



managed care

6 • 2004
10. September

Integrierte Versorgung

Was ist integrierte Versorgung? – eine Begriffsklärung

Der lange Weg zur integrierten Versorgung

(Kosten-)Effizienz allein genügt nicht

IGOMED Thun: Zwischenbilanz nach sieben Jahren

Integrierte Versorgung – wo liegen die Barrieren?

Der Widerstand der Politik gegen Managed Care

Plädoyer für vermehrte Investitionen in die Grundversorgung

IT im Gesundheitswesen: Erfahrungen in Schweden

Selbstdispensation von Medikamenten:

Kosten treibender oder Kosten dämpfender Faktor?

www.fmc.ch
www.tellmed.ch

en français:
www.managedcareinfo.net

Integrierte Versorgung – das Erfolgsrezept der Zukunft?

Ueli Bodmer

Das Gesundheitswesen steht im Spannungsfeld zwischen steigender Nachfrage bei zunehmendem Angebot und einer Verknappung der zur Verfügung stehenden Ressourcen. Deshalb wird der Ruf nach vermehrter Steuerung laut.

Die Entwicklung von Managed-Care-Systemen hat auch in der Schweiz gezeigt, dass nach einer langen Phase der Ausdifferenzierung nun die Frage nach der institutionenübergreifenden Integration ansteht. Zusammen mit meinen Kollegen im Vorstand von med-swiss.net bin ich, stellvertretend für mehr als 1300 erfahrene Netzwerkärztinnen und -ärzte, überzeugt: Durch eine institutionenübergreifende Integration der Patientenbehandlung in Versorgungsnetzen würden sich die Kostentreiber Föderalismus und fehlendes nationales Gesundheitsprogramm sowie Fragmentierung und falsche Finanzanreize günstig beeinflussen lassen.

Heute behindern folgende Realitäten die Entwicklung hin zu mehr Integration:

- Das dualistische Finanzierungssystem im stationären und das Einzelleistungsprinzip im ambulanten Bereich setzen bei allen Beteiligten falsche ökonomische Anreize.
- Der Kontrahierungszwang und der morbiditätsunabhängige Risikoausgleich verhindern einen Wettbewerb unter den Versicherern und Versorgungsnetzen um die Gunst der – teuren – mehrfach und chronisch Kranken.
- Angesichts der Machtpolitik der namhaften Versicherer erweisen sich partnerschaftliche Integrationsideen als schwierig.
- Die universitäre Lehre und Forschung berücksichtigt die Aspekte der Praxisrelevanz und -tauglichkeit

zu wenig, gerade im Bereich der für die Steuerung bedeutenden Primärversorgung.

■ Durch das Solidaritätsprinzip und das Versicherungsobligatorium fehlt es den Patienten und gesunden Versicherten im Grundversicherungsbereich an einer bedarfsgerechten Wahlmöglichkeit.

Integrierte Versorgungsnetzwerke werden sich nur dann bewähren und nachhaltig weiterentwickeln, wenn sie im Sinne einer Win-Win-Situation allen Akteuren im Gesundheitswesen Vorteile verschaffen. Die dazu nötigen Instrumente und Voraussetzungen sind in der Theorie längst bekannt. Sie finden sich unter anderem in der «Vision 08», einem Projekt von med-swiss.net¹.

Damit in Zukunft nun auch die praktische Umsetzung möglich wird, braucht es den Mut aller beteiligten Verantwortlichen, sich im Gesundheitswesen endlich der Machtpolitik zu entsagen und sich einer nationalen Gesundheitspolitik mit fundierten Zielvorstellungen zuzuwenden.

Integration verlangt einen fundamentalen Wandel der Denkweise und des Handelns. Sollte dieser Wandel gelingen, so darf von integrierter Versorgung als Erfolgsrezept gesprochen werden.



Ueli Bodmer

Dr. med. Ueli Bodmer

Facharzt für Allgemeine Medizin

Vorstand med-swiss.net

Dachverband der Schweizer Ärztenetzwerke

E-Mail: ubodmer@bluewin.ch

¹ Dieses Projekt wird unter dem Titel «Netzwerke – von der Vision zur Realität» am 23. September 2004 an einer Podiumsveranstaltung in Zürich der breiten Öffentlichkeit vorgestellt (16 Uhr, Hotel Marriott, Zürich).

SCHWERPUNKTTHEMA:
INTEGRIERTE VERSORGUNG

- 5** **Was ist integrierte Versorgung? – eine Begriffsklärung**
Peter Berchtold, Trix Heberlein, Walter Frei, Max-Albrecht Fischer
Was ist unter integrierter Versorgung zu verstehen und was ist von ihr zu erwarten? Vertreter der betroffenen Dachorganisationen, der Politik und der Krankenversicherer nehmen Stellung.
- 10** **Der lange Weg zur integrierten Versorgung**
Karl Kunz, Heinz Dönni
Die Gatekeepersysteme haben die Erwartungen nur teilweise erfüllt; jetzt bestehen grosse Hoffnungen gegenüber der integrierten Versorgung. Unter welchen Voraussetzungen kann sie gelingen? – Die Sicht einer Managed-Care-Organisation.
- 13** **(Kosten-)Effizienz allein genügt nicht**
Jacqueline Bachmann
Integrierte Versorgungsmodelle können für die Patientinnen und Versicherten echte Vorteile bringen. Doch damit diese die Vorteile wahrnehmen, braucht es viel Sorgfalt bei der Konzeptionierung und bei der Kommunikation und Werbung.
- 15** **IGOMED Thun: Zwischenbilanz nach sieben Jahren**
Ueli Hagnauer
Der Thuner Ärzteverein IGOMED bietet seit 1997 zusammen mit einem Krankenversicherer ein Versorgungs- und Versicherungsmodell an, das Elemente einer integrierten Versorgung umsetzt. – Die Erfahrungen aus Ärztesicht.
- 18** **Integrierte Versorgung – wo liegen die Barrieren?**
Marie-Therese Furrer, Felix Gurtner
Dass sich die integrierte Versorgung bisher nicht durchsetzen konnte, hat aus Sicht des Bundesamts für Gesundheit unter anderem mit ungünstigen ökonomischen Anreizen sowie mit Bildungs- und Forschungsdefiziten zu tun.
- 21** **Der Widerstand der Politik gegen Managed Care – Ursachen und Hintergründe**
Simonetta Sommaruga
Warum unternimmt die Politik, trotz anders lautender Lippenbekenntnisse, nach wie vor kaum etwas, um Managed Care zu fördern? – Erklärungen aus Sicht einer Ständerätin.
- 23** **Plädoyer für vermehrte Investitionen in die Grundversorgung**
Michael Peltenburg, Marco Zoller
In den integrierten Versorgungsnetzen der Veterans Health Administration hat eine Verlagerung der Versorgung von stationären auf ambulante Strukturen die Versorgungsqualität verbessert. Was kann die Schweiz daraus lernen?
- 26** **IT im Gesundheitswesen: Erfahrungen mit einem nationalen Forschungs- und Entwicklungsprogramm in Schweden**
Håkan Eriksson
Im Gesundheitswesen braucht es eine grundlegende Neuorientierung, bei welcher der Informationstechnologie eine wichtige Rolle zukommt, meint der Autor und berichtet über schwedische Erfahrungen.

MANAGED-CARE-MODELLE

- 31** **Managed-Care-Modelle in der Schweiz im Jahr 2004**
Vorankündigung

GESUNDHEITSÖKONOMIE

33

**Selbstdispensation von Medikamenten:
Kosten treibender oder Kosten dämpfender Faktor?**

Konstantin Beck, Ute Kunze, Willy Oggier

Wie wirkt sich das Medikamentenabgabesystem auf die Medikamentenkosten aus? Der Beitrag untersucht diese Frage, unter Berücksichtigung der bisherigen Untersuchungen zum Thema, mittels multipler linearer Regression.

RUBRIKEN

28

Feedback

Fehlende Bestrafung der Selbstschädiger (Leserbrief)

30

Kolumne

Plädoyer für ein Machtwort im Gesundheitswesen (Von Mechtild Willi Studer, Mitglied des Redaktionellen Beirats der Zeitschrift «Managed Care»)

37

Resonanz

Zweiklassenmedizin gewollt • Kontrahierungszwang als Fremdkörper • Ja zu Managed Care • Qualvoller Rationierungsentscheid • Herzoperation in Hammerfest?

38

Veranstaltungskalender

Veranstaltungen/Weiter- und Fortbildung

40

In Kürze

Integration: Job-Coach für psychisch Kranke • Neue Generika-Website für PatientInnen • «Collateral health effects» ••• Vorschau: Gesundheitsplatz Winterthur

managed
care

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

Verlag:

Rosenfluh Publikationen AG
Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen

Redaktioneller Beirat:

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

Redaktionsausschuss:

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

 Betreuung des Schwerpunktthemas:

Ueli Bodmer

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 Schleitheim

Abonnemente, Adressänderungen:

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

Abonnementspreise:

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

Einzelheft-Bestellungen bitte an das
Redaktionssekretariat

Diese Zeitschrift wird im
EMBASE/Excerpta Medica indiziert.

8. Jahrgang; ISSN 1422-6618

**© Copyright by Rosenfluh
Publikationen Neuhausen**

Managed Care und MCCM sind eingetragene
Marken

Nachdruck nur mit Genehmigung des Verlags.
Für unaufgefordert eingehende Manuskripte
übernimmt der Verlag keine Verantwortung.



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

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:

- | | |
|--------------------------------------------------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> ... Ex. Jahresabonnement Schweiz | sFr. 90.-* |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. Jahresabonnement Europa | sFr. 135.-* |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. Jahresabonnement übriges Ausland | sFr. 165.-* |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. Schnupper-Abonnement (3 Ausgaben) | sFr. 40.-* |

Einzelnummer-Bestelltalon

Einzelne Schwerpunkt-Nummern sind noch erhältlich.

Ja, ich bestelle:

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Medien und Managed Care» | Ausgabe 6/2002 | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Managed Care in der spitalexternen Pflege und Betreuung» | Ausgabe 7/2002 | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Integrierte Versorgung als Gütesiegel» | Ausgabe 1/2003 | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Managed Care und die letzten Lebenstage» | Ausgabe 2/2003 | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Interkulturalität im Gesundheitswesen» | Ausgabe 3/2003 | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Arzt und Management» | Ausgabe 4/2003 | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Soziale Unterschiede und Gesundheit» | Ausgabe 5/2003 | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Pflege und Ökonomie» | Ausgabe 6/2003 | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Der vergessene Patient – die vergessene Kraft» | Ausgabe 7/2003 | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Medizinisches und betriebswirtschaftliches Controlling zusammenführen» | Ausgabe 8/2003 | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Schnittstellenmanagement» | Ausgabe 1/2004 | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Betreuungsmanagement bei Querschnittlähmung» | Ausgabe 2/2004 | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Angehörigenpflege» | Ausgabe 3/2004 | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Rechtsfragen» | Ausgabe 4/2004 | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Lebensstil und Gesundheit» | Ausgabe 5/2004 | 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:

Was ist integrierte Versorgung? Eine Begriffsklärung

Der Präsident des Forums Managed Care, eine Ständequälin, ein Vertreter der Krankenversicherer und der Präsident des Dachverbandes der bestehenden Netzwerke, med-swiss.net, erläutern, was sie unter integrierter Versorgung verstehen und welche

Ergebnisse sie von ihr erwarten. Das Vorwort hat der Präsident von med-swiss.net.

Aus der praktischen Erfahrung, dass das Gesundheitswesen der Schweiz bei immer noch guter Qualität, aber sehr hohen Ausgaben ausgesprochen individualistisch und unkoordiniert aufgebaut ist, haben sich in den letzten Jahren viele Netzwerke gebildet, welche mit pragmatischem Ansatz versuchten, über eine bessere

Zusammenarbeit und Steuerung die Effizienz der Gesundheitsversorgung zu steigern. Es ist kennzeichnend für die Schweizer Managed-Care-Szene, dass erst jetzt ernsthaft versucht wird, gemeinsame theoretische Grundlagen und Definitionskriterien für Versorgungsnetze zu erarbeiten. Dieser Weg birgt allerdings grosse Vorteile: Durch die Vielfalt der Experimente konnten wertvolle Erfahrungen gesammelt werden, welche nun in die theoretische Aufarbeitung einfließen können. (Dr. med. Max-Albrecht Fischer, Präsident med-swiss.net)

Was ist integrierte Versorgung?



PD Dr. med. Peter Berchtold
Präsident Forum Managed Care

Integrierte Versorgung heisst, dass Gesunderhaltung und Prävention, Behandlung und Betreuung, Nachsorge und Rehabilitation zu einem einheitlichen Ganzen verknüpft sind. Integrierte Versorgung und Managed Care sollen dabei, wie im englischen Sprachraum, als Synonyme verstanden werden. Herausragende Unterschiede zur heute vorherrschenden Selbstorganisation der einzelnen Akteure sind der höhere Vernetzungsgrad und die bessere Steuerbarkeit integrierter Versorgungssysteme.



Trix Heberlein
Ständerätin (FDP),
Mitglied der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit

Das Krankenversicherungsgesetz hat 1994 die Möglichkeit geschaffen, besondere Versicherungsmodelle einzuführen. Wir können uns freiwillig einschränken bei der Arztwahl, wir können uns Netzwerken anschliessen, und sollten damit von einem Prämienrabatt profitieren. Die bestehenden Modelle sind aber noch weit von Managed Care oder gar integrierter Versorgung entfernt. In den Vorlagen zur laufenden Gesetzesdiskussion sind solche Modelle wieder vorgesehen und ansatzweise ausgestaltet. Bessere Kontrolle der Art und Zahl der Behandlungen, eine Übersicht über verordnete Medikamente oder konsultierte Ärzte, HMO-Praxen – dies sind erste Ansätze von Managed Care in unserem Land. Eine integrierte Versorgung geht jedoch bedeutend weiter: Sie umfasst das gesamte Spektrum, von der ersten ambulanten Konsultation über verordnete Medikamente, Spitaleinweisungen (unter Berücksichtigung aller bereits vorgenommenen Untersuchungen), Behandlungen im Spital und den Austritt bis hin zu den notwendigen weiteren Behandlungen zu Hause.

Welches sind die Erwartungen an die integrierte Versorgung? Was soll sie leisten, damit sie sich bei allen Beteiligten und Betroffenen als Standard durchsetzen kann?

Im Grundsatz will integrierte Versorgung Einzelleistungen, die von einzelnen Fachpersonen oder Institutionen angeboten werden, zu Paketen bündeln. Damit werden Leistungen koordiniert, Doppelspurigkeiten abgebaut, Behandlungs- und Betreuungsabläufe transparenter und steuerbarer gemacht sowie neue Preisgestaltungen ermöglicht. Von einer Leistungsbündelung profitieren nicht nur Finanzierer und Regulierer, sondern auch Individuen und Patienten. Denn der Nutzen von Leistungspaketen ist für Patienten klarer wahrnehmbar als jener von Einzelleistungen.

Für den Versicherten bringt die integrierte Behandlung nur Vorteile. Er wird besser beraten, die Leistungen sind kontrollierbar und überschaubar für alle Beteiligten. Mehrfachbehandlung, Unverträglichkeiten oder andere unerwünschte Komplikationen können eher ausgeschlossen werden.



Walter Frei
Stabstelle Politik,
Santésuisse

Der Begriff bezeichnet die koordinierte, die einzelnen Sektoren übergreifende Gesundheitsversorgung von Patienten (insbesondere bei komplexen Behandlungsprozessen oder chronischen Erkrankungen). Dem entsprechen auf der Leistungsseite Versorgungsstrukturen, welche geordnete und effiziente Abläufe bei der Behandlung und Pflege ohne zeitliche und inhaltliche Brüche ermöglichen, und auf der Versichererseite Vergütungsformen, die auf den gesamten Leistungsprozess und nicht einzelne Leistungsbereiche ausgerichtet sind.



Dr. med. Max-Albrecht Fischer
Präsident med-swiss.net

med-swiss.net hat unter dem Titel «Vision 08» eine Arbeitsgruppe gebildet, welche Merkmale und Definitionskriterien für Netzwerke sammelt und wertet: Gemeinsam sind allen Modelle das Streben nach einer Steuerung aus einer Hand und, damit verbunden, Massnahmen zur Qualitätsentwicklung/-sicherung. Bezüglich Budgetmitverantwortung sind vielfältige Lösungen entstanden: von der Nulllösung bis zur Kopfpauschale. Allgemein hat sich allerdings die Meinung durchgesetzt, dass irgendeine Form der Budgetmitverantwortung notwendig ist, um die Anreize für die Leistungserbringer längerfristig umzukehren. Doch die Dualität von Leistungserbringern und Finanzierern ist zu wahren: Die Netzwerke sollen nicht als Versicherer auftreten, die Versicherungen sollen selber keine Netzwerke betreiben. Mehrere Varianten sind auch in Bezug auf die vertikale Vernetzung denkbar. Die Integration der gesamten Behandlungskette inklusive medizinverwandter Berufe ist eine Extremvariante. Die Prozesse sollen die Strukturen bestimmen. Dabei ist zu bedenken, dass mit vermehrter Integration entlang der Behandlungskette bedeutende Wettbewerbselemente verdrängt werden, etwa das Aushandeln von (günstigeren) Pauschalen mit einzelnen Leistungsanbietern.

Was ist integrierte Versorgung?

Sie muss entscheidend zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Behandlungen beitragen. Die Qualität wird durch folgende Faktoren gefördert:

- Die Medizin wird ganz in den Dienst eines Patientenproblems gestellt.
- Die Kontinuität in der Behandlung über verschiedene Sektoren wird garantiert.
- Einzelkämpfer aller Sektoren werden in ein medizinisch und ökonomisch verantwortliches Team eingegliedert.
- Die gesamte Versorgung wird vom Endpunkt her definiert.

Die Wirtschaftlichkeit wird verbessert:

- indem die Kosten treibende Einzelleistungsvergütung durch pauschale,

Unbestrittenes Ziel der integrierten Versorgungsnetze ist es, bei gesicherter Qualität die medizinischen Leistungen zu günstigerem Preis anzubieten und durch Elemente der Prävention die Nachhaltigkeit der medizinischen Versorgung zu steigern. Ausdrücklich kein Merkmal der Versorgungsnetze ist aber jede Form einer offenen oder versteckten Rationierung. Diese, sollte sie dereinst notwendig sein, bleibt ausschliesslich Aufgabe der Politik. Die Versorgungsnetze wollen für Versicherte und Patienten einen Mehrwert erzielen. Nur damit kann mittelfristig erreicht werden, dass sich diese Form der Krankenversicherung als Standard durchsetzt.

Welches sind die Erwartungen an die integrierte Versorgung? Was soll sie leisten, damit sie sich bei allen Beteiligten und Betroffenen als Standard durchsetzen kann?

Wie wird eine gute integrierte Versorgung gemessen (Kosten-Nutzen-Relation)?

Es existiert keine simple Messmethode zur Nutzevaluation für integrierte Versorgung als Ganzes, höchstens für einzelne Integrationsmassnahmen. Und der Nachweis einer «guten integrierten Versorgung» gelingt nur in einem Systemansatz, welcher Nutzen und Qualität aus den verschiedenen Perspektiven der Akteure (Patienten, Leistungserbringer, Versicherer und Staat) feststellbar macht. Gegenüber traditioneller Versorgung bedeutet Integration und Steuerung natürlich zusätzlichen Aufwand und damit Kosten, welche transparent ausgewiesen werden sollen.

Aus dem oben Gesagten ergibt sich auch, dass die Kosten-Nutzen-Relation mittelfristig sicher positiv sein wird. Dies lässt sich daran messen, dass die Qualität besser kontrolliert werden kann und dass die Leistungen mengenmässig überschaubarer bleiben. Mit diesem Modell werden also Kosten und damit auch Prämien gespart.

Wirkt sich die integrierte Versorgung auf die Chancengleichheit aller Bevölkerungsschichten bezüglich der Gesundheitsversorgung aus?

Grundsätzlich stehen integrierte Versorgung und Chancengleichheit nicht im Widerspruch zueinander. Und die «klassenlose» Medizin gibt es heute nicht, beziehungsweise sie war schon immer eine Utopie. In diesem Sinne können einzelne Integrationsbemühungen sowohl zu mehr wie auch zu weniger Chancengleichheit führen. Allerdings ist der Begriff Chancengleichheit auch ein häufig missbrauchtes Schlagwort. So etwa wenn, als Schreckensszenario für die Schweiz, auf den sehr teuren und für sozial Schwächere nicht zugänglichen Privatversicherungsbereich der Gesundheitsversorgung in Grossbritannien verwiesen wird.

Auch auf die Chancengleichheit wirkt sich das Modell positiv aus. Denn auch Personen, die sich weniger wehren können, werden durch neue Systeme wie HMOs, Managed Care und eben integrierte Versorgungsnetze besser versorgt: Der Behandlungsablauf ist für alle Patienten derselbe! Damit sind Qualität und Chancengleichheit gewahrt.

Trix Heberlein
Ständerätin (FDP), Mitglied der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit

PD Dr. med. Peter Berchtold
Präsident Forum Managed Care

Sektoren übergreifende Vergütungsformen und eine entsprechende Budgetverantwortung abgelöst wird.

■ indem Schnittstellenprobleme wie unnötige Mehrfachuntersuchungen, überflüssige Diagnostik und so weiter reduziert werden.

Durch Vergleiche mit der konventionellen Behandlung bezüglich Kosten, Qualität, Dauer und so weiter und durch Patientenbefragungen. Während Kostenvergleiche keine grossen Probleme aufwerfen dürften, stehen leider anerkannte Instrumente zur Messung der Qualität noch nicht zur Verfügung.

Die Qualitätsentwicklung und -sicherung ist nicht nur Garant dafür, dass unter dem Spardruck keine Leistungen vor-enthalten werden, sondern soll auch dazu dienen, die Kosten-Nutzen-Relation abzubilden. Die Netzwerke werden dann den grössten Nutzen erzielen, wenn sie die Nachhaltigkeit ihrer Anstrengungen nachweisen können. Letztlich ist dies nur durch die Beobachtung des individuellen Krankheitsverlaufs über standardisierte Patientenpfade im Vergleich zu einem gleichartigen Patientenkollektiv möglich. Eine verfeinerte Erhebung von Morbiditäts- und anderen Daten ist dafür unumgänglich. Gerade hierzu ist eine elektronische Vernetzung sehr hilfreich.

Wie wird eine gute integrierte Versorgung gemessen (Kosten-Nutzen-Relation)?

Die integrierte Versorgung ist mit einer Einschränkung der Arztwahlfreiheit verbunden, muss aber nicht zu ungleichen Behandlungschancen verschiedener Bevölkerungskreise führen, und zwar aus folgenden Gründen:

■ Erstens soll weiterhin für alle Versicherten die freie Wahl zwischen integrierten Netzwerken und der konventionellen Versorgung bestehen.

