



managed care

8 • 2004

3. Dezember

Managed Care in Europa

Care-Management in Europa – Fragmente

Die Grundversorgung in Schweden

Partizipation: Das niederländische Modell

Die jüngsten Reformen im britischen NHS

Zum Spannungsfeld zwischen Ärzten und Management

Managed Care – keine Lösung für die Probleme des Gesundheitswesens

Managed Care – eine (ökonomische) Notwendigkeit im Interesse der Solidargemeinschaft

Information und Selbstbestimmung – Ansprüche des modernen Menschen

Kosteneffizienz bei Rehabilitation krankheitsbedingter Querschnittlähmung und bei Komplikationsbehandlung

Ökonomie im Gesundheitswesen

www.forum-managed-care.ch

www.tellmed.ch

en français:

www.managedcareinfo.net

Managed Care in Europa – lückenhafte Übersicht, verständliches Bild

Peter Berchtold

Managed Care in Europa – Konzepte, Erfahrungen, Erfolge und Stolpersteine im europäischen Kontext sind Thema dieser Schwerpunktnummer, eine offensichtlich lückenhafte Übersicht aus einzelnen Fragmenten, herausgegriffen aus dem riesigen und vielfältigen Gesamtbild der europäischen Gesundheitslandschaft. Doch bekanntlich ergeben fragmentarische Blickpunkte häufig ein verständlicheres Bild als (vermeintlich) vollständige Darstellungen. Eine europäische Gesundheitsversorgung als Einheit existiert nicht und wird auch kaum je existieren. Denn die Gesundheitsversorgung und deren Steuerung findet auf lokaler, regionaler und allenfalls nationaler Ebene statt. Und trotzdem wird der europäische Grossraum für die nationalen Systeme und deren Akteure im Zug der europäischen Integration zunehmend bedeutungsvoll: Viele europäische Länder rekrutieren Pflege- und andere Berufspersonen im europäischen Ausland, Gesundheitsorganisationen operieren über nationale Grenzen hinweg und selbst Patienten werden für bestimmte Behandlungen ausgewählten Spitälern ausserhalb ihres Heimatlandes zugewiesen. Grund genug also für alle in die Versorgungssteuerung und in Managed Care Involvierten, engagierte Blicke über den nationalen Tellerrand zu werfen. Denn aus dem vorurteilsarmen Sich-Auseinander-Setzen mit Gemeinsamkeiten, Unterschieden und Erfahrungen liessen sich – trotz fragmentierten Blickfeldern – wohl neue Ideen und Einsichten gewinnen. Mit dem europäischen Blick will diese Schwerpunktnummer aber auch zeigen, dass Managed Care viel mehr ist als – wie hierzulande gerne dargestellt – ein aus den USA importiertes Kostenspar-

modell, in dem die Patienten unterversorgt und die Ärzte unterbezahlt sind. Managed Care heisst gesteuerte Gesundheitsversorgung und impliziert nicht, dass in der traditionellen Betreuung nicht gemanagt wird. Man mag den in neuerer Zeit steigenden Steuerungs- beziehungsweise Management-Bedarf bedauern, doch können die zunehmende Ressourcenknappheit, die zunehmende Komplexität der Behandlungen sowie die hochgradige Spezialisierung nicht ohne grösseren Koordinations- beziehungsweise Steuerungsaufwand bewältigt werden. Diese grundsätzliche Tatsache beschäftigt Leistungserbringer, Manager und Politiker in allen Gesundheitssystemen. Und mit unterschiedlichen Organisations- und Finanzierungs Konzepten wird europaweit danach gestrebt, den Anforderungen gerecht zu werden. Keines dieser Konzepte – inklusive jenes von Managed Care – kann als grundsätzlich falsch oder richtig beurteilt werden, sie haben alle ihre Stärken und Schwächen, ihre unterschiedlichen Charakteristika und – ihre Befürworter und Gegner!



