die Guidelines einzubeziehen ist. Herausgekommen ist ein Vier-Punkte-Programm. Am Beispiel der Herzinfarkt-rehabilitation sieht dies folgendermassen aus:

1. Die Gesundheitsentscheidung identifizieren: Übergewichtige sollen angeleitet werden, das Körpergewicht zu reduzieren und vermehrt körperlich aktiv zu sein.
2. Nach Evidenz von sozioökonomischen Effekten suchen: Studien haben gezeigt, dass der sozioökonomische Status die Fähigkeit beeinflusst, sein Gewicht zu kontrollieren und körperlich aktiv zu sein.
3. Nach Interventionen suchen, die den sozioökonomischen Effekt reduzieren: Soziale Unterstützung und Lebensstilberatung sind effektiver als Lebensstilberatung allein. Die Interventionen sollten wenig kosten, zu geeigneten Tageszeiten stattfinden, Unterstützung bieten bei der Anreise und der Kinderbetreuung, und allgemeines Gesundheitswissen vermitteln.
4. Die gefundene Evidenz des sozioökonomischen Status in die neuen Guidelines einbeziehen: Anleitung zu Gewichtsreduktion und körperlicher Aktivität sollten begleitet sein von sozialer Unterstützung und Interventionen beinhalten, die geografische, finanzielle, soziale oder bildungsmässige Barrieren reduzieren. (bc)

*Quelle: Rosemary Aldrick et al.: Using socio-economic evidence in clinical practice guidelines. In: British Medical Journal, 29. November 2003, Volume 327, S. 1283-1285.*

**Erstes Patientengesetz in Zürich**

Die Spitäler müssen eine Patientendokumentation führen, welche die Patienten einsehen können. Organentnahmen dürfen nur bei ausdrücklicher Zustimmung erfolgen. Und die Patienten müssen in verständlicher Form über eine Behandlung, deren Risiken und Alternativen aufgeklärt werden. Dies sind Vorgaben aus dem neuen Patientengesetz im Kanton Zürich. In 36 Paragraphen regelt es das Verhältnis zwischen medizinischen Leistungserbringern und den Patienten. Es ist eines der ersten und gilt im stationären Bereich. Es schlägt auch Richtlinien vor, die bei der Behandlung Sterbender gelten. So kann bei aussichtsloser Prognose die kurative Behandlung eingestellt werden, wenn sie das Leiden nur unzumutbar verlängert. Insbesondere regelt das Ge-

**VORSCHAU**

**Schwerpunktthema:**  
**ANGEHÖRIGENPFLEGE**  
 Erscheinungsdatum: 9. April 2004

**Die Arbeit der Angehörigen**  
**Angehörigenpflege – Bedeutung und Entwicklung**  
**Expedition in sechs Etappen**  
**Häusliche Pflegeskala**  
**Professionelle Unterstützung**  
**Rollenerwartung an weibliche Angehörige**  
**Hilfsangebote im Überblick**

**«Qualität kostet und spart»**  
**(Veranstaltungsbericht)**

setz den bisherigen Graubereich der Zwangsmassnahmen bei Personen im fürsorgerischen Freiheitsentzug, im Strafvollzug oder bei nicht urteilsfähigen Menschen. Der Zürcher Kantonsrat hat das Patientengesetz begrüsst. Befürchtet wird einzig, dass die Informationspflicht der Spitäler deren Aufwand erhöht. (bc)

*Quellen: Eine Richtschnur für heikle Fragen. Neue Zürcher Zeitung, 12. Januar 2004. Und: Patientengesetz – zulässige Pioniertat. Neue Zürcher Zeitung, 13. Januar 2004.*

**Blick auf Versorgungssysteme**

«Den Blick weg von spezifischen Krankheiten hin auf die Unterstützung der Gesundheitsversorgungssysteme richten, welche die Interventionen tätigen» – dieses Fazit zieht Gill Walt, Professor für International Health Policy an der London School of Hygiene and Tropical Medicine aus dem WHO World Health Report 2003. Es mache keinen Sinn, viele Gelder in Krankheitsbekämpfungsfonds für Malaria, HIV/Aids oder Tuberkulose zu investieren, wenn nicht auch das Gesundheitssystem beachtet werde, welches diese Krankheiten bekämpfen soll. Die Schwäche der Gesundheitsversorgungssysteme behindere stark, und viele Menschen hätten nur beschränkt Zugang zu einer medizinischen Versorgung. (bc)

*Quelle: Gill Walt: WHO's World Health Report 2003 (Editorial). In: British Medical Journal, Nr. 7430, 3. Januar 2004, S. 6.*