■ Zweitens ist die integrierte Versorgung geeignet, die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern, und würde damit sogar die Behandlungschancen von Bevölkerungsschichten verbessern, die auf eine kostengünstige Versicherungsform angewiesen sind.

Die Versorgungsnetze dürfen nicht zum Vehikel politischer Partikularinteressen werden. Nur wenn sie alle Bevölkerungsschichten erreichen, werden sie langfristig glaubwürdig bleiben. Das bisherige Image als reine Sparmodelle ist für die Zukunft hinderlich. Ich wünsche mir als Motto für die Versorgungsnetze: «gute Qualität zu gutem Preis». Bei sich öffnender Schere der Zweiklassenmedizin können die Versorgungsnetze allen Bevölkerungsschichten den Zugang zu einer sinnvollen und bedürfnisgerechten Spitzenmedizin sichern.

Wirkt sich die integrierte Versorgung auf die Chancengleichheit aller Bevölkerungsschichten bezüglich der Gesundheitsversorgung aus?

Walter Frei
Stabstelle Politik, Santésuisse

Dr. med. Max-Albrecht Fischer
Präsident med-swiss.net

Der lange Weg zur integrierten Versorgung

Nachdem die bisherigen Hausarztssysteme und HMOs die Probleme im Gesundheitswesen nicht oder nur ansatzweise lösen konnten, sollen nun integrierte Versorgungsnetze Abhilfe schaffen. Der Beitrag erläutert aus Sicht der Krankenversicherer, welche Anforderungen solche Netze erfüllen müssen und welche Rahmenbedingungen es braucht, damit überhaupt solche Netze entstehen.

Karl Kunz, Heinz Dönni

Wir haben ein ausgezeichnet ausgebautes Gesundheitswesen: In den Städten gibt es beinahe an jeder Kreuzung eine Apotheke, die Anfahrtszeit zum nächsten Spital ist kaum länger als 20 Minuten, und je nach Kanton leisten wir uns einen Arzt auf 126 bis 636 Einwohner. Daneben gibt es noch zahlreiche weitere Leistungserbringer, Hersteller und Zulieferer medizinischer Güter, die uns alle bestens versorgen. Als Patienten sind wir froh um dieses Angebot und machen auch ausgiebig davon Gebrauch. Das Gesundheitssystem ist föderalistisch aufgebaut und nicht koordiniert, da wundert es kaum, dass es

zu unnötigen beziehungsweise unangemessenen Leistungen kommt. Dafür sorgen schon die Anreize, die allesamt auf Mengenausweitung ausgerichtet sind: Einzelleistungstarif, unterschiedliche Kostenträger für stationäre und ambulante Behandlungen, unterschiedliche Tarife je nach Status des Versicherten und vieles mehr.

Im Zusammenhang mit der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen reden wir denn auch vom Mengenproblem, was ja nichts anderes heisst, als dass wir unsere Ressourcen nicht immer sinnvoll einsetzen. Dass darunter auch die Qualität der medizinischen Versorgung leidet, liegt auf der Hand.

Gatekeeper-Systeme - Hoffnung und Ernüchterung

So weckten denn zu Beginn der Neunzigerjahre die ersten Hausarztmodelle und HMOs grosse Hoffnungen: In den Hausarztssystemen soll der Hausarzt, der das Vertrauen des Patienten genießt, eine Lotsenfunktion im Gesundheitswesen übernehmen und den Patienten im Fall einer Krankheit durch das unübersichtliche Angebot im Gesundheitswesen begleiten. Dadurch sollten bezüglich Kosten und Qualität Vorteile erreicht werden. Nach über zehn Jahren Erfahrung muss man nun aber mit statistisch erhärteter Ernüchterung feststellen, dass solche Vorteile gegenüber der ordentlichen Versicherung in den schwach gesteuerten Hausarztmodellen kaum messbar sind. Im Wesentlichen haben folgende Gründe zu diesem Resultat beigetragen:

■ **Risikoselektion der Versicherten:** In den Hausarztmodellen befinden



Karl Kunz



Heinz Dönni

sich gesündere Versicherte als in der konventionellen Versicherung, das zeigt sich insbesondere auch daran, dass der Anteil der Versicherten mit einer frei wählbaren Franchise wesentlich grösser ist als in der konventionellen Versicherung.

■ **Behandlungsstil:** Der Hausarzt macht kaum einen Unterschied zwischen Hausarztssystem- und konventionell Versicherten bei der Erfül-

lung von Patientenwünschen nach zusätzlichen Untersuchungen und Therapien. Dabei ist positiv hervorzuheben, dass auch keine Unterschiede in der Behandlungsqualität feststellbar sind und dass daher ganz eindeutig nicht von einer Zweiklassenmedizin gesprochen werden kann. ■ **Kostenbewusstsein:** Kostenanalysen haben aufgezeigt, dass sich vor allem Patienten für das Hausarztssystem entschieden haben, die sich

«Im Hinblick auf das elektronische Patientendossier könnte das Genfer Projekt «e-toile» einen praktikablen Lösungsansatz für integrierte Versorgungsnetze aufzeigen.»

bereits in der konventionellen Versicherungsform kostenbewusst verhalten haben. Erfreulich sind Indizien dafür, dass in den stärker strukturierten ärztlichen Betriebsgesellschaften im längerfristigen Trend Kostenvorteile zum Tragen kommen. Die Krankenversicherer zahlen dafür aber auch zusätzliche Entschädigungen. Einzig bei den HMOs scheinen klare Vorteile belegt zu sein. Allerdings sind der Ausbreitung der HMOs Grenzen gesetzt, da sich, bedingt durch das für einen ökonomischen Betrieb notwendige Einzugsgebiet, nur grössere Städte als HMO-Standort eignen. Offenbar sind auch für die Versicherten die Anreize ungenügend: Was zählt, ist der Prämienrabatt. Für die meisten Versicherten wiegt die imaginäre Wahlfreiheit offenbar mehr als das Vertrauen in den Hausarzt. Unsere heutigen Managed-Care-Modelle haben es bis jetzt nicht geschafft, der Bevölkerung aufzuzeigen, dass sie in einem koordinierten oder sogar integrierten System besser aufgehoben wäre.

Integrierte Versorgung – die Lösung?

Das Gesundheitswesen ist ein komplexes System von Angeboten,

Fähigkeiten, Bedürfnissen Verantwortlichkeiten, Interessen, Zielsetzungen und Organisationsformen. Die Vorteile einer Integration dieser Elemente über den gesamten Behandlungsprozess scheinen plausibel. Zudem geht vom Wort «Integration» etwas «Wohlthuendes» aus, weil es den Drang zur Vervollkommnung des Systems, zur Ganzheitlichkeit ausdrückt (den wir aus der Natur kennen).

Doch was meinen wir konkret mit diesem Begriff? Was braucht es, damit «integrierte Versorgung» im Gesundheitswesen mehr ist als ein Schlagwort?

Anforderungen an integrierte Versorgung

Integrierte Versorgungsnetze können nur zum Erfolg führen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

- a) Im Zentrum müssen die Bemühungen um eine effiziente und wirkungsvolle Versorgung des Patienten stehen, und nicht die beschränkten Sichtweisen einzelner Leistungserbringer (z.B. Arzt, Spezialist, Spital).
- b) Um die Vorteile einer integrierten Versorgung zum Tragen zu bringen, müssen sämtliche Leistungserbringer eingebunden werden. Andernfalls könnte die Qualität beeinträchtigt oder unerwünschtes Ausweichen auf nicht integrierte Angebote gefördert werden.
- c) Entlang der gesamten Behandlungskette sind durchgängige Prozesse zu etablieren, wobei der sicheren, schnellen und einfachen Kommunikation eine zentrale Bedeutung zukommt. Ein wichtiges Instrument dazu wäre das elektronische Patientendossier. In diesem Zusammenhang ist das Projekt «e-toile» im Kanton Genf (www.e-toile-ge.ch) von ganz besonderem Interesse; es könnte einen praktikablen Lösungsansatz für integrierte Versorgungsnetze aufzeigen. Der schnelle und gezielte Austausch von Patienteninformationen, unter strikter Wahrung des Datenschutzes, kann einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses im Gesundheitswesen leisten.

d) In einem integrierten Versorgungsnetz müssten (und könnten) die Voraussetzungen für eine sinnvolle Steuerung des Ressourceneinsatzes geschaffen werden. Eine Budget-Mitverantwortung der Leistungserbringer (auf Stufe Versorgungsnetz) würde die Anreize zum verantwortungsbewussten Umgang mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen fördern. Damit verbunden könnte dem Versorgungsnetz ein gewisser Spielraum für überobligatorische Leistungsangebote zugestanden werden.

e) Krankenversicherer und Versorgungsnetze müssen enger zusammenarbeiten, um die Steuerungsmechanismen und Qualitätskriterien optimal weiterentwickeln zu können.

f) Es sollten mehrere Netze pro Region angeboten werden, und Kriterien wie Qualität und Kosten sollten für die Versicherten/Patienten transparent gemacht werden. Damit könnte der Wettbewerb unter den Netzen und unter den Krankenversicherern gefördert und ein vielfältiges Angebot für die Bevölkerung aufrechterhalten werden. Wenn es für einen ganzen Kanton nur ein einzi-

«Flächendeckende Angebote fördern eher die Erhaltung teurer Strukturen als die Optimierung der Versorgung.»

ges Modell gäbe, wie es das Projekt IMC im Kanton Thurgau anstrebt, würden verschiedene Vorteile eines integrierten Versorgungsnetzes verloren gehen. Flächendeckende Angebote fördern eher die Erhaltung teurer Strukturen als die Optimierung der Versorgung.

Voraussetzungen für integrierte Versorgung

Solange sich mit garantierten Leistungen der Krankenversicherer und mit Einzelleistungstarifen eine Praxis lukrativ betreiben lässt, haben Versorgungsnetze, die Qualitätsanforderungen und Budgets einhalten müssen, wenig Chancen. Erst wenn

die Anreize für Leistungserbringer so gesetzt sind, dass der Einzelne durch die Zusammenarbeit in einem integrierten Versorgungsnetz Vorteile für sich generieren kann, wird es zu Innovationen in der Versorgung und deren Finanzierung kommen. Mit der Vertragsfreiheit würden die Voraussetzungen geschaffen, damit sich die Spreu vom Weizen scheidet. Der Versicherte/Patient wird dasjenige Preis-Leistungs-Verhältnis wählen, das ihm am besten behagt. Das heisst, er wechselt entweder den Arzt oder die Krankenversicherung, wenn ihn ein anderes Angebot mehr anspricht.

Weitere wichtige Massnahmen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für integrierte Versorgungsnetze wären einerseits die Erhöhung der Wirksamkeit des Risikoausgleichs, um die Investitionen in die Optimierung des Behandlungsprozesses zu fördern. Andererseits eine Abgeltung der Einsparungen, die durch die Vermeidung unnötiger Hospitalisationen heute bei den Kantonen anfallen. Beide Massnahmen gehören zurzeit wohl in die Welt des Wunschdenkens, was ihre Bedeutung auf dem Weg zu erfolgreichen integrierten Versorgungsnetzen keineswegs mindert.

Fazit

Die vom Bundesrat vorgeschlagenen Gesetzesänderungen im Bereich Managed Care gehen in die richtige Richtung. Der neue Begriff der «integrierten Versorgungsnetze» wird aber toter Buchstabe bleiben, wenn nicht mindestens gleichzeitig die Vertragsfreiheit im ambulanten Bereich eingeführt werden wird. ■

Autoren:
Karl Kunz
 Geschäftsführer
 Unimedes

Heinz Dönni
 Leiter Hausarztssysteme
 Unimedes
 Haldenstrasse 25
 6006 Luzern

Kontaktadresse:
 E-Mail: karl.kunz@unimedes.com

IGOMED Thun: Zwischenbilanz nach sieben Jahren

In Thun entstand bereits 1997 ein Versorgungs- und Versicherungsmodell, das wesentliche Anforderungen an die integrierte Versorgung erfüllt. Der ehemalige Präsident des beteiligten Ärztevereins berichtet aus Ärztesicht über die bisherigen Erfahrungen.

Ueli Hagnauer

Eine qualitativ gute und trotzdem kostengünstige medizinische Versorgung kann nur realisiert werden, wenn die ganze Behandlungskette miteinbezogen wird, wenn die ambulanten und stationären Leistungserbringer gut zusammenarbeiten. Diese Überzeugung führte 1997 zur Entstehung des Versorgungs- und Versicherungsmodells IGOMED/Qualimed (siehe *Kasten*), das im Gegensatz zu den üblichen Hausarztmodellen auch die praktizierenden Spezialisten und die Spitalärzte miteinbezieht.

Der Vereinsgründung und dem Vertragsabschluss waren im Bezirksverein intensive Diskussionen über Vor- und Nachteile von eigentlichen Hausarztmodellen vorausgegangen (Hausarzt- bzw. Gatekeepermodelle gestatten Spezialarztkonsultationen nur mit Überweisung durch den Hausarzt oder im Notfall). Schliesslich einigten wir uns darauf, in einem Netzwerkmodell den direkten Zugang der Patienten auch zu den IGOMED-Spezialärzten zu erlau-

ben. Dies geschah mit der Begründung, dass eine Triage durch den Hausarzt zwar meist sinnvoll ist, dass eine direkte Spezialarztkonsultation in ausgewählten Fällen aber durchaus adäquat und kostengünstig sein kann, sofern der Informationsfluss zum Hausarzt funktioniert. Weiter war schon damals klar, dass die hohen Kosten in der Regel nicht an der Schnittstelle Hausarzt/Spezialist anfallen. Sie entstehen beim Übertritt vom ambulanten ins stationäre System sowie bei ambulanten Spitalkonsultationen, im Rahmen der Hightech-Medizin und vor allem bei Arbeitsunfähigkeit und bei vorzeitiger Invalidisierung. Schliesslich wollten wir die Spezialärzte auch deshalb in den Verein und ins Modell einbeziehen, weil wir das gute Klima im ambulanten System erhalten, weiterhin optimal zusammenarbeiten und damit – nicht zuletzt – unnötige Hospitalisationen vermeiden wollten.

Durchführung

Zur Umsetzung dieser Grundideen setzten wir den Schwerpunkt auf Kooperation und Transparenz:

■ **Kooperation:** Um Spitalaufenthalte zu vermeiden oder abzukürzen, intensivierten wir die Zusammenarbeit im ambulanten Sektor und bemühten uns um eine möglichst gute, aber restriktive Einweisungspraxis. Wir legten Wert auf eine optimale Vorbereitung ambulanter, teilstationärer und stationärer Eingriffe, auf Förderung der ambulanten und teilstationären Chirurgie, auf gute Vorbereitung der Austritte und auf eine Verbesserung der Nachsorge. Mindestens ebenso wichtig waren klimatische Faktoren:



Ueli Hagnauer

Durch gegenseitiges Kennenlernen im Alltag und in der Projektarbeit entstand eine Kultur der Zusammenarbeit, welche Zuweisungen vereinfacht, aber auch formlose telefonische oder direkte Absprachen zur Optimierung der Behandlung und der Schnittstellen ermöglicht. Das Fallseminar vom Donnerstagmorgen im Spital Thun, an dem praktizierende und Spitalärzte teilnehmen, hat sich etabliert. Es leistet seit Jahren gute Dienste zum fachlichen Austausch, zur optimalen Patientenbetreuung gerade im Bereich der Schnittstellen sowie für informelle Zweitmeinungen, Röntgen- oder Aktenkonsilien, die für Kassen und Patienten nach wie vor kostenlos sind.

■ **Transparenz:** Im Rahmen von IGOMED/QualiMed stellt die Helveta seit 1997 jedem koordinierenden Arzt die monatlichen Kostendaten seiner Versicherten zur Verfügung. Vorher waren die Ärzte nur über das relativ kleine Segment der in der eigenen Praxis entstehenden Kosten informiert. Dank Quali-

Kasten:

IGOMED: Interessengemeinschaft für optimierte medizinische Versorgung: ein Verein von Ärztinnen und Ärzten; mit dem Ziel einer optimalen und qualitativ hoch stehenden Versorgung der Bevölkerung, unter ökonomischem Einsatz der Mittel. IGOMED hat mit der Helsana per 1. Januar 1997 einen Vertrag abgeschlossen, der es erlaubt, das Versicherungsprodukt QualiMed anzubieten.

QualiMed: Versicherungsprodukt der Helsana. Versicherte, die sich bereit erklären, primär einen IGOMED-Arzt (Hausarzt oder Spezialisten) zu konsultieren, wählen dieses Versicherungsprodukt und erhalten 15 Prozent Rabatt auf ihre Versicherungsprämie. Ein von den Versicherten gewählter koordinierender Arzt (meist der Hausarzt) hat die Aufgabe, den Überblick über die medizinischen und ökonomischen Daten zu behalten.

Med haben sie nun den Überblick über die Kosten der ganzen Behandlungskette. Und Transparenz ist bekanntlich die Grundvoraussetzung, um medizinisch und ökonomisch vernünftig triagieren und handeln zu können.

Insgesamt führte die gewählte Strategie aus Sicht der Ärzte zu vielen erfreulichen Resultaten; doch es gab auch Wermutstropfen:

Erfreuliche Resultate

Erfreulich sind die folgenden Ergebnisse:

■ Dank der Zusammenarbeit im Netz haben sich die lokale Zusammenarbeit und das lokale Klima deutlich verbessert. Dies wird auch für die Patienten sicht- und erlebbar. Der verbesserte Informationsfluss bei Über- und Einweisungen erhöht nicht nur die Qualität, sondern auch die subjektiv erlebte Sicherheit. In vielen Fällen werden so unnötige Konsultationen von weiteren Ärzten oder gar Notfallstationen vermieden und dadurch wesentliche Kosten gespart: Ein Patient, der weiss, dass sein Problem mit allen Unterlagen am Fallseminar mit den zuständigen Spezialisten besprochen wird, wird kaum von sich aus eine unkoordinierte Irrfahrt von Spezialist zu Spezialist antreten. Wir sind überzeugt,

dass dies sinnvoller und effizienter ist als eine strenge Kontrolle der Überweisungen.

■ Gemäss Vertrag hat die Helsana das Recht, jederzeit eine Konferenz der behandelnden Ärzte einzuberufen, wenn ihr nicht klar ist, warum in einem Einzelfall hohe Kosten entstanden sind (in diesem Fall würde die Helsana den Ärzten ein Sitzungsgeld von 200 Franken pro Stunde bezahlen). Von dieser Möglichkeit hat sie jedoch bisher nie Gebrauch gemacht. Offensichtlich arbeiten die IGOMED-Ärzte so gut und kostengünstig, dass sich derartige Sitzungen erübrigen!

■ Im alters- und geschlechtskorrigierten Kostenvergleich fällt, gemäss den Berechnungen der Helsana, das QualiMed-Kollektiv Jahr für Jahr durch tiefere Kosten auf (Daten von 2002):

Vergleichskollektiv:
3173 Fr. pro Versicherten und Jahr (= 100%)

QualiMed:
2450 Fr. pro Versicherten und Jahr (= 77%).

■ Provisorische Daten der kantonalen Gesundheits- und Fürsorgedirektion zeigen, dass die Region Thun/Oberland West nach dem Emmental am wenigsten Spitaltage pro Einwohner aufweist (nur 54% bzw. 52% des Kantonsdurchschnitts!).

■ Die QualiMed-Versicherten profitieren weiterhin von einem Rabatt von 15 Prozent auf den Prämien der Grundversicherung. (Der gleiche Rabatt wurde in den ersten Jahren auch auf die Zusatzversicherungsprämien gewährt. Er wurde leider per Januar 2000 durch die Helsana abgeschafft.)

■ IGOMED hat bisher für die Helsana sehr kostengünstig gearbeitet: Abgesehen von Sitzungsgeldern hat unser Netz in (allzu?) selbstloser Manier keine Mittel für den Eigengebrauch verlangt, während praktisch alle anderen Netze pro Mitglied und Monat bis zu einen Franken erhalten.

■ Das Projekt führte zu sehr positiven Reaktionen der lokalen und kantonalen Medien. Von dieser «Gratis-PR» profitierten die Krankenkasse und die Ärzte. Die Kran-

kenkasse Helsana konnte in der Region ihren Mitgliederbestand ausbauen, während sie anderswo ebenso wie die anderen grossen Kassen Mitglieder verlor.

■ In der Pionierzeit der ersten QualiMed-Jahre entwickelte sich eine erfreuliche Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und einigen innovativen Mitarbeitern der Helsana (Agentur Thun und Managed-Care-Abteilung Zürich). Alle Beteiligten erlebten konkret, dass Kassen und Ärzte nicht Gegner sind, sondern Partner mit vielen gemeinsamen Zielen.

Wermutstropfen

Eher unerfreulich sind die folgenden Feststellungen:

■ Im Gesundheitswesen sind leider viele Daten nicht vorhanden oder nicht zugänglich. So wissen wir auch nach bald sieben Jahren noch nicht, wie unsere Region im Vergleich zu anderen Regionen dasteht. Der Vergleich unseres lokalen Modellkollektivs mit auswärtigen Kollektiven wäre aber wichtig, um «Trittbrettfahreffekte» so gut wie möglich zu erfassen («Trittbrettfahreffekt» bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die lokalen Nicht-Modell-Versicherten ebenfalls von Verbesserungen profitieren. Dies ist erfreulich für sie und für das Gesundheitswesen generell, vermindert aber in der Statistik den prozentualen Spareffekt des Modells).

■ Wir überblicken zwar die Heilungskosten unserer Patienten, nicht aber die wesentlich gewichtigeren sozialen Folgekosten (Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Produktivitätsverluste).

■ Die QualiMed-Versicherten weisen vor allem im stationären Sektor nachweisbar tiefere Kosten auf, mit Einsparungen von 27 bis 40 Prozent je nach Jahr. Da die allgemeine Spitalabteilung zu rund 50 Prozent vom Kanton subventioniert wird, spart hier der Steuerzahler mit. Dies ist für ihn und für den verarmten Kanton Bern hoch erfreulich, aber die Krankenkasse spürt diesen Teil der Einsparung nicht.

■ Leider wurden Versuche mit neuen Versicherungsmodellen bisher

nie mit prospektiv-randomisiertem Studiendesign geplant (was zugegebenermassen schwierig wäre). Umso wichtiger ist es, die Versicherten im Versicherungsmodell und diejenigen im Vergleichskollektiv demografisch möglichst genau zu charakterisieren. Die Daten zur Alters- und Geschlechtsstruktur wurden von Anfang an erhoben und in die Auswertung einbezogen. Auf weitere demografische Daten, etwa zu den eminent wichtigen Faktoren Morbidität oder Stadt-Land-Verteilung, warten wir aber leider bis heute vergeblich¹.