Peter Berchtold

PD Dr. Peter Berchtold

Präsident Forum Managed Care

Leiter College-M, Bern

E-Mail: peter.berchtold@college-m.ch

SCHWERPUNKTTHEMA:
MANAGED CARE IN EUROPA

- 6** **Care-Management in Europa – Fragmente**
Andy Kennedy
Die Gesundheitsversorgung wird in verschiedenen europäischen Ländern sehr unterschiedlich organisiert. Doch es gibt Gemeinsamkeiten.
- 10** **Die Grundversorgung in Schweden**
Ylva Berger
In Schweden spielen in der Grundversorgung neben den Bezirksärzten insbesondere die Bezirkspflegefachfrauen eine wichtige Rolle. Welche Aufgaben übernehmen die beiden Berufsgruppen? Wieweit haben sie eine Gatekeeperfunktion?
- 12** **Partizipation: Das niederländische Modell**
Heidi Schriber
In den Niederlanden koordiniert und unterstützt eine staatliche Dachorganisation die Arbeit der verschiedenen Patientenorganisationen. Wie arbeitet sie und was kann sie bewegen?
- 15** **Die jüngsten Reformen im britischen NHS aus Sicht eines Gesundheitsdirektors**
Mike Farrar
Die jüngsten Reformen im britischen Gesundheitsdienst sollen unter anderem den Unternehmergeist der Leistungsanbieter sowie die Position der PatientInnen und der lokalen Leistungseinkäufer stärken.
- 18** **Everywhere the same? – Zum Spannungsfeld zwischen Ärzten und Management**
Christof Schmitz
Ärzte sehen sich heute in den Institutionen des Gesundheitswesens mit veränderten Erwartungen konfrontiert; «psychologischen Verträge» werden hinterfragt; Manager gewinnen an Macht.
- 20** **Managed Care – keine Lösung für die Probleme des Gesundheitswesens**
Otmar Kloiber
Managed Care ist in den USA gescheitert. Der Beitrag zeigt die Ursachen auf und zieht Schlussfolgerungen für Europa und für Deutschland.
- 23** **Managed Care – eine (ökonomische) Notwendigkeit im Interesse der Solidargemeinschaft**
Bernhard J. Güntert
Die Krankenversicherer haben heute wenig Einfluss auf die Gesundheitskosten und damit auf die Krankenversicherungsprämien. Managed Care könnte hier Abhilfe schaffen, aber ...

PATIENTENMITBESTIMMUNG

- 27** **Information und Selbstbestimmung – Ansprüche des modernen Menschen**
Interview mit Jen Wang
Wievoll wollen PatientInnen wissen, wieviel verstehen sie? Diese und viele andere Fragen hat «Managed Care» dem schweizerischen Koordinator der «Future-Patient»-Studie gestellt.

BETREUUNGSMANAGEMENT BEI QUERSCHNITTLÄHMUNG

- 30** **Kosteneffizienz bei Rehabilitation krankheitsbedingter Querschnittlähmung und bei Komplikationsbehandlung**
Armin Curt, Dieter Michel, Mark Mäder, Regula Spreyermann, Christian Kätterer
Neben Traumata können auch akute und chronische Erkrankungen eine Querschnittlähmung zur Folge haben. Welcher Rehabilitationsaufwand rechtfertigt und lohnt sich in solchen Fällen?

VERANSTALTUNGSBERICHT

- 32** **Ökonomie im Gesundheitswesen**
Lorenz Borer
Bericht über den ersten Schweizerischen Kongress für Gesundheits- und Pharmakoökonomie vom 18. Juni 2004 in Bern.

RUBRIKEN

4	Forum Managed Care Hot Spots und Konfliktfelder in der Gesundheitssteuerung (Vorankündigung Symposium) • Herzlich willkommen! (neuer Internetauftritt)
25	Kolumne Patientenführung: Wenn die Versorgungsnetze es nicht tun ... (Von Christian A. Ludwig, Mitglied des Redaktionsausschusses der Zeitschrift «Managed Care»)
26	Seite von med-swiss.net Netzwerke – von der Vision zur Realität!
36	Resonanz Solide planen • Spürsinn gefordert • Wie man wirklich spart • «Man braucht einen Arzt» • Ungewisser Fortschritt • K(l)eine Versorgungslücke
37	Buchhinweis E-Health und Datenschutz – «damit die Chancen nicht ungenutzt bleiben müssen»
38	Veranstaltungskalender Veranstaltungen/Weiter- und Fortbildung
39	Feedback Falsch, weil unüblich? (Leserbrief [Duplik])
40	In Kürze Kostenentwicklung 1999–2003 • «Persönliche Assistenz» im Kanton Waadt • Gesundheitsdatenbanken in der Schweiz • Telemedizin unter der Lupe ••• Vorschau: Tessin

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, Kurt Hess, Christian A. Ludwig, Christian Marti, Regula Rička, Heidi Schriber, Ruedi Wartmann

Betreuung des Schwerpunktthemas:

Peter Berchtold

Redaktion:

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

Redaktionssekretariat:

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

Anzeigenregie:

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

Anzeigenverkauf:

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

DTP und Layout:

Rosenfluh Publikationen AG, Regina Hauser

Druck:

stamm+co. Grafisches Unternehmen
8226 Schleithelm

Abonnemente, Adressänderungen:

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

Abonnementspreise:

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

Einzelheft-Bestellungen bitte an das
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

Vorankündigung Symposium FORUM MANAGED CARE, 25. Mai 2005

Hot Spots und Konfliktfelder in der Gesundheitssteuerung

mit renommierten Vertretern aus Politik, Wirtschaft, Verbänden und Gesundheitswesen
am 25. Mai 2005 im World Trade Center Zürich, Beginn: 9 Uhr

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

Diesen und weiteren Fragen widmet sich das Symposium des Forums Managed Care vom 25. Mai 2005. Das eintägige Symposium hat zum Ziel, sowohl neue und unkonventionelle als auch altbekannte und -bewährte Ideen und Ansätze zum Thema Managed Care in der Schweiz zu erörtern und einen Blick über den Tellerrand des schweizerischen Gesundheitssystems hinaus zu werfen. Ein Muss für alle am Thema Managed Care interessierten Fachleute und Privatpersonen.