Ein weiterer Wermutstropfen ist es für die Ärzte, dass sich die Spannungen in der Zusammenarbeit mit der Krankenkasse gemehrt haben:

■ Ein Problem in der ursprünglich partnerschaftlich geplanten Zusammenarbeit ist, dass die eine Seite (die Kasse) die Daten besitzt, die andere (die Ärzte) nicht. Diese Daten-Unparität hat zur Folge, dass die «Daten-Habenichtse» (die Ärzte) bezüglich Datenauswertung von der datenbesitzenden Kasse abhängig sind: Wer die Daten hat, bestimmt, welche

Auswertungen gemacht werden, für welche Auswertungen das Personal fehlt und welche Auswertung man sogar als Verhandlungspfand benützen kann.

■ Der IGOMED-Vorstand stellt nicht ohne Stolz fest, dass die meisten Grundversorger und viele Spezialärzte der Region Vereinsmitglieder geworden sind und sich am Modell beteiligen. Auf Krankenkassenseite gibt es dagegen einige massgebliche Anhänger des Prinzips «teile und herrsche». Sie befürworten neben der Abschaffung der freien Arztwahl (auch Abschaffung des Kontrahierungszwangs genannt) Modelle mit weniger Ärzten, die durch Konkurrenz Kosten sparen sollen. Dieser Ansatz hätte aus Sicht von IGOMED zahlreiche schwerwiegende Nachteile, vor allem für die Patienten. IGOMED ist davon überzeugt, und dazu braucht es keine grossen Rechenkünste, dass es besser ist, mit derzeit 104 Ärzten und 5500 Versicherten 23 Prozent der Kosten zu sparen, als mit nur 20 Ärzten und 1000 Versicherten.

■ Insgesamt ist es schwierig, langfristig mit einer grossen, historisch gewachsenen Krankenkasse zusammenzuarbeiten. Hinderlich sind die unübersichtliche Struktur, die oft nicht optimale interne Kommunikation, der häufige Personalwechsel

und der damit verbundene Weggang motivierter «Pioniere der ersten Stunde». So fehlt die Kontinuität, und es wird schwierig, immer wieder neue Krankenkassenmitarbeiter zu informieren und zu motivieren.

Fazit

Zusammenfassend ist IGOMED trotz der genannten Wermutstropfen nach wie vor der Meinung, dass der 1997 gewählte Ansatz medizinisch, «klimatisch» und ökonomisch richtig ist. Das Modell stösst bei Patienten, Ärztinnen und Ärzten und sogar bei Politikern und vielen Kassensfunktionären auf eine sehr gute Akzeptanz. Zudem hat auf Krankenkassenseite mittlerweile ein gewisser Generationenwechsel stattgefunden. Dies veranlasst uns zur Hoffnung, dass in den nächsten Jahren wieder eine konstruktive Zusammenarbeit möglich wird, die allen Seiten zugute kommt. ■

Autor:

Dr. med. Ueli Hagnauer

Innere Medizin FMH

ehem. Präsident IGOMED

Mühlemattweg 16 D

3608 Thun

E-Mail: uhagnauer@bluewin.ch

¹ Aus der Zeitreihe der Analysen wissen wir, dass anfänglich 9900 Versicherte ins Vergleichskollektiv einbezogen wurden, in späteren Jahren rund 13 000. Da sicher nicht so viele Nicht-Modell-Versicherte neu zur Helsana kamen, vermuten wir, dass das geografische Einzugsgebiet des Vergleichskollektivs geändert wurde. Entsprechende Fragen blieben jedoch leider bis heute unbeantwortet.

Integrierte Versorgung –
Wünsche und Befürchtungen der Konsumentinnen und Konsumenten

(Kosten-)Effizienz allein genügt nicht

Die Idee ist an und für sich verlockend: Von der Versicherung bis zur Rehabilitationsklinik oder zur Spitex sind alle Agierenden untereinander verbunden, ziehen am selben Strick und wollen für die Patientin oder den Patienten nur das Beste. Doch viele Patientinnen und Patienten befürchten: zu schön, um wahr zu sein.

Jacqueline Bachmann

Gesund sein und gesund bleiben beziehungsweise werden ist zu einer komplexen, aufwändigen und teuren Angelegenheit geworden. Das Angebot an Leistungserbringern, Therapien, Medikamenten und alternativen Behandlungsformen ist enorm gross und unübersichtlich. Die Konsumentinnen und Konsumenten müssen aus dem vielfältigen Angebot eine für sie ideale Therapie und die entsprechenden Anbieter auswählen und sich daneben auch noch um Fragen der Finanzierung und Kostenverteilung kümmern – eine schwierige Aufgabe! Die Idee der integrierten Versorgung erscheint daher verlockend: Die finanziellen Mittel werden gezielter und effizienter eingesetzt, die medizinische Versorgung wird verbessert, Abläufe werden vereinfacht, Doppelspurigkeiten verhindert. All

dies ist für die Patientinnen und Patienten nur begrüssenswert. Wer in ein solches integriertes medizinisches Versorgungssystem eingebettet ist und auch das notwendige Vertrauen in dieses System aufbauen konnte, kann viele Sorgen betreffend Behandlungscoordination und Kostenmanagement an das System abgeben.

Nachfrage gering

Bereits heute gibt es in der Schweiz Versicherungsmodelle, welche Elemente der integrierten Versorgung realisiert haben: «Als CareMed- oder HMO-Versicherte koordinieren Sie zusammen mit Ihrem CareMed- oder HMO-Arzt die einzelnen Behandlungsschritte zum bestmöglichen Behandlungserfolg. Weil alle Informationen an einem Ort zusammenkommen, werden Doppeluntersuchungen und unnötige Behandlungsschritte vermieden und Kosten gespart. Zu Ihrem Vorteil und ohne Qualitätseinbusse.» So wirbt eine Versicherung für das Hausarzt- und das HMO-Modell – bequem, schnell, effizient und erst noch billiger. Eigentlich müsste die Nachfrage nach solchen Angeboten enorm sein, und die Patientinnen und Patienten müssten Druck machen, damit rasch Modelle aufgebaut würden, welche die integrierte medizinische Versorgung noch besser verwirklichen.

Ein Blick auf die Entwicklung der bereits bestehenden Hausarztmodell- oder HMO-Angebote zeigt, dass das nicht so ist: Zwar wählen heute zwischen 8 und 9 Prozent der Versicherten eines dieser Modelle, immerhin rund 640 000 Versicherte. Die HMOs – die nur in den grossen Zentren angesiedelt sind – sowie die



Jacqueline Bachmann

fortschrittlichen Hausarztmodelle mit Budgetverantwortung zählen jedoch nur 130 000 Versicherte. Und die Zahlen stagnieren; einige Kassen haben die Verträge bereits wieder gekündigt, weil die erhofften Einsparungen ausblieben.

Freie Arztwahl wichtig

Warum ist das Interesse der Versicherten an den bestehenden Modellen so gering? Eine Teilantwort auf diese Frage gibt die kürzlich veröffentlichte Studie «Was leistet unser Gesundheitswesen?» [1]. Gemäss dieser Studie ist den Versicherten die freie Arztwahl lieb – und auch sehr viel wert: Durchschnittlich müsste den Befragten eine Prämienreduktion von rund 100 Franken pro Person und Monat gewährt werden, damit sie sich mit einer Einschränkung der Arztwahl einverstanden erklären könnten. Von allen Kriterien, welche in dieser Studie untersucht wurden (Arztwahl, Zugang zu neuen Methoden und Medikamenten, Spitalwahl, Medikamentenwahl sowie Einführung einer altersabhängig finan-

zierten Pflegeversicherung) wurde die freie Arztwahl von den Befragten am höchsten, das heisst als am wichtigsten eingestuft.

Gemäss den Ergebnissen dieser Untersuchung erklärt sich die Tatsache, dass die Anzahl der Versicherten in besonderen Versicherungsmodellen stagniert, also dadurch, dass die (zum Teil doch massiven) Einsparungen bei den Versicherungsprämien den Nachteil der eingeschränkten Arztwahl nicht aufzuwiegen vermögen. Santé-suisse will hier zwar differenzieren: Wenn die Selektion der Ärzte nicht nur nach Kostenüberlegungen erfolge, sondern auch Qualitätskriterien einbeziehe, sei die Akzeptanz wesentlich grösser. Das mag sein, Tatsache ist aber, dass die Akzeptanz von Ärztenetzwerken, welchen die freiwillige Beschränkung der Arztwahl zugrunde liegt, trotz der einführend genannten Vorteile dieser Modelle relativ gering ist.

Keine Gesundheitsmaschinerie

Die Schweiz ist angewiesen auf innovative und neue Ideen im Gesundheitswesen, dies ist unbestritten. Integrierte Versorgung ist eines dieser Konzepte, die es unbedingt weiter zu verfolgen gilt. Dabei gibt es allerdings, neben der genannten grossen Bedeutung der freien Arztwahl für die Versicherten, einen weiteren wichtigen Stolperstein zu beachten:

Der Aufbau solcher umfassenden Netzwerke ist sehr aufwändig und kostenintensiv. Für die Versicherten sind die Kosten zwar vordergründig wenig relevant. Doch für sie ist es wichtig, wie die Netze gestaltet werden: Die Versicherten/Patienten wollen nicht das Gefühl erhalten, in eine «Gesundheitsmaschinerie» eingeschleust zu werden und dort einen Parcours absolvieren zu müssen, auf den sie keinen Einfluss mehr haben. Sicher ist es wertvoll, wenn die integrierte Versorgung eine bessere Versorgungsqualität und eine gesteigerte Effizienz und Wirtschaftlichkeit erzielt. Damit integrierte Versorgungssysteme aber wirklich Fuss fassen und Erfolge zeigen können, müssen sie auch die Patientenzufriedenheit erhöhen. Dies scheint eine

der wichtigsten und anspruchsvollsten Aufgaben zu sein.

Anforderungen aus Versicherungssicht

Zusammenfassend sind aus Sicht der Patientinnen und Versicherten bei der Konzeptionierung und Einführung von integrierten Versorgungsmodellen unter anderem die folgenden Punkte zu beachten:

- Das heutige System ist unbefriedigend und von vielen Doppelspurigkeiten geprägt. Die Patientinnen und Patienten müssen durch die integrierte Versorgung also nicht etwa Einbussen an Flexibilität, Wahlfreiheit und Transparenz in Kauf nehmen, sondern sie können im Gegenteil auf eine raschere, kompetentere und effizientere Versorgung zählen: kürzere Wartezeiten, weniger Doppeluntersuchungen, schnellere und grössere Behandlungserfolge sind mögliche Vorteile der integrierten Versorgung. Diese Vorteile müssen aber auch nachgewiesen und den Patientinnen und Patienten glaubhaft vermittelt werden.

- Die integrierte Versorgung stellt sehr hohe Anforderungen bezüglich der Kommunikation. Sie kann nur mit Hilfe einer elektronischen Vernetzung der Beteiligten gelingen. Der Informationsaustausch zwischen Spital und Praxis ist heute oftmals ungenügend und muss dringend verbessert werden. Eine TA-Studie (Technologiefolgen-Abschätzung) kommt zum Schluss, dass durch elektronische Patientenakten Einsparungen von 20 bis 30 Prozent der Personalkosten möglich wären [2].

Doch aus Sicht der Patientinnen und Patienten muss bei diesem Informationsaustausch der Datenschutz prioritär behandelt werden. Die Einführung des TarMed hat soeben gezeigt, dass der elektronische Datenaustausch aus Sicht der Patientinnen und Patienten problematisch ist: Es handelt sich um hoch sensible Daten, die nicht allen offen gelegt werden dürfen.

- Santé-suisse schlägt vor, dass sich Patientinnen und Patienten für eine gewisse Zeitspanne, zum Beispiel drei Jahre, verpflichten müssen,

wenn sie ein solches Versicherungsmodell wählen. Es ist zwar sinnvoll, wenn Versicherte längerfristig in diesen Modellen bleiben. Doch eine entsprechende Verpflichtung erweckt bei den Versicherten den Eindruck von einem weiteren «Zwang». Mit einem Bonussystem würde vermutlich mehr erreicht: Wer längerfristig in einem solchen System bleibt, könnte mit tieferen Krankenkassenprämien (d.h. einem grösseren Prämienrabatt) belohnt werden.

- Patientinnen und Patienten zahlen zwar viel Geld für ihre Gesundheit, haben aber kaum Instrumente in der Hand, um die Qualität der LeistungserbringerInnen zu beurteilen. Qualitätssicherungssysteme sind deshalb unabdingbar, um die Netzwerke zu kontrollieren und die Qualität sicherzustellen. Transparenz ist hier ein zentrales Stichwort: Es genügt nicht, die Qualität hinter verschlossenen Türen zu kontrollieren. Die Ergebnisse müssen in geeigneter Weise zur Verfügung stehen; nur dies schafft das notwendige Vertrauen.

- Obwohl die Krankenkassenkosten Jahr für Jahr steigen, wechseln erstaunlich wenige Versicherte ihre Krankenkasse, auch so genannte Sparmodelle haben nur mässigen Erfolg (siehe oben). Für die Patientinnen und Patienten sind günstigere Prämien offensichtlich zwar wichtig und erwünscht; sie dürfen aber nicht das einzige Argument sein, um sie zur Wahl eines Netzwerkes zu bewegen. Wichtig wird es sein, qualitative Verbesserungen in der medizinischen Versorgung herbeizuführen und dies entsprechend zu kommunizieren. Wenn hauptsächlich mit dem günstigen Preis argumentiert wird, spricht die integrierte Versorgung nur junge oder gesunde Versicherte an. Integrierte Versorgung kann aber nur greifen, wenn sehr grosse Netze aufgebaut werden können, die auch kranke Versicherte ansprechen.

- Die Netzwerke, welche integrierte Versorgung anbieten, müssen eine bestimmte Grösse und eine gewisse Durchlässigkeit aufweisen. Für die Versicherten ist es wichtig, innerhalb des Systems zwischen verschiedenen Ärztinnen und Ärzten auswählen zu können und die Ärztin/den Arzt

auch wechseln beziehungsweise Zweitmeinungen einholen oder andere Massnahmen ergreifen zu können, wenn das Vertrauensverhältnis nicht aufgebaut werden kann oder gestört ist.

Die Konsumentinnen und Versicherten dürfen also nicht den Eindruck erhalten, dass integrierte Versorgung nur ein Abwicklungssystem sei, welches nach Kostensparen und nach Rationierung der medizinischen Leistungen riecht. – Dies ist an-

spruchsvoll im Hinblick auf die Konzeptionierung dieser Modelle, aber auch im Hinblick auf die Kommunikation und Werbung. ■

Autorin:

Jacqueline Bachmann

Geschäftsführerin

Stiftung für Konsumentenschutz

Monbijoustrasse 61

Postfach, 3000 Bern 23

E-Mail:

j.bachmann@konsumentenschutz.ch

Literatur:

1. St. Vaterlaus, H. Telser, P. Zweifel, P. Eugster: Was leistet unser Gesundheitswesen? Plaut Economics und Sozialökonomisches Institut der Universität Zürich, 2004.

2. A. Eckhardt et al.: Computerbasierte Patientendossiers: Chancen und Risiken. Schweizerischer Wissenschaftsrat (Hrsg.), Technology Assessment 36/2000 (2000); ISBN 3-908194-08-3.

IGOMED Thun: Zwischenbilanz nach sieben Jahren

In Thun entstand bereits 1997 ein Versorgungs- und Versicherungsmodell, das wesentliche Anforderungen an die integrierte Versorgung erfüllt. Der ehemalige Präsident des beteiligten Ärztevereins berichtet aus Ärztesicht über die bisherigen Erfahrungen.

Ueli Hagnauer

Eine qualitativ gute und trotzdem kostengünstige medizinische Versorgung kann nur realisiert werden, wenn die ganze Behandlungskette miteinbezogen wird, wenn die ambulanten und stationären Leistungserbringer gut zusam-

menarbeiten. Diese Überzeugung führte 1997 zur Entstehung des Versorgungs- und Versicherungsmodells IGOMED/Qualimed (siehe *Kasten*), das im Gegensatz zu den üblichen Hausarztmodellen auch die praktizierenden Spezialisten und die Spitalärzte miteinbezieht.

Der Vereinsgründung und dem Vertragsabschluss waren im Bezirksverein intensive Diskussionen über Vor- und Nachteile von eigentlichen Hausarztmodellen vorausgegangen (Hausarzt- bzw. Gatekeepermodelle gestatten Spezialarztkonsultationen nur mit Überweisung durch den Hausarzt oder im Notfall). Schliesslich einigten wir uns darauf, in einem Netzwerkmodell den direkten Zugang der Patienten auch zu den IGOMED-Spezialärzten zu erlauben. Dies geschah mit der Begründung, dass eine Triage durch den Hausarzt zwar meist sinnvoll ist, dass eine direkte Spezialarztkonsul-



Ueli Hagnauer

tation in ausgewählten Fällen aber durchaus adäquat und kostengünstig sein kann, sofern der Informationsfluss zum Hausarzt funktioniert. Weiter war schon damals klar, dass die hohen Kosten in der Regel nicht an der Schnittstelle Hausarzt/Spezia-

Kasten:

IGOMED: Interessengemeinschaft für optimierte medizinische Versorgung: ein Verein von Ärztinnen und Ärzten; mit dem Ziel einer optimalen und qualitativ hoch stehenden Versorgung der Bevölkerung, unter ökonomischem Einsatz der Mittel. IGOMED hat mit der Helsana per 1. Januar 1997 einen Vertrag abgeschlossen, der es erlaubt, das Versicherungsprodukt QualiMed anzubieten.

QualiMed: Versicherungsprodukt der Helsana. Versicherte, die sich bereit erklären, primär einen IGOMED-Arzt (Hausarzt oder Spezialisten) zu konsultieren, wählen dieses Versicherungsprodukt und erhalten 15 Prozent Rabatt auf ihre Versicherungsprämie. Ein von den Versicherten gewählter koordinierender Arzt (meist der Hausarzt) hat die Aufgabe, den Überblick über die medizinischen und ökonomischen Daten zu behalten.

list anfallen. Sie entstehen beim Übertritt vom ambulanten ins stationäre System sowie bei ambulanten Spitalkonsultationen, im Rahmen der Hightech-Medizin und vor allem bei Arbeitsunfähigkeit und bei vorzeitiger Invalidisierung. Schliesslich wollten wir die Spezialärzte auch deshalb in den Verein und ins Modell einbeziehen, weil wir das gute Klima im ambulanten System erhalten, weiterhin optimal zusammenarbeiten und damit – nicht zuletzt – unnötige Hospitalisationen vermeiden wollten.

Durchführung

Zur Umsetzung dieser Grundideen setzten wir den Schwerpunkt auf Kooperation und Transparenz:

■ **Kooperation:** Um Spitalaufenthalte zu vermeiden oder abzukürzen, intensivierten wir die Zusammenarbeit im ambulanten Sektor und bemühten uns um eine möglichst gute, aber restriktive Einweisungspraxis. Wir legten Wert auf eine optimale Vorbereitung ambulanter, teilstationärer und stationärer Eingriffe, auf Förderung der ambulanten und teilstationären Chirurgie, auf gute Vorbereitung der Austritte und auf eine Verbesserung der Nachsorge. Mindestens ebenso wichtig waren klimatische Faktoren:

Durch gegenseitiges Kennenlernen im Alltag und in der Projektarbeit entstand eine Kultur der Zusammenarbeit, welche Zuweisungen vereinfacht, aber auch formlose telefonische oder direkte Absprachen zur Optimierung der Behandlung und der Schnittstellen ermöglicht. Das Fallseminar vom Donnerstagmorgen im Spital Thun, an dem praktizierende und Spitalärzte teilnehmen, hat sich etabliert. Es leistet seit Jahren gute Dienste zum fachlichen Austausch, zur optimalen Patientenbetreuung gerade im Bereich der Schnittstellen sowie für informelle Zweitmeinungen, Röntgen- oder Aktenkonsilien, die für Kassen und Patienten nach wie vor kostenlos sind.

■ **Transparenz:** Im Rahmen von IGOMED/QualiMed stellt die Helsana seit 1997 jedem koordinierenden Arzt die monatlichen Kostendaten seiner Versicherten zur Verfügung. Vorher waren die Ärzte nur über das relativ kleine Segment der in der eigenen Praxis entstehenden Kosten informiert. Dank QualiMed haben sie nun den Überblick über die Kosten der ganzen Behandlungskette. Und Transparenz ist bekanntlich die Grundvoraussetzung, um medizinisch und ökonomisch vernünftig triagieren und handeln zu können.

Insgesamt führte die gewählte Strategie aus Sicht der Ärzte zu vielen erfreulichen Resultaten; doch es gab auch Wermutstropfen:

Erfreuliche Resultate

Erfreulich sind die folgenden Ergebnisse:

■ Dank der Zusammenarbeit im Netz haben sich die lokale Zusammenarbeit und das lokale Klima deutlich verbessert. Dies wird auch für die Patienten sicht- und erlebbar. Der verbesserte Informationsfluss bei Über- und Einweisungen erhöht nicht nur die Qualität, sondern auch die subjektiv erlebte Sicherheit. In vielen Fällen werden so unnötige Konsultationen von weiteren Ärzten oder gar Notfallstationen vermieden und dadurch wesentliche Kosten gespart: Ein Patient, der weiss, dass sein Problem mit allen Unterlagen

am Fallseminar mit den zuständigen Spezialisten besprochen wird, wird kaum von sich aus eine unkoordinierte Irrfahrt von Spezialist zu Spezialist antreten. Wir sind überzeugt, dass dies sinnvoller und effizienter ist als eine strenge Kontrolle der Überweisungen.

■ Gemäss Vertrag hat die Helsana das Recht, jederzeit eine Konferenz der behandelnden Ärzte einzuberufen, wenn ihr nicht klar ist, warum in einem Einzelfall hohe Kosten entstanden sind (in diesem Fall würde die Helsana den Ärzten ein Sitzungsgeld von 200 Franken pro Stunde bezahlen). Von dieser Möglichkeit hat sie jedoch bisher nie Gebrauch gemacht. Offensichtlich arbeiten die IGOMED-Ärzte so gut und kostengünstig, dass sich derartige Sitzungen erübrigen!

■ Im alters- und geschlechtskorrigierten Kostenvergleich fällt, gemäss den Berechnungen der Helsana, das QualiMed-Kollektiv Jahr für Jahr durch tiefere Kosten auf (Daten von 2002):

Vergleichskollektiv:

3173 Fr. pro Versicherten und Jahr (= 100%)

QualiMed:

2450 Fr. pro Versicherten und Jahr (= 77%).

■ Provisorische Daten der kantonalen Gesundheits- und Fürsorgedirektion zeigen, dass die Region Thun/Oberland West nach dem Emmental am wenigsten Spitaltage pro Einwohner aufweist (nur 54% bzw. 52% des Kantonsdurchschnitts!).

■ Die QualiMed-Versicherten profitieren weiterhin von einem Rabatt von 15 Prozent auf den Prämien der Grundversicherung. (Der gleiche Rabatt wurde in den ersten Jahren auch auf die Zusatzversicherungsprämien gewährt. Er wurde leider per Januar 2000 durch die Helsana abgeschafft.)

■ IGOMED hat bisher für die Helsana sehr kostengünstig gearbeitet: Abgesehen von Sitzungsgeldern hat unser Netz in (allzu?) selbstloser Manier keine Mittel für den Eigengebrauch verlangt, während praktisch alle anderen Netze pro Mitglied und Monat bis zu einen Franken erhalten.

■ Das Projekt führte zu sehr positiven Reaktionen der lokalen und kantonalen Medien. Von dieser «Gratis-PR» profitierten die Krankenkasse und die Ärzte. Die Krankenkasse Helsana konnte in der Region ihren Mitgliederbestand ausbauen, während sie anderswo ebenso wie die anderen grossen Kassen Mitglieder verlor.

■ In der Pionierzeit der ersten QualiMed-Jahre entwickelte sich eine erfreuliche Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und einigen innovativen Mitarbeitern der Helsana (Agentur Thun und Managed-Care-Abteilung Zürich). Alle Beteiligten erlebten konkret, dass Kassen und Ärzte nicht Gegner sind, sondern Partner mit vielen gemeinsamen Zielen.

Wermutstropfen

Eher unerfreulich sind die folgenden Feststellungen:

■ Im Gesundheitswesen sind leider viele Daten nicht vorhanden oder nicht zugänglich. So wissen wir auch nach bald sieben Jahren noch nicht, wie unsere Region im Vergleich zu anderen Regionen dasteht. Der Vergleich unseres lokalen Modellkollektivs mit auswärtigen Kollektiven wäre aber wichtig, um «Trittbrettfahreffekte» so gut wie möglich zu erfassen («Trittbrettfahreffekt» bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die lokalen Nicht-Modell-Versicherten ebenfalls von Verbesserungen profitieren. Dies ist erfreulich für sie und für das Gesundheitswesen generell, vermindert aber in der Statistik den prozentualen Spareffekt des Modells).

■ Wir überblicken zwar die Heilungskosten unserer Patienten, nicht aber die wesentlich gewichtigeren sozialen Folgekosten (Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Produktivitätsverluste).

■ Die QualiMed-Versicherten weisen vor allem im stationären Sektor nachweisbar tiefere Kosten auf, mit Einsparungen von 27 bis 40 Prozent je nach Jahr. Da die allgemeine Spitalabteilung zu rund 50 Prozent vom Kanton subventioniert wird, spart hier der Steuerzahler mit. Dies ist für ihn und für den verarmten Kanton

Bern hoch erfreulich, aber die Krankenkasse spürt diesen Teil der Einsparung nicht.

■ Leider wurden Versuche mit neuen Versicherungsmodellen bisher nie mit prospektiv-randomisiertem Studiendesign geplant (was zugegebenermassen schwierig wäre). Umso wichtiger ist es, die Versicherten im Versicherungsmodell und diejenigen im Vergleichskollektiv demografisch möglichst genau zu charakterisieren. Die Daten zur Alters- und Geschlechtsstruktur wurden von Anfang an erhoben und in die Auswertung einbezogen. Auf weitere demografische Daten, etwa zu den eminent wichtigen Faktoren Morbidität oder Stadt-Land-Verteilung, warten wir aber leider bis heute vergeblich¹.

Ein weiterer Wermutstropfen ist es für die Ärzte, dass sich die Spannungen in der Zusammenarbeit mit der Krankenkasse gemehrt haben:

■ Ein Problem in der ursprünglich partnerschaftlich geplanten Zusammenarbeit ist, dass die eine Seite (die Kasse) die Daten besitzt, die andere (die Ärzte) nicht. Diese Daten-Unparität hat zur Folge, dass die «Daten-Habenichtse» (die Ärzte) bezüglich Datenauswertung von der datenbesitzenden Kasse abhängig sind: Wer die Daten hat, bestimmt, welche Auswertungen gemacht werden, für welche Auswertungen das Personal fehlt und welche Auswertung man sogar als Verhandlungspfand benützen kann.

■ Der IGOMED-Vorstand stellt nicht ohne Stolz fest, dass die meisten Grundversorger und viele Spezialärzte der Region Vereinsmitglieder geworden sind und sich am Modell beteiligen. Auf Krankenkassenseite gibt es dagegen einige massgebliche Anhänger des Prinzips «teile und herrsche». Sie befürworten neben der Abschaffung der freien Arztwahl (auch Abschaffung des Kontrahierungszwangs genannt) Modelle mit weniger Ärzten, die

durch Konkurrenz Kosten sparen sollen. Dieser Ansatz hätte aus Sicht von IGOMED zahlreiche schwerwiegende Nachteile, vor allem für die Patienten. IGOMED ist davon überzeugt, und dazu braucht es keine grossen Rechenkünste, dass es besser ist, mit derzeit 104 Ärzten und 5500 Versicherten 23 Prozent der Kosten zu sparen, als mit nur 20 Ärzten und 1000 Versicherten.

■ Insgesamt ist es schwierig, langfristig mit einer grossen, historisch gewachsenen Krankenkasse zusammenzuarbeiten. Hinderlich sind die unübersichtliche Struktur, die oft nicht optimale interne Kommunikation, der häufige Personalwechsel und der damit verbundene Weggang motivierter «Pioniere der ersten Stunde». So fehlt die Kontinuität, und es wird schwierig, immer wieder neue Krankenkassenmitarbeiter zu informieren und zu motivieren.

Fazit

Zusammenfassend ist IGOMED trotz der genannten Wermutstropfen nach wie vor der Meinung, dass der 1997 gewählte Ansatz medizinisch, «klimatisch» und ökonomisch richtig ist. Das Modell stösst bei Patienten, Ärztinnen und Ärzten und sogar bei Politikern und vielen Kassensfunktionären auf eine sehr gute Akzeptanz. Zudem hat auf Krankenkassenseite mittlerweile ein gewisser Generationenwechsel stattgefunden. Dies veranlasst uns zur Hoffnung, dass in den nächsten Jahren wieder eine konstruktive Zusammenarbeit möglich wird, die allen Seiten zugute kommt. ■

Autor:

Dr. med. Ueli Hagnauer

Innere Medizin FMH

ehem. Präsident IGOMED

Mühlemattweg 16 D

3608 Thun

E-Mail: uhagnauer@bluewin.ch

¹ Aus der Zeitreihe der Analysen wissen wir, dass anfänglich 9900 Versicherte ins Vergleichskollektiv einbezogen wurden, in späteren Jahren rund 13 000. Da sicher nicht so viele Nicht-Modell-Versicherte neu zur Helsana kamen, vermuten wir, dass das geografische Einzugsgebiet des Vergleichskollektivs geändert wurde. Entsprechende Fragen blieben jedoch leider bis heute unbeantwortet.

Integrierte Versorgung – wo liegen die Barrieren?

Die Gründe, warum sich die integrierte Versorgung in der Schweiz bisher nicht durchgesetzt hat, sind vielfältig. Der folgende Beitrag skizziert aus Sicht zweier ExpertInnen des Bundesamts für Gesundheit Hindernisse und Lösungsansätze in den Bereichen der ökonomischen Anreize, der Bildung sowie der Forschung und Entwicklung.

**Marie-Therese Furrer,
Felix Gurtner**

Die epidemiologische und demografische Entwicklung, die zunehmende Spezialisierung der Medizin und des Gesundheitswesens und die Notwendigkeit des wirtschaftlichen Einsatzes begrenzter Ressourcen haben international ein grosses Interesse an integrierter Versorgung geweckt. Internationale Systemanalysen weisen darauf hin, dass die Integration mangelhaft ist und gefördert werden muss [1, 2]. Es existiert sogar eine internationale wissenschaftliche Zeitschrift zu diesem viel versprechenden Ansatz: das «International Journal of Integrated Care» (siehe www.ijic.org). Dennoch kann sich die integrierte Versorgung nicht durchsetzen. Wo liegen die Hindernisse? Dies soll im Folgenden für die Bereiche «Finanzierung und ökonomische Anreize»,

«Aus-, Weiter- und Fortbildung» sowie «Forschung, Entwicklung, Evaluation» dargestellt werden. Die Betrachtungen konzentrieren sich auf die Schweiz, werden aber ergänzt mit internationalen Beobachtungen und Tendenzen.

Finanzierung und ökonomische Anreize

Das Finanzierungssystem ist durch die Trennung zwischen ambulantem und stationärem Bereich geprägt, sowohl in der sozialen Krankenversicherung als auch in der obligatorischen Unfallversicherung. Zwar sind in beiden Sozialversicherungen Elemente vorhanden, welche auf die Leistungserbringung integrierend wirken. So ermöglicht das Sachleistungsprinzip in der Unfallversicherung das Case Management durch die Versicherungsärztinnen und -ärzte, und das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) bietet einen gewissen Freiraum für Managed Care zur Förderung einer integrierten Versorgung. Doch genügen die ökonomischen Anreize für eine vermehrte Integration?

«Managed-Care-Modelle werden von vielen Versicherten in erster Linie mit der eingeschränkten Wahl assoziiert und nicht mit der guten Qualität bei tieferen Kosten.»

Ein Hindernis für vermehrte Integration bildet unter anderem die Art der Vergütung der Leistungen. Die ambulanten Leistungen werden sowohl



Marie-Therese Furrer



Felix Gurtner

durch die obligatorische Unfallversicherung als auch durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss der Tarifstruktur für Einzelleistungen TarMed vergütet. Seitens der Leistungserbringer bestehen hiermit geringe ökonomische Anreize, sich einem Managed-Care-Modell anzuschliessen, ausschlaggebend ist vielmehr das persönliche Interesse an der besonderen Art der

Zusammenarbeit. Lediglich für den stationären Aufenthalt im Spital schreibt das KVG die Vergütung in Form von Pauschalen vor. Pauschalen für Behandlungsketten über die Spitalgrenzen hinaus gibt es jedoch kaum. Das KVG sieht in Artikel 43 zwar die Möglichkeit von prospektiven Versichertenpauschalen vor, dieses Modell spielt bisher aber in der Praxis nur eine marginale Rolle.

Auch seitens der Versicherer sind Schranken zu überwinden: Will ein Versicherer ein für den Versicherten attraktives Managed-Care-Modell anbieten, muss sich dieses durch hohe Qualität und/oder tiefere Prämien auszeichnen. Erreichen kann dies der Versicherer nur, wenn er mit genügend Leistungserbringern einen Vertrag hat, was angesichts der ökonomischen Anreize für die Leistungserbringer nicht selbstverständlich ist. Zudem muss die Risikostruktur es dem Versicherer gestatten, Einsparungen zu erzielen, welche er in Form von tieferen Prämien an die Versicherten weitergeben kann. Mit dem Argument «gute Versorgungsqualität» zu werben, kann ihn für kranke und «teure» Versicherte attraktiv machen und seine Risikostruktur ungünstig beeinflussen.

Schliesslich sind auch auf Seiten der Versicherten Hindernisse auszumachen: Zur Prämienenkung haben die Versicherten die Wahl zwischen Modellen mit einer höheren Franchise und solchen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer. Managed-Care-Modelle werden von vielen Versicherten in erster Linie mit der eingeschränkten Wahl assoziiert und nicht mit der guten Qualität bei tieferen Kosten. Damit die Managed-Care-Modelle eine bessere Chance haben, muss sich diese Wahrnehmung ändern, allerdings nicht nur seitens der Versicherten, sondern auch seitens der Ärzteschaft.

Die vom Bundesrat vorgeschlagene Revision des KVG soll die Anreize für integrierte Versorgung verbessern. In Abstimmung mit den Revisionsvorhaben in anderen Bereichen des KVG übernahm der bundesrätliche Vorschlag eine Reihe von Anliegen einer Expertengruppe [3], welche Korrekturen im Anreizsystem

vorgeschlagen hatte. Das Ziel der Gesetzesänderung ist es, den «integrierten Versorgungsnetzen» (wie der Ansatz, der gefördert werden soll, im Gesetzesentwurf genannt wird) bessere Bedingungen zu bieten, indem eine grössere Nachfrage von Seiten der Versicherten entstehen, innovative Ärzte und Spitäler

«Im Bereich der Aus-, Weiter- und Fortbildung besteht eine erfreuliche Aufbruchstimmung.»

den nötigen Freiraum für die Entwicklung von lokalen und regionalen Kooperationsmodellen erhalten und die Versicherer ein bezüglich Prämien und Versorgungsqualität attraktives Versicherungsprodukt schnüren können sollen, das sich in grosser Zahl «verkaufen» lässt. Inwieweit der Gesetzesentwurf in der Vernehmlassung und im Parlament Bestand haben wird, ob die Gesetzesänderungen die beabsichtigte Wirkung entfalten können und ob weitere Änderungen erforderlich sind, wird sich zeigen.

Professionalisierung

Eine integrierte Versorgung erfordert entsprechend ausgebildete und befähigte Berufsleute. Es stellt sich die Frage, ob die Fähigkeit zu interdisziplinärem Handeln und spezifische Kompetenzen, insbesondere des Case Managements, im Rahmen der Aus-, Weiter- und Fortbildung genügend vermittelt werden. Diesbezüglich lassen sich in der Schweiz einige viel versprechende Entwicklungen ausmachen:

Der Vorentwurf für ein Bundesgesetz über die universitäre Ausbildung in den medizinischen Berufen enthält als Novum ausformulierte Ausbildungsziele. Gemäss diesen Ausbildungszielen soll das Studium – neben dem selbstverständlichen medizinisch-wissenschaftlichen Rüstzeug – unter anderem auch die Fähigkeit zur Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen vermitteln. Im Reformcurriculum der Medizinischen Fakultät Genf ist diese neue Ausrichtung bereits weit gehend realisiert.

Es besteht ein wachsendes Angebot an Nachdiplom- und Weiterbildungskursen, die Managementkenntnisse und -fertigkeiten vermitteln und sich an Ärzte in Weiterbildung oder an künftige Case-Manager unterschiedlicher beruflicher Herkunft richten. Diese Initiativen sind allerdings jüngerer Datums. Teilweise ist ihnen eine Berufsfeldanalyse und Bedarfsabklärung vorausgegangen [4]. Im Frühjahr 2004 haben sich Interessierte aus dem Gesundheits- und Sozialwesen im Verein «Netzwerk Case Management» organisiert, der insbesondere die Förderung und Professionalisierung des Case Managements im Gesundheits- und Sozialwesen zum Ziel hat (siehe www.netzwerk-cm.ch).

In diesem Bereich besteht also eine erfreuliche Aufbruchstimmung. Die Entwicklung ist aber noch jung, sodass man derzeit noch von einem Mangel an professionellen Kompetenzen ausgehen muss.

Forschung, Entwicklung, Evaluation

Organisatorische Ansätze im Gesundheitswesen stellen Innovationen dar, die gleich wie pharmazeutische oder technische Ansätze auf Forschung basieren, im experimentellen Rahmen entwickelt werden und in der breiten Anwendung sorgfältig auf Wirkung und Wirtschaftlichkeit evaluiert werden müssen. In der Realität kann die Forschung und Entwicklung im Bereich der Organisation des Gesundheitswesens allerdings schwerlich mit jener im Bereich von Technologien im engeren Sinne mithalten. Ein Vergleich der Anzahl wissenschaftlicher Arbeiten über je eine bildgebende technische und eine organisatorische Innovation, die beide im Jahr 1969 erstmals in der wissenschaftlichen Literatur aufgetaucht sind und die beide von hoher gesundheitspolitischer Relevanz sind, illustriert dies eindrücklich (Tabelle 1).

Ein möglicher Grund für das Ungleichgewicht liegt in der Methodologie, indem pharmazeutische oder technische Ansätze standardisiert sind und in der Regel in rando-

Tabelle 1:

Vergleich der Publikationstätigkeit über Positron Emission Tomography (PET) und Stroke units¹, 1966 bis 2002 (Quelle: OECD [5])

	Anzahl wissenschaftliche Publikationen	Erste Publikation	Anzahl ökonomische Publikationen	Erste ökonomische Publikation	Anzahl HTA*
Positron Emission Tomography (PET)	19 708	1969	455	1979	33
Stroke Unit	490	1969	35	1979	6

* HTA = Health Technology Assessments (d.h. systematische Reviews der medizinischen und ökonomischen Literatur inkl. Bewertung im Lichte der lokalen/nationalen Gegebenheiten)

misierten kontrollierten Studien evaluiert werden können. Die Evaluation von organisatorischen Innovationen muss oft auf nichtexperimentelle Methoden geringerer Aussagekraft zurückgreifen, und die Übertragbarkeit der Resultate auf andere Settings oder gar auf andere Gesundheitssysteme ist mitunter mit grossen Fragezeichen verbunden. Eine so genannte «review group» innerhalb der Cochrane Collaboration

«Ein Handicap besteht darin, dass Entwicklungen im Bereich der integrierten Versorgung kaum patentierbar oder verkäuflich sind.»

befasst sich speziell mit Problemen der Interpretation und methodischen Weiterentwicklung derartiger Evaluationen (Effective Practice and Organisation of Care Group, siehe www.epoc.uottawa.ca). Ein weiteres Handicap der integrierten Versorgung besteht darin, dass diesbezügliche Entwicklungen in der Regel nicht oder nur zu einem geringen Grad patentierbar und verkäuflich sind (eine Ausnahme bilden Informatiklösungen zur Unterstützung der Integration). Damit haben pri-

vate Geldgeber, welche die Forschung und Entwicklung vorfinanzieren, hier eine geringere Bedeutung als etwa in der forschenden Industrie. Entwicklungsarbeiten werden in erster Linie durch die Kostenträger finanziert, zum Beispiel durch grosse Managed-Care-Organisationen in den USA, durch den Staat in England oder durch grosse Krankenversicherer. Auch in der Schweiz spielen die Versicherer als Innovationsförderer eine wichtige Rolle, sie stehen aber vor dem bereits erwähnten Zielkonflikt: Die Innovationen dürfen den Versicherer für kranke und «teure» Versicherte nicht zu attraktiv machen, denn der Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherern berücksichtigt nur Alter und Geschlecht, nicht jedoch die Krankheitslast im Versichertenkollektiv. Innovative Versicherer riskieren somit einen Konkurrenznachteil. Eine Erweiterung der Kriterien für den Risikoausgleich steht derzeit nicht zur Diskussion. Impulse für Innovationen gehen auch von Kantonen aus (z.B. Rehabilitationsplanung in der Ostschweiz) oder von grossen Spitälern (z.B. stroke units¹).

Schlussfolgerung

Die Hindernisse für eine vermehrte Integration der Gesundheitsversorgung sind vielfältig, sie sind teilweise grundsätzlicher und universaler, teilweise lokaler Natur. Bessere Kenntnis der Hindernisse und der Lösungsansätze ist Voraussetzung dafür, dass sich die Rahmenbedingungen insgesamt verbessern. Isolierte Korrekturversuche am System entfalten wenig Wirkung oder sogar paradoxe Wirkun-

gen; nötig ist ein auf einem gemeinsamen Verständnis basierendes und aufeinander abgestimmtes Vorgehen. ■

**AutorInnen:
Marie-Therese Furrer**

lic. rer. pol.
Bundesamt für Gesundheit
Kranken- und Unfallversicherung
Sektion
Tarife und Leistungserbringer
3003 Bern
E-Mail:
marie-therese.furrer@bag.admin.ch

Felix Gurtner

Dr. med. / MSc
Bundesamt für Gesundheit
Kranken- und Unfallversicherung
Sektion Medizinische Leistungen
3003 Bern
E-Mail: felix.gurtner@bag.admin.ch

Literatur:

1. Feachem R, Sekhri N, White K, et al.: Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ*, Jan 2002; 324: 135-143.
2. The OECD Health Project. Towards High Performing Health Systems. OECD: Paris, 2004.
3. Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung. Teil Managed Care. Erläuternder Bericht. Bundesamt für Gesundheit, Bern: 2004. Internet: www.bag.admin.ch/kv/projekte/d/index.htm
4. Die Case-Managerin/der Case-Manager: ein neuer Beruf. Interview mit Heidi Longerich. *Managed Care*, 2000; 8: 20-23.
5. Health Technology and Decision Making. OECD: Paris, 2004.

¹ Stroke units sind interdisziplinäre Teams zur raschen integrierten Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation nach Schlaganfall. International ist wissenschaftlich sehr gut dokumentiert, dass stroke units bessere Ergebnisse erzielen als unkoordinierte Teams. Einige Zentrumsspitäler in der Schweiz haben virtuelle stroke units gebildet, welche in den bestehenden Strukturen die Behandlung von Schlaganfallpatienten gemeinsam im Sinne einer Behandlungskette durchführen.

Der Widerstand der Politik gegen Managed Care – Ursachen und Hintergründe

In dieser Schwerpunktnummer wird von verschiedener Seite beklagt, die integrierte Versorgung werde von Seiten der Politik zu wenig unterstützt. Wie erklären sich die Widerstände der Politiker? Ein Vortrag anlässlich der Case-Management-Fachtagung vom 18. Mai in Bern gab wichtige Hinweise zu dieser Frage. Die Referentin ist als Ständerätin selbst vehementer Verfechterin des Managed-Care-Ansatzes.

Simonetta Sommaruga¹

Managed Care hat in der Politik einen schweren Stand. Die Gründe für diesen Widerstand sind vielfältig. Im Folgenden möchte ich einige Gründe aufzeigen:

Auch eine Frage der Kommunikation

Ein wichtiges Hindernis ist die Sprache: In der Politik spielen Kommunikation und Überzeugungsarbeit eine wichtige Rolle. Versuchen Sie einmal, jemanden von Managed Care und Managed-Care-Instrumenten zu überzeugen! Das ist nicht leicht, denn die meisten Leute haben diese Begriffe noch nie gehört.

Was heisst zum Beispiel Case Management? Wer Englisch versteht, kann zwar «Case» und «Management» übersetzen. Doch die Begriffe sind wenig attraktiv: Wir alle wollen als Menschen wahrgenommen werden, nicht als «Fälle» – ganz besonders, wenn wir krank sind. Und wer möchte im Krankheitsfall schon einem Manager in die Hände geraten? Viel lieber wendet man sich an einen Vertrauensarzt oder einen Hausarzt (der macht ja bei Bedarf vielleicht sogar einen Hausbesuch, was ein Manager bestimmt nie tun würde!).

«Case Management» tönt also ziemlich abschreckend. Ähnliches gilt für «Managed Care» und für viele weitere Begriffe aus diesem Bereich. Andere Begriffe wiederum sind ganz einfach unverständlich. Den Begriff «HMO» beziehungsweise «health maintenance organisation» zum Beispiel verstehen die meisten Menschen (auch Politiker) nicht. («Gruppenpraxis» ist übrigens nicht viel besser, denn das tönt für viele nach Wohngemeinschaft oder noch Schlimmerem.)

Die Sprache spielt eine entscheidende Rolle, wenn es darum geht, Politiker und Stimmbürger von etwas zu überzeugen und ihr Vertrauen zu gewinnen. Die «Erfinder» von Managed Care, möglicherweise selber etwas technokratisch angehaucht, scheinen das nicht gemerkt zu haben.

Fehlendes Qualitätsverständnis

Unsere Gesellschaft und die gesundheitspolitische Diskussion sind massgeblich geprägt von der Überzeugung, dass nur eine teure Medizin eine gute Medizin ist und dass jeder



Simonetta Sommaruga

Versuch, eine kostenbewusste Medizin zu betreiben, automatisch mit Rationierung und schlechter Qualität einhergeht. Wir gehen davon aus, dass jeder Arzt und jede Ärztin nur das eine Ziel verfolgt: dafür zu sorgen, dass wir nicht sterben müssen und dass wir möglichst schnell wieder gesund werden. Dabei können zwar «Fehler» passieren, wie wir in jüngster Zeit mit Entsetzen feststellen mussten. Aber grundsätzlich ist die gewählte Behandlung entweder richtig oder falsch. Dazwischen gibt es nichts, keine Abstufung, keine graduellen Unterschiede, keine unterschiedlichen Bedürfnisse der Patienten, welche unterschiedliche Behandlungsentscheidungen rechtfertigen könnten, keine Behandlungsalternativen, über die der Arzt zusammen mit dem Patienten entscheiden könnte.

Die fehlende Qualitätsdiskussion und die fehlenden Kenntnisse über

¹ Der Beitrag basiert auf einem Referat an der Fachtagung Case Management vom 18. Mai in Bern (Bearbeitung: Rita Schnetzler).

die Möglichkeiten und Chancen der Patienten-Mitbestimmung machen eine Diskussion über Managed Care in der Politik sehr schwierig.

Partikularinteressen im Vordergrund

Ein weiterer Grund, warum die nationale Gesundheitspolitik – trotz aller anders lautenden Lippenbekenntnisse – weit davon entfernt ist, sich an den Grundsätzen von Managed Care zu orientieren, liegt in der Zusammensetzung des Parlaments:

Im Parlament sitzt eine ganze Reihe von VertreterInnen spezifischer Interessen: der Privatspitäler, der Pharmaindustrie, der Apotheken, der Krankenversicherer und vieler anderer. Bei einer konsequenten Anwendung von Managed-Care-Ansätzen verlieren all diese Interessengruppen einen Teil ihrer Macht. Die Pharmaindustrie zum Beispiel kann die Ärzte nicht mehr so leicht beeinflussen. Und die Ärztinnen und Ärzte verlieren durch den Einbezug der Pflegenden und anderer Leistungserbringenden an Macht und unmittelbarem Einfluss; zudem müssen sie sich in Qualitätszirkeln plötzlich gegenseitig kontrollieren und allenfalls kritisieren lassen.

Die VertreterInnen all dieser Interessengruppen wehren sich im Parlament natürlich gegen Änderungen, welche die Macht ihrer Gruppe verringern könnten.

Freie Arztwahl als Menschenrecht

Doch nicht nur die Politiker behindern die Verbreitung von Managed Care. Ein Hindernis ist auch, dass die Ausbildung der medizinisch tätigen Personen – insbesondere der Ärztinnen und Ärzte – noch immer stark geprägt ist von Spezialistentum, Prestigedenken und Technologieorientierung. Die «weichen Faktoren» und das Denken in systemischen und ökosozialen Zusammenhängen werden in der Medizinausbildung auch heute noch massiv vernachlässigt. Für Managed Care braucht es aber Ärzte – und insbesondere Fachärzte für Allgemeinmedizin –, welche dazu befähigt und bereit sind, mit anderen

Leistungserbringenden kollegial zusammenzuarbeiten und ihre Patienten in Therapieentscheidungen einzubeziehen. Das «Befähigen» des Patienten zur Mit-Entscheidung ist anspruchsvoll, anstrengend und aufwändig; es muss in der Ausbildung erlernt und gefördert werden.

Auch die Krankenversicherer könnten mehr zum Erfolg von Managed Care beitragen. In den vergangenen Jahren haben sie in Bezug auf das Marketing viele Fehler gemacht. In vielen Werbeprospekten ist noch immer von HMOs und Gruppenpraxen die Rede, was eher abschreckend wirkt, und die Modelle werden im Sinne eines «Verzichts» angeboten. Wenn ein Versicherer in seinem Prospekt als Erstes schreibt, dass in diesen Modellen die «freie Arztwahl» nicht mehr möglich sei, dann hat er 80 Prozent der Versicherten bereits abgehängt. Die «freie Arztwahl» hat in unserem Land nämlich mittlerweile fast den Stellenwert eines Menschenrechts. Das ist zwar absurd, wenn man bedenkt, dass viele Versicherte ihren Arzt mittels Telefonbuch auswählen; dennoch ist es bei der Werbung zu berücksichtigen. Doch die Versicherer scheinen bei den Managed-Care-Produkten bisher keine solchen Überlegungen anzustellen. An mangelnder Fantasie oder fehlendem werberischem Know-how kann das nicht liegen. Wenn es um den Verkauf von teuren Zusatzversicherungen geht, sind sie in Bezug auf die Kommunikation nämlich alle top!

Vom Bundesrat nicht zu viel erwarten

Nun hat der Bundesrat eine Vorlage zu Managed Care in die Vernehmlassung geschickt, in der er nicht mehr nur von «besonderen Versicherungsformen» mit eingeschränkter Arztwahl spricht, sondern immerhin auch von «integrierten Versorgungsnetzen», was schon etwas weniger abschreckend tönt.

Allerdings konnte sich der Bundesrat nur zu einer rhetorischen Förderung dieser Modelle durchringen: Die Versicherer werden weder dazu verpflichtet noch durch Anreize dazu ermuntert, solche Modelle an-

zubieten und deren Absatz durch besondere Anreize (z.B. reduzierten Selbstbehalt) zu fördern. Immerhin können Managed-Care-Modelle gemäss Vorlage des Bundesrats einen tieferen Selbstbehalt und einen erweiterten Leistungskatalog anbieten. Sie können auch Leistungen selber einkaufen; allerdings ist nicht vorgesehen, dass sie allfällige Vergünstigungen im Sinne reduzierter Betriebskosten behalten können, wie das bei den Spitälern der Fall ist.

Der Bundesrat geht davon aus, dass mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs die Managed-Care-Modelle automatisch gefördert werden. Diese Auffassung teile ich nicht. Die Verunsicherung der Leistungserbringer wird zwar stark zunehmen. Dies wird die Bildung von Netzen im Sinne von Verhandlungsorganisationen fördern. Solche Netze führen aber nicht zwangsläufig zu einer besseren Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern auf medizinischer Ebene. Es besteht sogar die Gefahr, dass monopolistisch organisierte Verhandlungsnetze entstehen, welche die Bildung «medizinischer Netze» behindern. Zudem besteht die Gefahr, dass sich die Versicherer aufgrund ihrer neuen Machtbefugnisse auf Kontrolle und Sanktionen konzentrieren, anstatt Anreize für eine koordinierte Betreuung zu setzen.

Insgesamt zeigt der Vernehmlassungsentwurf des Bundesrats, dass die Vorteile und Chancen von Case Management zwar breit anerkannt werden, dass aber der Wille zur echten Förderung dieser Modelle nach wie vor kaum vorhanden ist. Einige Hindernisse wurden in diesem Beitrag aufgezeigt. Bei diesen Hindernissen wäre anzusetzen, um die politischen Widerstände abzubauen. ■

Autorin:
Simonetta Sommaruga

Ständerätin
Postfach

3095 Spiegel

E-Mail:

simonetta.sommaruga@parl.ch

Plädoyer für vermehrte Investitionen in die Grundversorgung

In die Grundversorgung investieren: Dies ist aus Sicht der Autoren eine wichtige Massnahme, um die Voraussetzungen für die integrierte Versorgung in der Schweiz zu verbessern.

Michael Peltenburg, Marco Zoller

In der aktuellen politischen Diskussion ist die medizinische Grundversorgung Gegenstand verschiedenster Lösungsvorschläge mit dem Ziel, die Kosten des schweizerischen Gesundheitssystems in den Griff zu bekommen. Vorgeschlagen wird zum Beispiel die Limitierung der Anbieter und ihrer Leistungen oder die Budgetmitverantwortung der Anbieter. Nicht zur Diskussion stehen dagegen vermehrte Investitionen in die Grundversorgung. Genau solche Investitionen könnten jedoch aus unserer Sicht viel zur Kostendämmung beitragen.

Im Folgenden werden wir zuerst eine Studie aus den USA vorstellen, welche aufzeigt, dass ein Ausbau der ambulanten Grundversorgung bei gleichzeitigem Abbau der stationären Strukturen innerhalb eines integrierten Versorgungsnetzes die Versorgung der Patientinnen und Patienten eindrücklich verbessert hat. Anschliessend werden wir fragen, ob und wie weit sich aus der amerikanischen Studie Erkenntnisse für die Schweiz ableiten lassen. Schliesslich werden wir Aspekte der aktuellen Situation der Grundversorgung in der Schweiz beschreiben

und aufzeigen, wo in der Schweiz konkrete Investitionen in die Grundversorgung nötig wären.

Die Studie

Die Veterans Health Administration (VA) betreut exklusiv Veteranen und ist das grösste Managed-Care-Modell der USA¹. Die Patientinnen und Patienten der VA gehören einer tieferen sozialen Schicht an, sind morbider und haben eine höhere Arbeitslosenrate als die Gesamtpopulation der USA. 1995 begann die VA, das Versorgungssystem für ihre Versicherten zu ändern. Sie tätigte grosse Investitionen in die Qualität der Primärversorgung, schaffte regionale Netzwerke mit Budgetmitverantwortung (Capitation) und stellte die Strukturen für eine Verlagerung aus dem Spital in eine umfassende ambulante Versorgung bereit. Parallel dazu wurde in der Zeit von 1994 bis 1998 die Zahl der Akutbetten um 55 Prozent gesenkt.

Kritiker befürchteten, dass ein zu starker Abbau der Akutbetten bei chronisch Kranken die Zahl der Notfallhospitalisationen erhöhe und die Überlebensrate senke. Die Studie von Ashton et al. [1] ging von dieser Annahme aus, und sie analysierte folgende Frage: Welche Auswirkung haben Schliessungen von Spitalbetten und die Verbesserung der Grundversorgung auf die Überlebensrate von Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Krankheiten? Dazu wurden neun Gruppen mit insgesamt mehr als 230 000 Patientinnen und Patienten untersucht, die an einer der folgenden Krankheiten litten: chronisch obstruktive Pneumopathie (COPD), Lungenentzündung, Herzinsuffizienz, chronische Herzkranz-



Michael Peltenburg



Marco Zoller

gefässerkrankung, Zuckerkrankheit, chronisches Nierenversagen, manisch-depressive Störung, schwere Depression, Schizophrenie.

Die Ergebnisse waren überraschend: In allen neun Patientengruppen

¹ Die Veterans Health Administration (VA) verwaltet exklusiv für Veteranen 163 Spitäler, 859 Kliniken und 134 Alters-/Pflegeheime. Die VA ist das grösste Netzwerk der USA. 1998 beanspruchten mehr als 3 Millionen Veteranen medizinische Leistungen der VA.

konnten in der Zeit von 1994 bis 1998 die gleichen Muster erkannt werden:

- eine Reduktion der Spitaltage um rund 50 Prozent (Durchschnitt USA: 15 Prozent)
- eine Reduktion der Anzahl Hospitalisationen um 33 Prozent (Durchschnitt USA: 3,6 Prozent)
- eine Reduktion der Anzahl Notfallbesuche um 37 Prozent
- ein Anstieg der Anzahl medizinisch indizierter Arztbesuche um 11 Prozent
- ein Anstieg der Zahl der psychiatrisch indizierten Arztbesuche um 3 Prozent
- ein Anstieg der Anzahl ambulanter Untersuchungen um 14 Prozent bei medizinischen Krankheiten und um 19 Prozent bei psychiatrischen Erkrankungen
- Die Überlebensraten der Patientengruppen mit Lungenentzündung, Herzinsuffizienz, chronischer Herzkrankgefässerkrankung, manisch-depressiver Störung und schwerer Depression wurden von Jahr zu Jahr signifikant besser.
- Die Überlebensraten der übrigen Patientengruppen änderten sich nicht signifikant.

Die Studie zeigt, dass die Verlagerung der Behandlung vom stationären in den ambulanten Bereich mit einer Qualitätsverbesserung der Betreuung und zum Teil mit einer Verbesserung der Überlebenschance der Patientinnen und Patienten einherging. Die Publikation erfolgte im «New England Journal of Medicine», was für die Gültigkeit der Ergebnisse bürgt.

Übertragbarkeit auf Schweizer Verhältnisse

Zwischen dem US-amerikanischen und dem schweizerischen Gesundheitssystem bestehen bekanntlich schwer wiegende Unterschiede. So haben in den USA noch immer über 40 Millionen Menschen keine Krankenversicherung [2], während in der Schweiz alle Einwohner obligatorisch krankenversichert sind; und das US-amerikanische Gesundheitssystem ist sehr viel stärker wettbewerbsorientiert als das schweizerische. Bei der VA handelt es sich aber um

ein in sich geschlossenes Versorgungssystem, das 22 integrierte Versorgungsnetze aufgebaut hat, innerhalb derer eine «planwirtschaftliche» Steuerung, zum Beispiel im Hinblick auf die Verlagerung von teureren auf günstigere, kostenoptimierte Versorgungsstufen, möglich ist [3]. Wenn ein Ausbau der ambulanten Grundversorgung in einem solchen System die Inanspruchnahme der stationären Strukturen verringert und die Qualität der Betreuung verbessert, so darf angenommen werden, dass es eine Stärkung der ambulanten Grundversorgung auch in der Schweiz ermöglichen könnte, die Qualität der Gesundheitsversorgung trotz dem Abbau von Spitalbetten zu verbessern.

Aktuelle Situation in der Schweiz

Die aktuelle Situation der ambulanten medizinischen Grundversorgung in der Schweiz (siehe *Kasten*) kann folgendermassen charakterisiert werden:

1. Die generelle Unzufriedenheit der Leistungserbringer im Gesundheitswesen wird im Fall der Grundversorgung durch verschiedene Faktoren verstärkt:

- Die Verantwortung für die Kosten des Gesundheitssystems, welche der Grundversorgung aufgebürdet wird, steht in keinem Verhältnis zur Einflussphäre oder Anerkennung, die ihr zugestanden wird.

- Die Medikalisierung gesellschaftlicher Probleme, wie Arbeitslosigkeit und Ausgrenzung, spielt sich auf dem Rücken der Grundversorger ab. Gleichzeitig wird den Grundversorgern die Qualifizierung abgesprochen, die biopsychosozialen Folgen bei ihren Patienten zu beurteilen und zu betreuen (so disqualifiziert zum Beispiel die Invalidenversicherung den Hausarzt neuerdings im Hinblick auf die Beurteilung der Invalidität explizit²).

- Administrative Mehraufgaben, eingeschränkte Befugnisse (Dignität im TarMed), zunehmende, fraglich effektive Qualitätskontrollen (z.B. Röntgenprüfung) und ein weiterhin abnehmendes Einkommen prägen den Alltag des einzelnen Arztes.

Kasten:

Merkmale der ambulanten medizinischen Grundversorgung in der Schweiz

In der Schweiz stellen die Hausärzte die Basis der ambulanten medizinischen Grundversorgung sicher; dabei arbeiten sie für verschiedene Aufgaben mit anderen Berufsgruppen wie Physiotherapeuten, Spitex und so weiter zusammen. Im System der freien Zugänglichkeit (freie Arztwahl der Versicherten) übernehmen jedoch auch andere Facharztgruppen aus Bereichen wie Rheumatologie, Psychiatrie, Kardiologie und Gynäkologie relevante Anteile der Grundversorgung. Auch die ambulanten Einrichtungen vieler Spitäler leisten einen Beitrag zur Grundversorgung.

2. Die Grundversorger haben in den letzten Jahren, mit verschiedensten Partnern, enorme personelle und zeitliche Ressourcen in die Neugestaltung des Gesundheitssystems investiert: Case- und Disease-Management, Hausarzt-Modelle, integrierte Netzwerke, HMOs, Budgetmitverantwortung, Instrumente zur Erfassung der Morbidität (Thurgauer Morbiditätsindex) und Instrumente zur Qualitätsentwicklung (SwissPep, Quali-med.net, EQUAM) sind einige Beispiele solcher Initiativen [4], die nachhaltigen Einfluss auf die zukünftige Entwicklung des Gesundheitssystems haben werden. Versuche, diese Systementwicklung, welche bisher gezwungenermassen auf privater Basis erfolgt, zu finanzieren, werden aber gelegentlich auch von differenzierten Medien diffamiert und als eigennützige Bereicherung dargestellt³.

3. Die medizinische Grundversorgung kann auf dem Land nicht mehr lange durch Schweizer Hausärzte aufrechterhalten werden. Der Haus-

² Zitat aus einem Brief (Begründung eines IV-Entscheidens) der Sozialversicherungsanstalt (SVA) Zürich vom Mai 2004 an einen Patienten: «..., wohingegen Hausärzte in ihren Stellungnahmen aufgrund des Vertrauensverhältnisses dazu neigen, die subjektiven Angaben gegenüber den objektiven Befunden zu stark zu gewichten. Deshalb kann auf die Einschätzung der Hausärzte nicht abgestützt werden.»

³ So warf der Kassensturz am 8. Juni 2004 dem Ärztenetzwerk zmed vor, es lasse sich seine Arbeiten im Bereich von Managed Care und Netzwerkentwicklung durch Dienstleistungsprojekte mit Ärztlieferanten finanzieren.

arztberuf verliert an Attraktivität, die junge Generation fehlt.

4. Die Akademisierung der Grundversorgung und der Pflegeberufe befindet sich in der Schweiz in einem erbärmlichen Zustand. Es fehlt deshalb eine mittel- bis langfristige Strategie für die Rolle der medizinischen Grundversorgung in der Schweiz.

5. Der Forschung in der Grundversorgung und in den Pflegeberufen werden marginale Geldmittel zur Verfügung gestellt; eine Forschungskultur in der Grundversorgung, die dem gemischt naturwissenschaftlich-geisteswissenschaftlichen Ansatz dieser Disziplin entspricht, wird nur ansatzweise gefördert [4–6].

6. Die Daten für ein Wissensmanagement in der ärztlichen Praxis, in der Gesundheitspolitik und in der Forschung fehlen, da bis heute keine universitäre Basis für das Fachgebiet Allgemeinmedizin besteht, die eine langfristige Strategie entwickeln könnte.

Konsequenzen für die Schweiz

Die obige Liste der Schwachpunkte zeigt, in welchen Bereichen in der Schweiz weitere Massnahmen und Investitionen zur Förderung der Grundversorgung nötig wären:

■ realistische Mitverantwortung und Mitgestaltungsmöglichkeiten für Grundversorger.

■ Systementwicklung durch Netzwerke in Kooperation mit Partnern der Industrie, mit Universitäten, mit Versicherungen und mit Bundesämtern. Da Netzwerke als Unternehmen betriebswirtschaftlich arbeiten, benötigen sie den Freiraum, Kooperationen für Investitionen eingehen zu können.

■ Akademisierung der medizinischen Grundversorgung und der Pflegeberufe mit gleichzeitigem Aufbau eines Lehrkörpers, der eine Vorbildfunktion für die Studenten einnimmt, wie auch eines interdisziplinären Forschungsnetzes.

■ Aufbau moderner Datenbanken, die der Arzt für das Wissensmanagement in der Sprechstundensituation, aber auch für die Patienteninformation nutzen kann. Um die erheblichen logistischen, strukturellen, personellen und inhaltlichen Investi-

tionen tätigen zu können, ist eine Kooperation der Grundversorger mit den Universitäten, Bundesämtern, Gesundheitsbehörden und Versicherungen erforderlich.

■ Um den Nachwuchs sicherzustellen, muss die seit Jahren objektiv bestehende finanzielle Schlechterstellung der Grundversorger rasch korrigiert werden. Die Beispiele von England und Kanada zeigen, welche katastrophalen Folgen Einkommenseinbussen und zunehmende Einschränkungen der ärztlichen Tätigkeit für das Gesundheitssystem haben.

Die genannten Massnahmen, welche auf gesundheitspolitischer Ebene umzusetzen sind, bedingen auch strukturelle und organisatorische Anpassungen in den Praxen. So muss die Qualitätssicherung verbessert werden, und die Voraussetzungen für den Einsatz moderner Datenbanken müssen geschaffen werden.

Fazit

Die eindrucklichen Erfolge der Veterans Health Administration in den USA lassen vermuten, dass auch in der Schweiz Investitionen in die ambulante Grundversorgung die Voraussetzungen für eine gute integrierte Versorgung verbessern könnten. Dafür spricht auch die Entwicklung in verschiedenen anderen europäischen Ländern, in denen staatlich und universitär koordinierte Programme mit einer klaren Strategie für die ambulante Medizin (sowie der Wille der entsprechenden Fachgesellschaften zur Umsetzung struktureller Verbesserungen) bestehen: In Schweden, in den Niederlanden und in Grossbritannien liegen die Nutzungszahlen für elektronische Krankengeschichten bei den Grundversorgern zwischen 88 und 91 Prozent. Es sind jeweils über 95 Prozent der Kollegen online. Das Budget des National Health Service in Grossbritannien für Informationstechnologie für die nächste Dekade beträgt über 6 Milliarden Pfund. In Deutschland arbeiten Professoren für Allgemeinmedizin mit ihren InstitutsmitarbeiterInnen in staatlichem Auftrag daran, die grundversorgergerechte Codierung

ICPC-2 wirklich praxistauglich zu machen. Deren breite Anwendung im Alltag ist zum Beispiel in den Niederlanden die Grundlage für viele Forschungsarbeiten im ambulanten Umfeld.

Die Erfahrungen dieser Länder zeigen auf, welches Potenzial koordinierte strukturelle Massnahmen auch in der Schweiz entfalten könnten. Sorgfältig zu prüfen sind allerdings die Anreizsysteme für eine freiwillige Nutzung und Umsetzung solcher Massnahmen auf Ärzteseite; zentral verordnete Obligatorien oder die Verknüpfung der Leistungsabgeltung mit einer Liste struktureller Vorgaben bergen erhebliche Gefahren für eine konstruktive Entwicklung. ■

Autoren:

Dr. med. Michael Peltenburg

Medizinischer Geschäftsleiter zmed

Grütlistrasse 36

8002 Zürich

E-Mail: Michael.Peltenburg@hin.ch

Internet: www.zmed.net

Dr. med. Marco Zoller

Facharzt Allgemeine Medizin FMH

Limmattalstrasse 177

8049 Zürich

E-Mail: mzoller@dplanet.ch

Internet: www.hausarzt.ch;

www.zmed.net

Literatur:

1. Ashton CM, Soucek J, Petersen NJ, Menke TJ, Collins TC, Kizer KW et al.: Hospital use and survival among Veterans Affairs beneficiaries. *N Engl J Med* 2003; 349 (17): 1637–1646.
2. Starfield B: Is US health really the best in the world? *JAMA* 2000; 284 (4): 483–5.
3. Amelung VE, Schumacher H: *Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement*. Gabler, Wiesbaden, 2000: 34.
4. Peltenburg M: Zukunft von Managed Care. *SÄZ* 2004; 85 (20): 1036–1039.
5. Peltenburg M: Forschung in der Hausarztmedizin, ein Projekt der SGAM und FIAM 1993–1996, unterstützt von der SAMW. *SÄZ* 1997; 78 (17): 629–631.
6. Tschudi P, Marty T, Steurer J, Wirz U: Forschung in der Grundversorgung: Spät kommt sie, doch sie kommt! *Schweiz Rundsch Med Prax* 2004; 93 (6): 185–187.

IT im Gesundheitswesen: Erfahrungen mit einem nationalen Forschungs- und Entwicklungs- programm in Schweden

Die elektronische Vernetzung ist ein wichtiges Hilfsmittel für eine integrierte Versorgung im Gesundheitswesen. Im schwedischen Gesundheitssystem ist die elektronische Vernetzung weit fortgeschritten. Wie kam es dazu, und welches sind die Auswirkungen?

Håkan Eriksson

Schweden hat rund 8,9 Millionen Einwohnern. Die Gesundheitsausgaben betragen 1999 7,6 Prozent des Bruttosozialprodukts. Schweden verfügt über 9 Regionalspitäler, 80 Allgemeinspitäler und 900 Gesundheitszentren. Das Thema Informations- und Kommunikationstechnologie (IT) im Gesundheitswesen ist in Schweden schon früh auf Interesse gestossen. Das hat verschiedene Gründe: Der IT-Sektor ist weit entwickelt, und die IT-Kompetenz der potenziellen Nutzer ist hoch. Die Gesundheitsleistungen sind für alle gleichermassen zugänglich, sodass sich eine elektronische Vernetzung leicht realisieren lässt. Grosse geografische Distanzen und Landesteile mit spärlicher Besiedelung limitieren den Zugang zu Medizin und Pflege. Und schliesslich setzt die Tatsache, dass das Wirtschaftswachstum nahezu null beträgt, den zunehmenden Gesundheitsbedürfnissen einer alternden Bevölkerung Grenzen.

Ein nationales Programm

In den späten 1990er-Jahren hat das Interesse an einer Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern, Wissenschaft und Industrie im IT-Bereich stark zugenommen. Einige wichtige Ursachen hierfür sind im *Kasten* aufgeführt. Die Kompetenzförderungs-Stiftung «Knowledge Foundation» wollte die bestehenden Impulse nutzen, um die Entwicklung und Umsetzung von IT im Gesundheitswesen zu fördern. Deshalb hat sie 1997 in Zusammenarbeit mit dem Bund der schwedischen Provinziallandtage¹ ein nationales Forschungs- und Entwicklungsprogramm initiiert. Ziel war es, die Qualität und die Effizienz der Gesundheitsversorgung durch die Nutzung moderner IT zu verbessern, die organisatorische und strukturelle Entwicklung des Gesundheitssystems zu erleichtern und die Entwicklung eines funktionierenden Marktes für IT-Produkte und -Applikationen (= -Anwendungsprogramme) im Gesundheitswesen zu unterstützen. Das Programm umfasste 112 Projekte und wurde mit umgerechnet 20 Millionen Euro ausgestattet.

Bis heute wurde beziehungsweise wird die Telemedizin in Schweden in über 100 Applikationen getestet und/oder genutzt. Dies geschah erstmals bereits in den 1960er-Jahren; aber richtig in Schwung kamen die Entwicklungen erst in den 1980er-Jahren. Inzwischen haben 75 Prozent der Spitäler irgendeine IT-Applikation getestet und/oder implementiert. Die Mehrheit dieser Applikationen wurden in Entwicklungsprojekte überführt. Nur vergleichsweise wenige wurden in die regulären Gesundheitsdienste integriert.



Håkan Eriksson

Ergebnisse des Programms

Das Programm hat unter anderem zu den folgenden Ergebnissen und Erkenntnissen geführt:

- Es wurden Möglichkeiten zur Verarbeitung und Speicherung medizinischer Informationen aller Art (inkl. Bilder) auf digitalen Medien und zur Kommunikation derselben über Internet und über andere Netzwerke geschaffen.
- Das Programm hat gezeigt, dass Fragen betreffend Datensicherheit und -integrität gelöst werden können und kein ernsthaftes Problem mehr darstellen.
- Es hat sich gezeigt, dass sich Informationen aus dem Gesundheitssektor mit dem Internet in befriedigender Weise nach aussen sowie innerhalb des Sektors kommunizieren lassen.
- Das gemeinsame Netzwerk für IT-Applikationen im Gesundheitswesen, Sjunet, das zuerst von sieben Provin-

¹ In Schweden spielen im Bereich des Gesundheitswesens die 21 Provinzen (entsprechend den Schweizer Kantonen) beziehungsweise deren gewählte Regierungen, die Provinziallandtage, eine wichtige Rolle.

Kasten:

Gründe für das zunehmende Interesse an gemeinsamen IT-Lösungen

Das zunehmende Interesse der späten 1990-er Jahre in Schweden an der Entwicklung gemeinsamer Lösungen und Anwendungen im Bereich «IT im Gesundheitswesen» war auf verschiedene wichtige Faktoren zurückzuführen:

- Eine integrierte, patientenorientierte IT-Unterstützung für die Leistungserbringer wurde als prioritäres Ziel erkannt.
- Die Notwendigkeit einer besseren, IT-gestützten Zusammenarbeit zwischen der von den Provinzen getragenen Gesundheitsversorgung und der von den Gemeinden getragenen Alterspflege wurde offensichtlich.
- Die Nutzung gemeinsamer IT-Lösungen, -Komponenten und -Dienste wurde als Weg erkannt, um die Kosten für die Implementierung, den Betrieb und den Unterhalt der IT-Hilfsmittel zu senken.
- Die Bildung grösserer Versorgungsregionen brachte eine Konzentration der strategischen Entscheidungen und der IT-Ressourcen auf weniger Standorte mit sich.
- Die Beteiligung an internationalen IT-Aktivitäten innerhalb der EU und weltweit wurde wichtiger, um den zunehmenden Informationsaustausch über die nationalen Grenzen hinweg bewältigen zu können.
- Immer grössere Mengen von Informationen – medizinische, soziale, administrative und technische – und immer mehr Dienste verschiedenster Art wurden via Intra- und Extranet elektronisch verfügbar.
- Die technischen Lösungen waren so weit entwickelt, dass sie die Entwicklung von IT-Applikationen im Gesundheitswesen nicht limitierten.

All diese Faktoren zusammen bildeten eine Basis für eine koordinierte, gemeinsame IT-Entwicklung, an der sich alle wichtigen Akteure beteiligten.

ziallandtagen aufgebaut wurde, ist zu einem nationalen Netz angewachsen, das alle öffentlichen Leistungserbringer, die Apotheken sowie die Mehrheit der privaten Leistungserbringer einbezieht (siehe *Abbildung*). Dieses Projekt muss als Durchbruch für die IT-Nutzung im schwedischen Gesundheitswesen bezeichnet werden.

■ Das Potenzial der IT-Medizin (Telemedizin und -pflege) wurde durch verschiedene erfolgreiche Projekte zu Themen wie Fernkonsultationen, Kompetenzentwicklung und so weiter bestätigt.

■ Im Bildungsbereich hat das Programm zur Etablierung von Basisstudien-Programmen (Undergraduate Programs) für Medizininformatik beigetragen.

■ Das Programm hat gezeigt, dass verschiedene Fragen bezüglich Behandlungsabläufen sowie technischer Art innerhalb einer Provinz, innerhalb einer Versorgungsregion oder auf nationaler Ebene gemeinsam gelöst werden müssen, damit IT in grösserem Rahmen und zu verschiedenen Zwecken genutzt werden kann.

■ Es wurden gewisse Umsetzungsprobleme identifiziert, welche die Einführung von IT-Applikationen verzögern können:

■ Beim Versuch, die Geräte ohne Zugang zu speziellem Support-Personal zum Laufen zu bringen, gab es beträchtliche technische Probleme. Auch die Vorkosten für Geräte und Telekommunikation waren für eine Einführung in grösserem Rahmen viel zu hoch.

■ Ein grosses Hindernis besteht darin, Wege zur Einführung von IT-Applikationen in Gesundheitsdienste zu finden, die sowohl vom beteiligten Personal akzeptiert und verstanden werden als auch zu den angestrebten Verbesserungen führen.

■ Als grösstes Hindernis erwies sich, dass die IT-Medizin bisher noch nicht richtig in die Unternehmensperspektive integriert worden ist und vom Management noch nicht wirklich zur Verbesserung und Erneuerung relevanter Sektoren der Gesundheitsdienste genutzt wird.

Was IT bewirken kann

Die aktuellen Probleme der Gesundheitsversorgung können nicht auf traditionelle Art, das heisst durch Anstellung von mehr Personal und durch Reorganisation, gelöst werden. Diese Pfade sind unter anderem

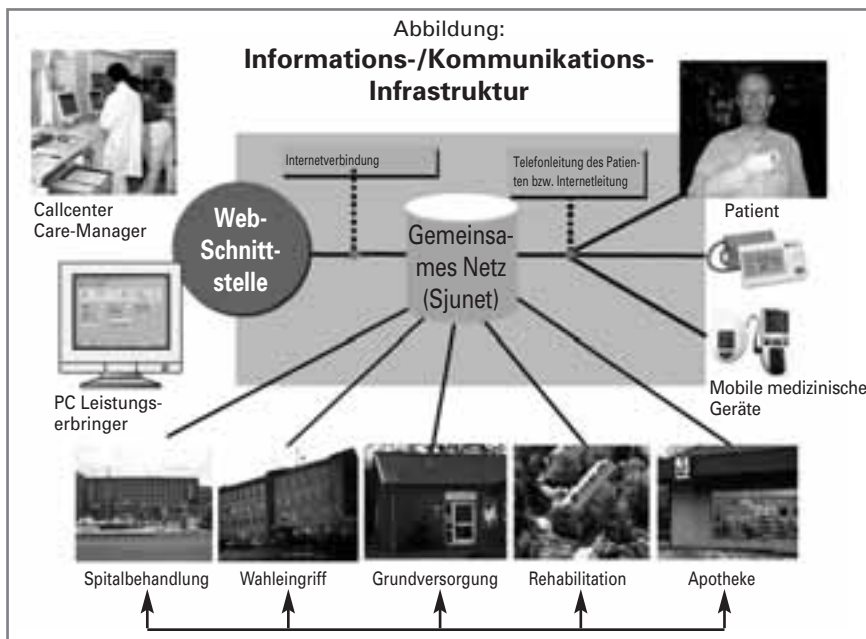
deshalb verschlossen, weil das Geld zur Finanzierung fehlt und weil es zu wenig qualifiziertes medizinisches Personal gibt. Der wichtigste Grund ist aber, dass die traditionellen Lösungen nicht einmal mehr kurzfristig gut funktionieren und dass sie die Neuorientierung in Richtung langfristiger entwicklungsfähiger Lösungen verzögern und behindern.

So betrachtet scheint es künftig unumgänglich zu sein, grundlegende Arbeitsprozesse und deren Interaktion zu reorganisieren. Hierfür nun aber sind IT-basierte Applikationen wichtig. Das heisst nicht, dass die vermehrte Nutzung von IT automatisch zu einer Verbesserung der Gesundheitsdienste führen würde. Vielmehr verlangt die vermehrte Nutzung von IT anfängliche Investitionen und Entscheidungen auf allen Management-Ebenen. Dabei ist zu betonen, dass nicht nur durch die Einführung, sondern auch durch die Verbreitung des IT-Einsatzes wichtige Voraussetzungen für langfristige, entwicklungsfähige Lösungen geschaffen werden.

Schlussbemerkungen

Damit der IT-Einsatz die oben beschriebenen Erfolge zeigen kann, sind die folgenden Aspekte zu beachten:

■ Die traditionellen Methoden zur Einführung neuer Technologien in einen Sektor – via Pilotstudien, Evaluationen und Entscheidungen – funktionieren bei IT-Applikationen nicht. Eine Klinik oder eine Grundversorger-Praxis kann eine solche Applikation nicht völlig allein realisieren, weil der eigentliche Sinn der Applikation darin besteht, es dem Leistungserbringer zu ermöglichen, einfach und schnell mit anderen Leistungserbringern zusammenzuarbeiten und Funktionen, die anderswo (oft in einer anderen organisatorischen Einheit oder in einer anderen Organisation) lokalisiert sind, zu unterstützen. Die wichtigsten Vorteile der IT-basierten Medizin kommen dann zum Tragen, wenn die Applikationen in vielen verschiedenen Situationen und von vielen verschiedenen Leistungserbringern und Unterstützungsdiensten genutzt werden.



■ Nicht einmal eine mittelgrosse Provinz ist finanziell in der Lage, alleine IT-Medizin in grösserem Rahmen einzuführen. Viele Applikationen verlangen eine Kooperation mit Sozial- und Gesundheitsdiensten der Gemeinden und, wenn es um hochspezialisierte Medizin geht, mit Universitätsspitalern. Um maximale Ergebnisse zu erzielen, ist also eine regionale und nationale Kooperation erforderlich.

■ Die telemedizinischen und -pflegerischen Applikationen sind nur einer von verschiedenen Bereichen des IT-Einsatzes in den Gesundheitsdiensten; sie werden stark erleichtert, wenn sie koordiniert werden mit anderen IT-Applikationen, insbesondere in den Bereichen Patienten-Administration, Erfassung von Krankengeschichten und anderen medizinischen Dokumentationen sowie Leistungserfassung. All diese

Applikationen müssen also koordiniert und in die gesamten Aktivitäten und IT-Anwendungen des Managements und der Einrichtungen im Gesundheitsbereich integriert werden. Es gibt kein einfaches Rezept und kein allgemein gültiges Mass, das alle Probleme lösen und zur angestrebten breiten Nutzung IT-basierter Medizin führen könnte. Vielmehr sind mehrere Massnahmen verschiedener Art erforderlich, welche zusammen etwas bewirken können. Es braucht also eine kohärente Strategie und ein kohärentes Aktionsprogramm. ■

Autor:
Prof. Håkan Eriksson
KK-Foundation and
Dept. of Woman and Child Health
Karolinska Hospital
SE-171 76 Stockholm
Sweden
E-Mail: hakan.eriksson@kbh.ki.se

Übersetzung aus dem Englischen:
Rita Schnetzler

The english version of this article is available at:
www.ManagedCareInfo.net

Leserbrief

Fehlende Bestrafung der Selbstschädiger

Zu: Ch. Mäder: Wie bleibt man denn gesund? MC 5/04

Im Zuge der Wellness- und Lifestyle-Bewegung wird Gesundheit als etwas furchtbar Kostbares und Empfindliches dargestellt, was es überhaupt nicht ist: Bei durchschnittlich solidem Leben reguliert sich die Gesundheit selbst. In diesem Sinn gibt es keine Gesundheitskosten, sondern bloss Krankheitskosten. Diese hängen zugegebenermassen stark mit dem schädigenden Verhalten eines

Teils der Bevölkerung zusammen, und sie konnten mangels Bestrafung der Selbstschädiger bisher noch kaum beeinflusst werden. Kleines Beispiel: In New York wurde der Zigarettenpreis verfünffacht, was bloss zehn Prozent neue Nichtraucher brachte. Die Zürcher Polizei hat deshalb ihre Kampagne gegen die Raser nicht auf diese selbst fokussiert, sondern auf deren Umgebung – offenbar mit guter

Akzeptanz. In diesem Zusammenhang finde ich es unfair, wenn Christoph Mäder in seinem Artikel das Gesundheitssystem mehr anschuldigt als die Kostenverursacher.

Dr. med. Jean Berner
Arzt für Allgemeinmedizin FMH
Bahnhofstrasse 48
8305 Dietlikon

Plädoyer für ein Machtwort im Gesundheitswesen

von Mechtild Willi Studer,
Mitglied des Redaktionellen Beirats der Zeitschrift «Managed Care»



Mechtild Willi Studer

In der schweizerischen Gesundheitspolitik besteht klarer Handlungsbedarf. Die Staatsausgaben steigen stetig; zugleich führen politisch erzwungene Steuerreduktionen und Mindereinnahmen aufgrund der angespannten Wirtschaftslage dazu, dass die Einnahmen sinken. Die Einnahmenseite ist schwierig zu beeinflussen; deshalb ist, wie jeder aus dem eigenen Privathaushalt weiss, auf der Ausgabenseite Sparen unabdingbar. Nicht zuletzt auch, weil es unverantwortlich ist, der künftigen Generation nebst anderen gravierenden Problemen noch einen immensen Schuldenberg zu hinterlassen.

Wie können wir vernünftig – das wollen wir ja alle sein – sparen? Dafür bestehen Tausend und mehr Rezepte, viele alte und wenig neue. Alle wollen offensichtlich sparen – nur nicht im eigenen Bereich. Und genau da besteht ein erstes grosses Problem: Lobbyieren, will heissen die Verteidigung eigener Pfründe, ist mittlerweile bei allen Interessengruppen «in». Auch kleinere und finanziell eher schwache Gruppen haben erkannt, dass sie mit einer starken PR-Abteilung das politische

System beeinflussen können. Keine gute Ausgangslage bietet ausserdem die aktuell grosse Divergenz im politischen System, die keine Hoffnung zulässt, dass sich die Probleme im Gesundheitswesen im Konsens lösen lassen.

So sehr ich die demokratischen Prozesse zur Willensbildung schätze – im Gesundheitswesen braucht es zum nachhaltigen Sparen meiner Meinung nach ein politisches Machtwort, und zwar auf höchster Ebene. Im Zentrum sollte dabei stehen: Wozu und für wen braucht es das Gesundheitswesen? – Es regelt und gewährleistet die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung! Sparentscheidungen sollten also weniger die Interessen der Akteure als jene der Bevölkerung berücksichtigen.

Fokus der Sparbemühungen muss sein: Worauf ist die «gesunde» Bevölkerung zu verzichten bereit? Dazu gibt es bereits Hinweise, die es weiter zu verfolgen gilt. Ich denke da an die jährliche repräsentative Bevölkerungsbefragung des GfS-Forschungsinstituts im Auftrag der Interpharma. Wenn hier beispielsweise 78 Prozent der Befragten finden, dass es in erster Linie mehr Pflegepersonal brauche, so heisst das zwar nicht, dass im Pflegebereich nicht gespart werden darf; aber es heisst, dass Sparmassnahmen in diesem Bereich in jedem Fall genau zu prüfen und deren mögliche Folgen für Patientinnen und Patienten vom Betrieb sauber nach aussen zu kommunizieren sind. Wenn sich (wie es dem Jahresbericht der Beschwerdestelle für das Alter Region Zürich/Schaffhausen zu entnehmen ist) Klagen über schlechte Betreuung und Pflege häufen, so ist das alarmierend. In dieser Situation das Personal noch mehr unter Druck zu setzen, ist fatal.

Es ist leider unrealistisch, zu glauben, die Akteure würden freiwillig Kooperationen eingehen und sich für eine enge Zusammenarbeit entscheiden. Es braucht zumindest eine staatliche Förderung und Verankerung des Managed-Care-Gedankens auf Bundesebene, so wie sie (wenn auch noch wenig ausgereift) in der letzten verworfenen KVG-Revision vorgesehen war.

Ich glaube, wir kommen nicht umhin, die Verteilung der Aufgaben und Kompetenzen auf Bundes-, Kantons- und Kommunalebene neu zu überdenken. Unabhängig getroffene Einzelentscheidungen können wir uns nicht mehr leisten. Ich plädiere deshalb für ein in den Grundsätzen staatlich gesteuertes Gesundheitswesen, das den Bedürfnissen der Bevölkerung und den staatlich festgesetzten Prämissen (selbst die entstehen ja demokratisch) Priorität einräumt vor den Interessen einzelner Gruppen.

**Mechtild Willi Studer,
Leiterin Pflegedienst a.I. an einer
Akut- und Rehabilitationsklinik;
Mitglied des Redaktionellen Beirats
der Zeitschrift «Managed Care»**

**Kontaktadresse:
Mechtild Willi Studer
Schlossanlage
Altes Gerichtshaus
8934 Knonau
E-Mail: mws@mechtildwilli.ch**

Vorankündigung:

Managed-Care-Modelle in der Schweiz im Jahr 2004

Die Zeitschrift «Managed Care» hat 1999 bis 2002 regelmässig aktualisierte Verzeichnisse der Managed-Care-Modelle (Hausarztmodelle, HMOs und Managed-Care-Organisationen) in der Schweiz erstellt und veröffentlicht. Die Verzeichnisse enthielten detaillierte Angaben zu den einzelnen Ärztenetzwerken, zu den HMO-Praxen und zu den im Managed-Care-Bereich engagierten Versicherern und

Managed-Care-Organisationen; von besonderem Interesse waren dabei unter anderem die Versichertenzahlen.

Letztmals sind die Verzeichnisse in der Ausgabe 4+5/2002 erschienen (Seiten 28 bis 36). Nun liegen die aktualisierten Verzeichnisse vor. Anders als erwartet sind sie aber zurzeit noch nicht zur Publikation freigegeben. Sie werden voraussichtlich in der Ausgabe 7/2004 erscheinen.

Ihr Feedback?

Die Zeitschrift «Managed Care» will die Möglichkeit zum offenen Meinungsaustausch bieten. Bestimmt sind Sie nicht mit allem einverstanden, was Sie in diesem Heft lesen. Ihre Meinung interessiert uns und unsere Leserinnen und Leser.

**Schreiben Sie uns. Faxen Sie uns.
Mailen Sie uns:**

Redaktion Managed Care
Brigitte Casanova und Rita Schnetzler
Stampfenbrunnenstrasse 40
8048 Zürich
Telefon und Fax: 01 431 73 56
E-Mail: b.casanova@rosenfluh.ch
r.schnetzler@rosenfluh.ch

Selbstdispensation: Kosten treibender oder Kosten dämpfender Faktor?

Ein Blick in die Literatur zeigt: Der Einfluss der Selbstdispensation (SD) auf die Medikamentenkosten ist äusserst umstritten. Die vorliegende Arbeit unterzieht diesen Zusammenhang einer erneuten Prüfung.

Konstantin Beck, Ute Kunze, Willy Oggier¹

ie Frage, wie sich der Absatzkanal auf die Entwicklung der Medikamenten- und der Gesundheitskosten auswirkt, beschäftigt die Gesundheitspolitik schon seit geraumer Zeit. Im Verlauf der letzten Jahre hat sich diese Debatte intensiviert.

Im August 1993 erschien eine Untersuchung von Andreas Dummermuth zur Selbstdispensation (SD), das heisst zur direkten Medikamentenabgabe durch die ambulant tätigen Ärzte. Der Autor wählte zwei vergleichbare Kantone mit unterschiedlichem SD-Regime, Luzern und Aargau, aus. Im Kanton Luzern ist die SD unbeschränkt, im Kanton Aargau ist sie beschränkt zugelassen. Dummermuth kommt zum Schluss, dass die ärztliche Versorgung pro Einwohner im Kanton Aargau insgesamt etwas billiger ist. Die Medikamentenkosten pro Einwohner sind

im Kanton Aargau in den Jahren 1987 bis 1992 tiefer als im Kanton Luzern. Pro Einwohner schwankt die Differenz zwischen 29 und 52 Franken pro Jahr [1].

Im Oktober 1995 befürworteten zwei Mitarbeiter der damaligen Grosskasse Swisscare die aus ihrer Sicht günstige(re) Medikamentenabgabe durch Ärzte. Sie führten dazu unter anderem an, dass die Medikamentenkosten pro Versicherten in Kantonen mit Medikamentenabgabe durch Apotheker (gemäss ärztlicher Rezeptur) im ersten Halbjahr 1995 um 42 Prozent höher waren als in Kantonen mit Medikamentenabgabe durch den Arzt (SD). Auch in Kantonen mit Mischformen, in denen die Medikamente je nach Region von Apothekern oder von Ärzten abgegeben werden, waren die Medikamentenkosten in diesem Halbjahr um 9 Prozent höher als in den Kantonen mit flächendeckender SD [2].

Die Antwort auf die von Gröflin und Zuellig präsentierte Ergebnisse folgte im November 1995: Bernd Schips und Peter Sohre [3] wiesen auf methodische Unzulänglichkeiten in der Arbeit von Gröflin und Zuellig hin und bezeichneten deren Schlussfolgerungen als voreilig. Zunächst gelte es abzuklären, inwieweit die unterschiedlichen Medikamentenkosten in den einzelnen Kantonen auf verschiedene ökonomische Gegebenheiten zurückzuführen seien, die das Nachfrageverhalten der Versicherten beeinflussten. In den Rezepturkantonen seien nämlich beispielsweise nicht nur die Medikamentenkosten, sondern auch die gesamten Behandlungskosten höher als in den SD-Kantonen. Ausgehend vom gleichen Datensatz wie die beiden



Konstantin Beck



Ute Kunze



Willy Oggier

¹ Die Autoren und die Autorin danken der CSS Versicherung für die gewährte Unterstützung. Die hier geäusserten Ansichten sind jedoch einzig und allein die der Schreibenden. Zudem danken sie Herrn lic. rer. pol. Stefan von Rotz, CSS Versicherung, für seine Mitarbeit im Bereich der Datenanalyse.

von ihnen kritisierten Autoren kommen Schips und Sohre zum Schluss, dass verschiedene sozioökonomische Faktoren zusammen mindestens 80 Prozent der kantonalen Kostenunterschiede erklären und dass die Unterscheidung zwischen SD- und Rezepturkantonen nach Berücksichtigung dieser Faktoren keine zusätzliche statistisch signifikante Erklärung mehr liefert.

Im März 2001 publizierte der Luzerner Internist Herbert Widmer eine weitere Arbeit zur Fragestellung SD versus Rezeptur [4]. Er zeigt dabei für den Zeitraum vom 1. Januar 1996 bis zum 30. September 1998, dass die Medikamentenkosten pro Einwohner im Kanton Aargau – entgegen den Resultaten Dummermuths – über jenen Luzerns liegen. Wer hat nun «Recht»? Die widersprüchlichen Resultate veranlassten die Autoren, eine eigene Untersuchung durchzuführen, welche die oben erwähnten Arbeiten so weit als möglich berücksichtigt.

Datengrundlage

Die Analyse untersucht die Medikamentenkosten für den Zeitraum von 1997 bis 2001². Der Einfluss der SD auf die Kostenunterschiede zwischen den Kantonen wurde mittels multipler linearer Regression³ getestet. Als Variablen zur Erklärung der Kostenunterschiede wurden das Medikamentenabgabesystem (SD: ja/nein), die Anzahl Betten⁴, die Anzahl frei praktizierender Allgemeinmediziner⁵, die Anzahl frei praktizierender Fachärzte⁶, die Anzahl Apotheken⁷ und die Anzahl Arztkonsultationen⁸ getestet. Zusätzlich zu diesen *gesundheitsökonomischen* Variablen, die das Gesundheitsleistungs-Angebot beschreiben, wurden drei *sozioökonomische* Faktoren, nämlich der Anteil der über 55-Jährigen an der Wohnbevölkerung, die Sprache sowie der Anteil Erwerbstätiger im ersten Wirtschaftssektor (Landwirtschaft, Forstwirtschaft und Fischerei), auf ihren Einfluss geprüft.⁹

Für die Berechnung unterteilen wir die Kantone in drei Gruppen: Die erste Gruppe umfasst jene Kantone, welche die SD flächendeckend ein-

Tabelle 1:

Kantone mit Selbstdispensation: scheinbar kostengünstiger

Kantonsgruppen	Medikamentenkosten (pro Jahr und Kopf in Fr.)
Kantone mit Selbstdispensation	268.20
Kantone mit Mischsystem	332.30
Kantone mit Rezeptur	454.00

geführt haben (LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BL, AR, AI, SG, TG); die zweite Gruppe umfasst die Kantone mit reinem Rezeptursystem (BS, TI, VD, NE und GE). In der Gruppe drei schliesslich befinden sich die Kantone mit Mischformen (ZH, BE, FR, SH, GR, AG, VS, JU)¹⁰.

Effekte der Selbstdispensation

Um den Einfluss der Selbstdispensation (SD) auf die Medikamentenkosten zu prüfen, wurden die Kantone mit SD zuerst mit jenen mit Rezeptursystem (RZ) verglichen und dann mit jenen mit Mischsystem.

Die durchschnittlichen Medikamentenkosten der Kantone mit Rezeptur liegen mit 454 Franken deutlich höher als die durchschnittlichen Medikamentenkosten der Kantone mit Selbstdispensation (vgl. *Tabelle 1*). Dies scheint auf einen Kosten dämpfenden Effekt der SD hinzudeuten. Denkbar ist aber auch, dass andere Kosten treibende Variablen (Anzahl Fachärzte, Anteil romanischsprachige Bevölkerung, Anteil über 55-Jährige usw.), die in den Rezepturkantonen deutlich stärker ausgeprägt sind als in den Kantonen mit SD, den Effekt des Abgabesystems überlagern.

Um aus den sich überlagernden Effekten den Einfluss des Abgabesystems herausfiltern zu können, verwenden wir die statistische Methode der multiplen linearen Regression, welche die verschiedenen Einflussfaktoren zu trennen vermag.

Selbstdispensation versus Rezeptur

In einem ersten Schritt wurden die Kantone mit SD und die Kantone mit RZ untersucht. Alle genannten gesundheits- und sozioökonomi-

schon Faktoren sowie die Kostensteigerungsvariablen der einzelnen Jahre wurden auf ihre Auswirkung auf die Medikamentenkosten geprüft. Diese Faktoren erklären zusammen 93,8 Prozent der Variabilität der Medikamentenkosten. Allerdings ist der Einfluss der Anzahl Betten und jener der Allgemeinmediziner statistisch nicht gesichert (und wird im Folgenden weggelassen). Mit allen geprüften Modellen¹¹ ergeben sich, nach Korrektur um die Kosten beeinflussenden Variablen, in den Kantonen mit Rezeptur tiefere Medikamentenkosten pro Kopf als in den Kantonen mit SD.

Von den genannten *gesundheitsökonomischen* Faktoren wirken sich neben dem Medikamenten-Abgabesystem (SD statt RZ: plus 243 Fr.) auch die Anzahl Fachärzte (plus 50.70 Fr. pro Kopf) sowie die Anzahl Arztkontakte (plus 25.10 Fr. pro Kopf) auf die Medikamentenkosten aus (*Tabellen 2 und 3*). Das scheint durchaus einleuchtend: Fachärzte verordnen in der Regel teure Medikamente, und je häufiger jemand zum Arzt geht, desto grösser ist die

2 Datenpool Santésuisse: Medikamentenkosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung pro Kopf und Kanton. Die Zuordnung der Leistungsdaten zum Kanton des Leistungserbringers (und nicht zum Wohnkanton des Versicherten) erweist sich als entscheidend für die Regressionsresultate.

3 Dies ist ein statistisches Verfahren zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen einer Zielgrösse, hier den Medikamentenkosten pro Kanton und Kopf, und mehreren die Zielgrösse erklärenden Variablen [5].

4 Bundesamt für Statistik 1997-2000

5 Mitgliederstatistik der Schweizerischen Ärztesgesellschaft (FMH) 1997-2001

6 Mitgliederstatistik der Schweizerischen Ärztesgesellschaft (FMH) 1997-2001

7 Schweizerischer Apothekerverband (SAV) 1997-2001

8 Datenpool Santésuisse

9 Statistisches Jahrbuch der Schweiz 2002 (BfS), Datenstand: 1998

10 Angaben des Schweizerischen Apothekerverbands (SAV)

11 Modelle mit Daten aus verschiedenen Zeitspannen (mehrere bzw. einzelne Jahre) sowie Modelle mit verschiedenen Kombinationen der gesundheits- und sozioökonomischen Faktoren

Tabelle 2:

Erklärung der kantonal unterschiedlichen Medikamentenkosten pro Kopf in Abhängigkeit vom Medikamentenabgabesystem

Modell ¹	SD-Kantone und RZ-Kantone	SD-Kantone und MS-Kantone
Durchschnittliche Medikamentenkosten aller Kantone pro Kopf 1997 (Modelldaten)	319.80	296.30
Auswirkungen des Abgabesystems auf die Medikamentenkosten pro Kopf in Fr.:		
Totaleffekt (Kostenunterschied SD/RZ respektive SD/MS)	242.70	34.70
Davon Effekt der Rezeptur	-64.40	
Davon Effekt der Selbstdispensation	+178.30	+21.50
Davon Effekt des Mischsystems		-13.20
Durchschnittliche Auswirkungen auf die Medikamentenkosten pro Kopf bei Veränderung um ... (in Fr. pro Versicherten):		
1 zusätzliche Apotheke pro 10 000 Versicherte	-33.28	15.26
1 zusätzlicher Allgemeinmediziner pro 1000 Versicherte	- ²	-122.17
1 zusätzlicher Facharzt pro 1000 Versicherte	50.74	- ²
1 zusätzlicher Arztkontakt pro Versicherten	25.10	32.90
Ein um 1% höherer Anteil über 55-Jähriger	6.20	2.90
Ein um 1% höherer Anteil romanischsprachiger Einwohner	4.30	1.30
Ein um 1% höherer Anteil Erwerbstätiger im ersten Sektor	-5.70	-5.60
Anstieg der durchschnittlichen Medikamentenkosten 1998	19.00	22.00
Anstieg der durchschnittlichen Medikamentenkosten 1999	19.50	28.00
Anstieg der durchschnittlichen Medikamentenkosten 2000	34.60	36.30
Anstieg der durchschnittlichen Medikamentenkosten 2001	22.10	18.40

1 In der *Tabelle 3* finden Sie die detaillierten Ergebnisse der beiden Regressionsmodelle, die Variablen, ihre statistische Signifikanz sowie die wichtigsten statistischen Gütemasse.

2 Der Einfluss der Variablen ist in diesem Modell statistisch nicht gesichert. Aus diesem Grund wird die Variable in diesem Modell nicht berücksichtigt.

Wahrscheinlichkeit, dass Medikamente verabreicht werden. Dass die Anzahl Apotheken in diesem Modell die Kosten dämpften (minus 33.30 Fr. pro Kopf), ist ebenfalls nicht unlogisch, denn in Regionen mit SD gibt es wahrscheinlich aus Gründen der gegenseitigen Konkurrenz dort weniger Fachärzte, welche teure Medikamente abgeben, wo es viele Apotheken gibt, und umgekehrt.

Es konnte auch festgestellt werden, dass die drei genannten *sozioökonomischen* Faktoren die Medikamentenkosten signifikant beeinflussen: Ein grosser Anteil Erwerbstätiger im ersten Wirtschaftssektor wirkt dämpfend auf die Medikamentenkosten (minus 5.70 Fr. pro zusätzlichen Prozentpunkt). Hingegen weisen Kantone mit einem grossen Anteil romanisch Sprechender oder/und hohem Durchschnittsalter höhere Kosten auf (plus 4.30 bzw. plus 6.20 Fr. pro zusätzlichen Prozentpunkt).

Die Kostenanstiegsvariablen (jährliche Teuerung) zeigen, dass die Medikamentenkosten seit 1997 kontinuierlich (zwischen 19 und 34.60 Fr. pro Jahr) gestiegen sind. Dass der Kostenanstieg 2001 geringer war als 2000, lässt sich vermutlich auf den

höheren Kostenstabilisierungsbeitrag (KSB) sowie auf die Einführung der leistungsorientierten Abgeltung (LOA) für Apotheken Mitte 2001 zurückführen: Der Kostenstabilisierungsbeitrag für kassenpflichtige Medikamente der Apotheken an die Versicherer betrug 2001 56 Millionen Franken, im Jahr 2000 waren es dagegen nur 28 Millionen; und seit In-Kraft-Treten der LOA konnte gesamtschweizerisch eine Einsparung von rund 13 Millionen Franken¹² festgestellt werden. Um eine zeitliche Instabilität auszuschliessen, wurden verschiedene Zeitperioden betrachtet. In allen Zeitperioden erwies sich, unter sonst gleichen Bedingungen, die Abgabe der Medikamente über Rezepte gegenüber der Selbstdispensation als kostengünstiger.

Selbstdispensation versus Mischsystem

Mit einem zweiten, weitgehend analogen Modellansatz wurde der Einfluss der verschiedenen Variablen auf die Medikamentenkosten in den Kantonen mit SD und in jenen mit Mischsystem untersucht. Auch in diesem Modell lässt sich, nach Korrektur um die Kosten beeinflussen-

den Variablen, kein Kostenvorteil des SD-Systems mehr nachweisen. Im Gegenteil: In Kantonen mit Mischsystem sind die Medikamentenkosten um 34.70 Franken pro Kopf tiefer als in Kantonen, in denen die Medikamentenabgabe durch die Ärzte direkt erfolgt.

Einschränkend muss gesagt werden, dass es sich bei den Kantonen mit Mischsystem um eine relativ heterogene Gruppe handelt, da die einzelnen «Mischsysteme» sich stark unterscheiden.

Schlussfolgerung

Die vorliegende Untersuchung führt zu signifikanten Ergebnissen. Vergleicht man die Medikamentenkosten in Kantonen mit Selbstdispensation mit den Kosten in Kantonen mit Rezeptur, so fallen in den SD-Kantonen, nach Korrektur um die sozioökonomischen Unterschiede, um 243 Franken höhere Medikamentenkosten pro Einwohner und Jahr an als in den Rezepturkantonen (siehe *Tabellen 2 und 3*). Der Kostenunterschied zwischen SD-Kanto-

Tabelle 3:

Variablen und die wichtigsten statistischen Gütemasse der beiden Regressionsmodelle

Modell	SD/RZ		SD/MS	
	Koeffizient ¹	Signifikanz p-Wert ²	Koeffizient	Signifikanz p-Wert ²
erklärende Variablen				
Konstante	-210.9	0.027	97.9	0.026
Abgabesystem Selbstdispensation	242.7	0.000	34.7	0.003
Anzahl Apotheken pro 10 000 Versicherte	-33.28	0.002	15.26	0.046
Anzahl Allgemeinmediziner pro 1000 Versicherte	- ³	-	-122.17	0.000
Anzahl Fachärzte pro 1000 Versicherte	50.74	0.000	- ⁴	-
Anzahl Arztkontakte pro Versicherten	25.1	0.000	32.9	0.000
Anteil über 55-Jähriger	6.2	0.000	2.9	0.002
Anteil romanischsprachiger Einwohner	4.3	0.000	1.3	0.000
Anteil Erwerbstätiger im ersten Sektor	-5.7	0.000	-5.6	0.000
Teuerung im Jahr 1998	19.0	0.074	22.0	0.018
Teuerung im Jahr 1999	19.5	0.063	28.0	0.003
Teuerung im Jahr 2000	34.6	0.001	36.3	0.000
Teuerung im Jahr 2001	22.1	0.040	18.4	0.048
R ² (korrigiert) x 100 ⁵	93.8		87.4	
F-Wert ⁶	123.0	0.000	66.5	0.000

1 Masszahl für den spezifischen Einfluss der jeweiligen erklärenden Variablen auf die Medikamentenkosten

2 Masszahl für die Signifikanz der jeweiligen erklärenden Variablen. Eine Signifikanz von z.B. 0.026 bedeutet, dass diese Variable mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 2,6 Prozent den Zusammenhang richtig wiedergibt.

3 Der Einfluss der Anzahl Allgemeinmediziner ist im Modell SD/RZ statistisch nicht gesichert. Aus diesem Grund wird die Variable in diesem Modell nicht berücksichtigt.

4 Der Einfluss der Anzahl Fachärzte ist im Modell SD/MS statistisch nicht gesichert. Aus diesem Grund wird die Variable in diesem Modell nicht berücksichtigt.

5 Prozentanteil der Varianz der Medikamentenkosten, der durch die aufgelisteten Variablen erklärt werden kann.

6 Mass für die Qualität des Modells. Ein p-Wert des F-Wertes, der kleiner als 0.05 ist, bedeutet, dass die erklärenden Variablen die Varianz der Zielgrösse (Medikamentenkosten) gut erklären.

nen und Kantonen mit Mischsystem ist erwartungsgemäss kleiner; er trägt aber immer noch signifikante 35 Franken pro Kopf und Jahr.

Wir stützen also die Aussagen von Dummermuth unter Verwendung der Methodik von Schips und Sohre. Im Gegensatz zu den Letztgenannten konnten wir auch nach Korrektur um die unterschiedlichen ökonomischen Gegebenheiten noch einen signifikanten Unterschied im Hinblick auf die Medikamentenkosten modellieren. Bei der Entwicklung des Modells zeigte es sich, dass die genaue Datendefinition entscheidend ist: Erst wenn die anfallenden Medikamentenkosten nicht dem Wohnkanton der Versicherten, sondern dem Kanton des Leistungserbringers zugeordnet werden, stellen sich die gezeigten Effekte ein.

Die hier durchgeführte Untersuchung analysierte ausschliesslich die anfallenden Medikamentenkosten. Nicht in die Untersuchung miteinbezogen wurden die Effekte der leistungsorientierten Abgeltung, welche aber für unseren Untersuchungszeitraum ausschliesslich im allerletzten Jahr ab dem 1. Juli zur Geltung ka-

men. Für neuere Zeiträume sollten neben den Medikamentenkosten auch die Kosten der Leistungen im Zusammenhang mit der Medikamentenabgabe (d.h. die Effekte der LOA für die Apotheker bzw. des TarMed für die ärztliche Leistung) näher analysiert werden. Geringere Medikamentenkosten bedeuten nämlich nicht a priori geringere Gesamtkosten. Denkbar wäre auch das Gegenteil [6].

Das Ergebnis ist auch für Managed-Care-Organisationen interessant: Wenn Ärzte, wie die Ergebnisse vermuten lassen, Medikamente zur Mengenausweitung verwenden können, so können sich HMO-Ärztinnen mit Budgetverantwortung auch hier durch kostenbewusstes Verhalten positiv und effektiv vom übrigen Markt abgrenzen. ■

AutorInnen:

PD Dr. oec. Konstantin Beck

Leiter Mathematik & Statistik, CSS
Versicherung, Luzern

Dipl. Hydrologin Ute Kunze

Statistikerin, CSS Versicherung,
Luzern

Dr. oec. HSG Willy Oggier
Gesundheitsökonomische
Beratungen AG, Zürich

Kontaktadresse:
konstantin.beck@css.ch

Literatur:

1. Dummermuth, Andreas: Selbstdispensation: Der Medikamentenverkauf durch Ärzte: Vergleiche und Auswirkungen unter besonderer Berücksichtigung der Kantone Aargau und Luzern. *Pharmacie, Cahiers de l'IDHEAP*, Nr. 114, August 1993.
2. Gröflin, René; Christoph Zuellig: SWISSCARE unterstützt die günstige Medikamentenabgabe durch Ärzte. *Schweizerische Ärztezeitung*, Nr. 41, 11. Oktober 1995, S. 1652-1654.
3. Schips, Bernd; Peter Sohre: SD oder Rezeptur? Eine wissenschaftliche Analyse. *Schweizer Apothekerzeitung*, Nr. 24, 30. November 1995, S. 604-605.
4. Widmer, Herbert: Selbstdispensation versus Rezeptur – die Diskussion geht weiter. *Ars Medici*, Nr. 7, 30. März 2001, S. 328-338.
5. Wetherill, G.B.: *Regression Analysis with Applications*, Chapman and Hall, London, 1986.
6. Lichtenberg Frank R.: Do (More and Better) Drugs Keep People Out of Hospitals? *Health Economics*, Vol. 86, No. 2, Mai 1996, S. 384-388.

Stimmen zu Entwicklungen im Gesundheitswesen

Zweiklassenmedizin gewollt

«Wir können uns im Gesundheitswesen noch sehr viel, aber nicht mehr alles leisten», stellt die Zürcher Gesundheitsdirektorin Verena Diener in einem Interview in der «Neuen Zürcher Zeitung» fest. Deshalb habe sie eine Diskussion über Hotellerie-Standards in Spitälern lanciert. Die Zweiklassenmedizin – in Form eines Unterschieds zwischen Grundversorgung und Zusatzversicherung – sei vom Krankenversicherungsgesetz nämlich gewollt. Die Politik und auch sie selber hätten aber lange versucht, den Unterschied zwischen den Klassen möglichst klein zu halten. Nun müssten die Patienten einsehen, dass sie nicht alles haben könnten, «wenn sie nicht bereit sind, dafür mit Steuergeld und Krankenkassenprämien zu zahlen». Auch die Frage, ob ein neues Produkt die Mehrkosten wert ist, will Frau Diener künftig stellen und von einem Fachgremium beantworten lassen. Allerdings sei der Kanton hier eigentlich die falsche Ebene. «Das Tragische ist, dass sich der Bund diesen Fragen zu wenig stellt.» (rs)

Die medizinische Versorgung bleibt gewährleistet. Gesundheitsdirektorin Verena Diener zum Sparen in Spitälern. Neue Zürcher Zeitung, 23. Juni 2004.

Kontrahierungszwang als Fremdkörper

Die Freiheit der Versicherten bezüglich Kassenwahl allein schaffe noch keinen Leistungswettbewerb unter den Versicherern, sagte Robert E. Leu (Professor für Volkswirtschaft, Universität Bern) am 6. Schweizerischen Forum der sozialen Krankenversicherung. Erst wenn die Freiheit der Versicherer bezüglich Vertragsgestaltung mit den Leistungsanbietern hinzukomme, könnten sich die Versicherer «durch eigene Leistung voneinander abheben». Erst dann nämlich könnten sie den Leistungserbringern «Anreize zu wirtschaftlichem Handeln vermitteln» und sie dazu zwingen, «sich durch hohe Qualität und wettbewerbsfähige Preise» immer wieder von neuem für einen Versorgungsver-

trag zu qualifizieren. In einem wettbewerbsorientierten Gesundheitssystem sei der Kontrahierungszwang also ein «Fremdkörper». (rs)

Robert E. Leu: Planung oder freier Markt im Gesundheitswesen? Vortragsmanuskript zum 6. Schweizerischen Forum der sozialen Krankenversicherung der RVK Rück vom 13. Mai 2004 in Zürich. Internet: www.rvk.ch

Ja zu Managed Care

Ja zur Aufhebung des Kontrahierungszwangs, ja zu Managed Care: Dies meinen sechs von sieben Aargauer National- und Ständerätinnen und -räten, die sich an einer Umfrage der argomed Ärzte AG beteiligt haben. Einzig Heiner Studer von der EVP ist in Sachen Aufhebung des Kontrahierungszwangs «sehr zurückhaltend». Und Luzi Stamm von der SVP relativiert das Wirkungspotenzial von Managed Care. Dagegen finden die beiden Vertreterinnen der CVP, Doris Leuthard und Ruth Humbel, einmütig: «Ich bin der Überzeugung, dass die Vertragsfreiheit die Bildung von Netzwerken fördern wird.» Und: «Managed-Care-Modelle werden in der zukünftigen Gesundheitsversorgung einen zentralen Stellenwert bekommen.» (rs)

Welchen Wert hat Gesundheit? Gesundheitspolitische Umfrage bei den Aargauer National- und Ständerätinnen und -räten. Defacto (Fakten und Meinungen der argomed Ärzte AG) 2/04, Juli 2004.

Qualvoller Rationierungsentscheid

Die Gesundheitspolitik sei immer noch «von jenem paternalistischen Geist durchsetzt, der in den Arztpraxen längst im Verschwinden begriffen» sei, heisst es in einem Kommentar in der «Neuen Zürcher Zeitung». Deshalb entscheide der Staat anstelle der Individuen über den Leistungsumfang und die Prämienhöhe der Krankenversicherung. Dabei sollte eine mündige Person laut dem Kommentar-Autor eigentlich fähig sein, «ein auf sie zugeschnittenes Leistungspaket und ein entsprechendes Krankenversicherungsmodell zu wählen». Wenn sich jemand für ein Versicherungsmodell entscheide, das «von

den Ärzten ausdrücklich verlangt, bei der Behandlung die Kostenseite zu berücksichtigen», könne das dann halt aber im Krankheitsfall bedeuten, «dass ihm eine teure medizinische Leistung vorenthalten wird, weil deren zusätzlicher Nutzen die Extrakosten nicht rechtfertigt». Diese Form von Rationierung möge problematisch erscheinen. Andererseits erfolgten im planwirtschaftlichen Modell Rationierungsentscheidungen einfach implizit, in Form von Angebotsregulierungen durch staatliche Stellen und in Form der ärztlichen Prioritätensetzung am Krankenbett infolge der Ressourcenknappheit. Im Managed-Care-System sei dieser Entscheid «individualisiert», was ihn transparenter und vielleicht gerade deshalb umso qualvoller mache. (rs)

Mündige Patienten haben die Qual der Wahl. Neue Zürcher Zeitung, 22. Mai 2004.

Herzoperation in Hammerfest?

«Zum Auftakt dieses Jahres wurden», wie Christian Schär in der Zeitschrift «Competence» berichtet, «etliche Rehabilitationskliniken in der Schweiz wie vom Blitz getroffen, als einzelne grosse Krankenversicherer in ihren Kundenzeitschrift für ausländische Rehabilitationsangebote warben». Matthias Mühlheim von der Rehaklinik Rheinfelden betont in derselben Zeitschrift, dass die Schweizer Kliniken in der Konkurrenz zu deutschen ohne Weiteres bestehen könnten, «sofern Gleiches mit Gleichem verglichen wird». Und er vermutet, dass die Rehabilitation – «als relativ kleines und überschaubares Betätigungsfeld» – für die Krankenkassen ein «Testmarkt» für das «Abschieben» von Patienten ins Ausland sei. «Vielleicht», so fragt er, «empfehlen sie ihren Patienten schon bald, zur Herzoperation nach Hammerfest zu reisen?» (rs)

Quellen: Christian Schär: Qualität gut – Betten leer! Und: Matthias Mühlheim: Rehabilitation endet der Grenze – der Kommentar. Competence 6/2004, Seiten 3, 11 und 7.

Datum, Ort	Veranstaltung	Kontaktadresse
13. September, Basel	«Massgeschneiderte Medikamente» – Chance oder Mythos?	TA-SWISS, Zentrum für Technologiefolgen-Abschätzung, Birkenweg 61, 3003 Bern. Tel. 031-322 99 63. Fax 031-323 36 59. E-Mail: ta@swtr.admin.ch; Internet: www.ta-swiss.ch
13.–15. September, Aarau	Projektmanagement im Spital und Heim	Hplus Bildungszentrum, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. E-Mail: bildung@hplus.ch; Internet: www.kurse.hplus.ch
16. September, Morges	Comprendre les APDRG	Institut de santé et d'économie, Bâtiment La Ruche – Site de Cery, 1008 Prilly. Tél. 021-641 05 80. Fax 021-641 05 81. E-Mail: ise@hospvd.ch; Internet: www.hospvd.ch/ise
21. September, St. Gallen	DRG – Chancen und Risiken für das Spital	FHS Hochschule für Technik, Wirtschaft und Soziale Arbeit St. Gallen, Weiterbildung Wirtschaft, Postfach 630, 9001 St. Gallen. Tel. 071-228 63 28. E-Mail: wbowi@fhsg.ch; Internet: fhsg.ch/wbowi
22. September, Küsnacht ZH	2. Schweizerische Case-Management-Tagung	Netzwerk CM, Postfach 1491, 8700 Küsnacht. Tel. 043-277 91 91. Fax 043-277 94 94. E-Mail: info@netzwerk-cm.ch; Internet: www.netzwerk-cm.ch
22.–25. September, Magdeburg (D)	Jahrestagung DGSMP: Gesundheit – Wirtschaftlichkeit und Gerechtigkeit	Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Medizinische Fakultät, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Leipziger Strasse 44, D-39120 Magdeburg. Tel. 0049-391 532 80 43. Fax 0049-391 541 42 58. E-Mail: dgsm2004@medizin.uni-magdeburg.de; Internet: www.med.uni-magdeburg.de/fme/institute/ismhe/dgsm
23. September, Winterthur	Fachtagung Selbsthilfegruppen: Empowerment konkret!	SelbsthilfeZentrum Region Winterthur, Holderplatz 4, 8400 Winterthur. Tel. 052-213 80 60. Fax 052-213 80 61. E-Mail: info@selbst-hilfe.ch; Internet: www.selbst-hilfe.ch
23. September, Zürich	Netzwerke – von der Vision zur Realität (Podiumsveranstaltung)	med-swiss.net, Grütlistrasse 36, 8002 Zürich. Tel. 01-280 44 05. Fax 01-280 44 03. E-Mail: info@med-swiss.net; Internet: www.med-swiss.net
25. September, Berlin (D)	Berliner Gespräche zum Gesundheitswesen	Thieme Veranstaltungsmanagement, Sandra Jones, Rüdigerstrasse 14, D-70469 Stuttgart. Tel. 0711-8931 320. Fax 0711-8931 370. E-Mail: fortbildung@thieme.de; Internet: www.thieme.de/bgg
29. September, Berlin (D)	Updates zu integrierter Versorgung und Medizinischen Versorgungszentren	Bundesverband Managed Care e.V. (BMC), Charitéstrasse 4, D-10177 Berlin. Tel. 0049 30-2809 4480. Fax 0049 30-2809 4481. E-Mail: bmcev@bmcev.de; Internet: www.bvmanagedcare.de
30. September, Zürich	Im Auftrag des Patienten: die Patientenverfügung	Dialog Ethik, Katharina Bärtschi, Sonneggstrasse 88, 8006 Zürich. Tel. 01-252 42 59. Fax 01-252 42 13. E-Mail: kbaertschi@dialog-ethik.ch; Internet: www.dialog-ethik.ch
30. September, Zürich	Autonomie und Abhängigkeit im Alters- und Pflegeheim: Multiprofessionelle Betreuung und Qualitätssicherung	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
30. September–2. Oktober, Zürich	Evidence Based Medicine in Neurorehabilitation	Kongress-Sekretariat, Caroline Kunz, Universitätsklinik Balgrist, Forchstrasse 340, 8008 Zürich. Tel. 01-386 38 33. Fax 01-386 16 09. E-Mail: caroline.kunz@balgrist.ch; Internet: www.neuroplasticity.ch
7.–9. Oktober, Oslo (N)	12 th Eupha Conference: Urbanisation and Health	Team Congress AS, P.O. Box 594, N-2603 Lillehammer. Tel. 0047 61-24 70 70. Fax 0047 61-24 70 71. E-Mail: post@teamcongress.no; Internet: www.eupha.org
7.–10. Oktober, Bern	Ethik im Gesundheitswesen	Weiterbildungsprogramm Gesundheitswesen der Universität Bern, Sidlerstrasse 6, Postfach 8955, 3001 Bern. Tel. 031-631 32 11. Fax 031-631 32 13. E-Mail: health.administration@oefre.unibe.ch
12.–13. Oktober, Zürich	eHealthCare-Kongress	Kongress-Sekretariat eHealthCare, Josef Müller-Weg 2, 6210 Sursee. Tel. 041-925 76 89. Fax 041-925 76 80. E-Mail: info@ehealthcare.ch; Internet: www.eHealthCare.ch
13. Oktober, Luzern	Tagung: Selbsthilfe und Selbsthilfeförderung in der Schweiz	Stiftung KOSCH, Laufenstrasse 12, 4053 Basel. Tel. 061-333 86 01. Fax 061-333 86 02. E-Mail: gs@kosch.ch; Internet: www.kosch.ch
14.–15. Oktober, München (D)	3. Europäischer Gesundheitskongress	Europäischer Gesundheitskongress München, Palisadenstrasse 48, D-10243 Berlin. Tel. 0049-30 4985 5031. Fax 0049-30 4985 5030. E-Mail: info@gesundheitskongress.de; Internet: www.gesundheitskongress.de
15. Oktober, München (D)	5. Internationale Controller-Gesundheitstagung	Internationaler Controllerverein, Arbeitskreis Gesundheitswesen c/o Stelzer Health Care Consulting GmbH, Albisriederplatz 6, 8004 Zürich. Tel. 01-400 55 40. Fax 01-400 55 41. E-Mail: info@stelzerconsulting.ch; Internet: www.controllerverein.de
19.–21. Oktober, Amsterdam (NL)	21 st International Conference: The International Society for Quality in Healthcare	ISQA, Clarendon Terrace, 212 Clarendon Street, East Melbourne, Victoria 3002, Australia. Tel. 0061-394 176 971. Fax 0061-394 176 851. E-Mail: isqu@isqu.org; Internet: www.isqua.org.au
20.–23. Oktober, 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; Internet: www.evimed.ch

Datum, Ort	Veranstaltung	Kontaktadresse
25. Oktober, München (D)	Internationale Controller-Gesundheitstagung: Benchmarking	Internationaler Controller Verein eV, Leutstettener Strasse 2, D-82116 Gauting. Tel. 0049-8989 31 3420. Fax 0049-8989 31 3431. E-Mail: verein@controllerverein.de; Internet: www.controllerverein.de
30. Oktober, Winterthur	Evidence Based Medicine	WIG Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, Im Park, St. Georgenstrasse 70, Postfach 958, 8401 Winterthur. Tel. 052-267 78 97. Fax 052-268 78 97. E-Mail: wig@zhwin.ch; Internet: www.wig.ch
3. November, Basel	«Armut kann Ihre Gesundheit gefährden» – Wege aus dem Teufelskreis Armut und Krankheit	Medicus Mundi Schweiz, Netzwerk Gesundheit für alle, Murbacherstrasse 34, 4013 Basel. Tel. 061-383 18 10. E-Mail: info@medicumundi.ch; Internet: www.medicumundi.ch
3.–5. November, Wellington (NZ)	5 th International Conference on Priorities in Health Care	Wendy Edgar, Ministry of Health, PO Box 5013, Wellington, NZ. Fax 0064-4 496 2340. E-Mail: wendy_edgar@moh.govt.nz; Internet: www.healthpriorities.org
11. November, Zürich	Gesundheit und Werbung	Forum Gesundheitsrecht, Mühlebachstrasse 32, Postfach 769, 8024 Zürich. Tel. 01-266 20 60. Fax 01-266 20 70. E-Mail: forum@gesundheitsrecht.ch
12. November, Zürich	Benchmarking	Internationaler Controller Verein, c/o Rainer 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.controllerverein.ch
16.–20. November, Mexico City	Global Forum for Health Research	Global Forum for Health Research, c/o World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27. Tel. 022-791 42 60. Fax 022-791 43 94. E-Mail: info@globalforumhealth.org; Internet: www.globalforumhealth.org
24. November, Bern	7. Novartis Forum für Gesundheitsökonomie: Case- und Disease-Management in der älteren Bevölkerung	Novartis Pharma Schweiz AG, Claudia Zerobin Kleist, Postfach, 3001 Bern. Tel. 031-377 52 63. Fax 031-377 53 19. E-Mail: claudia.zerobin@pharma.novartis.com
29.–30. November, Zürich	Steuerungsinstrumente in Spitälern	Euroforum Handelszeitung Konferenz AG, Postfach, Seestrasse 344, 8027 Zürich. Tel. 01-288 94 70. Fax 01-288 94 71. E-Mail: anmeldungch@euroforum.com; Internet: www.euroforum.ch

Datum, Ort	Weiter- und Fortbildung	Kontaktadresse
Beginn: 18. September (30 Tage), Düsseldorf (D)	Netzmanager Gesundheit	Netzakademie, Richard-Oskar-Mattern-Strasse 6, D-40574 Düsseldorf. Tel. 0049-211 5998 9395. Fax 0049-211 5998 9399. E-Mail: info@netzakademie.dgn.de; Internet: www.netzakademie.dgn.de
Beginn: Oktober, St. Gallen	Integrales Spitalmanagement	FHS (s. oben)
Beginn: 18. Oktober (23 Tage), Bern	Wirksam managen im Gesundheitswesen	College-M, Freiburgstrasse 41, 3010 Bern. Tel. 031-632 30 26. Fax 031-632 30 25. E-Mail: info@college-m.ch; Internet: www.college-m.ch
Beginn: Herbst, St. Gallen	Sozialinformatik	FHS (s. oben)
Beginn: 20. Oktober (75 Tage), Zürich	Case Management	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
1–12. November, Basel	Rational Drug Management in International Health	Swiss Tropical Institute, Course Secretariat, Socinstrasse 57, P.O. Box, 4002 Basel. Tel. 061-284 82 80. Fax 061-284 81 06. E-Mail: courses-sti@unibas.ch; Internet: www.sti.ch
Beginn: 8. November (40 Tage), Aarau	Interdisziplinäre Führung	Hplus (s. oben)
Beginn: 12. November (12 Tage), Zürich	Ethische Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen	Dialog Ethik (s. oben)
Beginn: 19. November, Winterthur	Managed Health Care	WIG (s. oben)
Beginn: 19. November (12 Tage), Winterthur	Gesundheitsökonomie	WIG (s. oben)
Beginn: November (20 Tage)	eHealthcare: Business Engineering im Gesundheitswesen	eHealthcare NDK, Kurssekretariat, Josef-Müller Weg 2, 6210 Sursee. Tel. 041-925 76 89. Fax 041-925 76 80. E-Mail: ndk@ehealthcare.ch; Internet: www.ehealthcare.ch

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.

Integration: Job-Coach für psychisch Kranke

«Die Chancen, aus einer geschützten Werkstatt eine Stelle in der freien Wirtschaft zu erhalten, sind äusserst gering» – aufgrund solcher Erfahrungen hat die USA den geschützten Werkstätten alle Subventionen entzogen und führte das «Supported Employment» ein. Der neue Grundsatz: «Erst platzieren, dann trainieren.» In einem Betrieb des normalen Arbeitsmarkts erhalten die Behinderten eine Stelle, sie arbeiten kompetitiv und erhalten mindestens den gesetzlichen Mindestlohn. Sie werden dabei unbefristet von einem Job-Coach begleitet. Das «Supported Employment» hat sich als sehr wirkungsvoll erwiesen: Mehr Platzierungen, grössere Arbeitspensen und höhere Einkommen wurden in den USA erzielt.

Die IV-Stelle Bern hat nun zusammen mit dem BSV das Modell an unsere Verhältnisse adaptiert. Seit September 2002 läuft das Projekt «Berner Job Coach». Drei Job-Coaches betreuen 10-15 TeilnehmerInnen an einem Arbeitsplatz in der freien Wirtschaft: Sie sprechen mit den Vorgesetzten, sie informieren über die Krankheit, sie sind in Krisensituationen abrufbar, sie begleiten den Teilnehmer, und sie achten darauf, dass die Medikamente eingenommen werden. All dies hilft, die Stelle zu behalten. Die psychisch kranken TeilnehmerInnen sind vom Job-Coach-Projekt angestellt, wie bei einer Personalvermittlung. Sie werden vorhergehend hinsichtlich ihrer Ressourcen und Fähigkeiten eingehend abgeklärt. Bei zirka einem Drittel zeigt es sich, dass ein Eintritt in die freie Wirtschaft (noch) nicht realistisch ist. Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet. Die ersten Erfahrungen sind positiv, definitive Zahlen sind jedoch noch nicht erhältlich. (bc)

Quelle: H. Hoffmann: Das Job Coach Projekt: Nachhaltige Integration psychisch Kranker in die freie Wirtschaft. In: Soziale Medizin 2/04, S. 31-32.

Neue Generika-Website für PatientInnen

Die im Handel erhältlichen Generika auf einen Blick: Dies bietet die neue Website www.OKgenerika.ch, die seit dem 24. Juni 04 online ist. Über eine

einfache Suchfunktion können PatientInnen mit dem Namen des Originalpräparats die entsprechenden Generika abrufen. Diese sind zudem beurteilt: Sternchen werden unter anderem nach der Höhe der Einsparungen und der Qualität der beiliegenden Informationen verteilt. Als Autoren der Seite zeichnen der Schweizerische Apothekerverband SAV, die Ofac (Berufsgenossenschaft der Schweizer Apotheker und Abrechnungsstelle der Apotheker) und die Astral (Datenbanken für Berufsleute im Gesundheitswesen). Gesponsert wird die Seite vom Internetvergleichsdienst Comparis und den Pharmafirmen Sandoz und Spirig. Erläutert wird auch die rechtliche Situation: Apotheker haben gemäss Art. 52a KVG die Kompetenz, ein Originalpräparat durch ein Generikum zu ersetzen. Der Arzt wird nachträglich über die Substitution informiert. (bc)

Quelle: Medienmitteilung des Schweizerischen Apothekerverbands SAV vom 23. Juni 2004. Und: Internetseite www.OKgenerika.ch

«Collateral health effects»

Ein älterer verheirateter Mann erhält ein neues Hüftgelenk – davon profitiert nicht nur er, sondern auch seine Ehefrau, die er pflegt. Wenn eine depressive Mutter therapiert wird, so geht es auch ihren Kindern besser. Wenn jemand es schafft, viel Übergewicht zu verlieren, so motiviert dies Leute aus seinem oder ihrem Freundeskreis, ebenfalls abzunehmen. Erhält ein sterbender Mann eine gute palliative Pflege, so entlastet dies auch die Ehefrau in der Trauer, weil ihr Ehemann weniger leiden musste. Dies sind Beispiele für «collateral health effects» (gesundheitliche Seiteneffekte), die eine Behandlung oder eine sonstige gesundheitliche Intervention haben kann. Nicholas Christakis, Professor an der Harvard Medical School, beschreibt das Phänomen so: Weil wir in sozialen Netzen verknüpft sind, durch eine Ehe, durch Kinder, Arbeitskollegen und Freunde, wirken medizinische Interventionen auch auf die Gesundheit der Menschen im sozialen Umfeld. Weil zum Beispiel die Mutter wieder besser für die Kinder sorgen kann und diese gesund bleiben, oder weil Pflegekosten gespart werden.

VORSCHAU

Schwerpunktthema:
**GESUNDHEITSPLATZ
WINTERTHUR**

Erscheinungsdatum: 22. Oktober 2004

Gesundheitscluster Winterthur

**Selbsthilfezentrum: über die
Zusammenarbeit**

**Gesundheitsökonomie:
Nutzenforschung**

**Wintimed: Was bringt das Netz
den PatientInnen?**

**Kundenorientierung: alterna-
tive Versicherungsmodelle**

**Volkswirtschaftlicher Nutzen
des Gesundheitsplatzes**

**Patientenorientierung in der
Psychiatrie**

**Case Management in der
Altenhilfe**

**Gesundheits- und Pharmaöko-
nomie (Veranstaltungsbericht)**

Studien beachten normalerweise nur die Auswirkungen auf den behandelten Patienten: Sie eruieren den direkten Benefit und die direkten Kosten. Von einem gesellschaftlichen Standpunkt aus gesehen sollten aber auch die positiven Effekte und die (eingesparten) Kosten im sozialen Umfeld miteinbezogen werden. Dies könnte Entscheidungen wesentlich beeinflussen. Provokante Implikation: Bei sozial eng verknüpften Menschen, zum Beispiel Verheirateten, multipliziert sich der Benefit einer Behandlung. Aber auch andere soziale Phänomene wirken auf die Gesundheit: Leidet eine prominente Frau an Brustkrebs, kann dies Frauen motivieren, zur Brustkrebsvorsorge zu gehen. Aber auch ein hoher Alkoholkonsum oder gar Selbstmord können sozial übertragen werden. Christakis weist darauf hin, dass nicht nur in der Biologie und in der Soziologie Netzwerk-Phänomene eine wichtige Rollen spielen, sondern auch in der Medizin. (bc)

Quelle: Christakis, Nicholas A.: Social networks and collateral health effects. Editorial. In: *British Medical Journal*, 329, 184-185. 24. Juli 2004.