Das Symposium besteht am Vormittag aus verschiedenen Referaten und einer Plenardiskussion. Am Nachmittag finden kontradiktorisch aufgebaute Workshops statt. Diese bieten die einmalige Gelegenheit, gegensätzliche Positionen live zu erleben und gemeinsam neue sinnvolle Ansätze und Kooperationsmöglichkeiten zu diskutieren. Alle Teilnehmenden können mindestens zwei Workshops besuchen.

Programmübersicht

09:00	Kaffee, Registrierung	
09:25	Referat I	Die politische Sicht: Wie viel und welche Steuerung braucht das Gesundheitssystem? Welche Anreize sind zu schaffen?
	Referat II	Die Patientensicht: Wie viel Steuerung verträgt der Patient?
	Referat III	Die gesundheitsökonomische Sicht: Welche Steuerungsinstrumente haben einen evidenten Nutzen?
	Referat IV	Die ethische Sicht: Was ist der richtige Rahmen für Steuerungs- und Anreizsysteme im Gesundheitswesen?
	Plenardiskussion	Hot Spots und Konfliktfelder der Gesundheitssteuerung
13:30	Workshop I	Call Center oder Hausarzt: Ersetzt das Telefon den Arzt?
	Workshop II	Case-Manager oder Arzt: Wer führt den Patienten durch den Dschungel des Gesundheitssystems?
	Workshop III	Qualität und Pauschalfinanzierung: Sind Pauschalfinanzierungen unethisch und qualitätsmindernd?
	Workshop IV	Empowerment oder Einschränkung: Steuerung für, mit oder gegen den Patienten?
	Workshop V	Steuerungsfreiheit versus Leistungskatalog: KVG – Hemmschuh für Managed Care?
	Workshop VI	Kantonale Spitalplanung oder Verselbständigung der Spitäler: Bringt zentrale Planung eine bessere Versorgung?
15:15	Wiederholung Workshops I-VI	
16:30	Podiumsgespräch	Moderiertes Podiumsgespräch mit Referenten und Medienvertretern
Apéro und Dinner		

Information und Anmeldung

Anmeldeunterlagen stehen ab Dezember 2004 zur Verfügung oder können bereits jetzt über die Website www.forummanagedcare.ch oder die Geschäftsstelle des Forums Managed Care, Tel. 031-632 30 26, bezogen werden.

Herzlich Willkommen!

Das Forum Managed Care hat seit dem 22. Oktober einen neuen Webauftritt. Damit wird das neue Erscheinungsbild auch im Internetauftritt umgesetzt.

Bei der Neugestaltung haben wir auf eine einfache und intuitiv verständliche Navigation geachtet. Inhaltlich wurden alle bisherigen Rubriken aktualisiert und wo nötig ergänzt (siehe *Kasten*). Damit ist die Basis geschaffen, um allen Managed-Care-Interessierten rasch und übersichtlich Auskunft zu geben.

Mit der neuen Website soll aber auch die angestrebte Transparenz umgesetzt werden. Sie finden deshalb alle Informationen über das Forum Managed Care auf dem Netz. Von A wie Aktualität, über F wie Finanzen bis zu Z wie Zielsetzungen 2004.

Ein spezieller Dank geht an alle unsere *GOLD-Partner*. Sie haben mit ihrem Engagement einen wesentlichen Beitrag zur Wiederbelebung des Forums Managed Care geleistet. Und sie wirken im strategischen Beirat aktiv am Ausbau der künftigen Aktivitäten des Forums mit.

Wir laden Sie ein, uns auf dem Netz zu besuchen. Oder auch Mitglied, Gönner oder Partner des Forums Managed Care zu werden.

Philip Baumann
Ressort Web
FORUM MANAGED CARE

www.forum-managed-care.ch



Sie finden uns auch unter
www.fmc.ch
www.forummanagedcare.ch

Die Inhalte der neuen Website im Überblick

Aktuelles

FMC-Informationsflyer
FMC-Mitteilungen
FMC-Agenda

Veranstaltungen

FMC-Symposium 2005
Events und Tagungen
Kongresse
Studienreisen

Forum Managed Care

Über das Forum
Verein
Anmeldung
Partner & Gönner
Ziele 2004
Finanzen
Kooperationen

Publikationen

Managed Care Zeitschrift
Presse
Präsentationen
Die Stimme unserer Partner

MC Navigator

Managed Care Glossar
Managed Care Projekte
Links

Allgemein

Kontakt
E-Mail
Home

Care-Management in Europa – Fragmente

Die Gesundheitsversorgung ist für die Bevölkerung aller Länder von grosser Bedeutung. Das macht das Management der Gesundheitsversorgung (Care-Management) für alle Beteiligten zu einer anspruchsvollen Aufgabe. Die Aufgabe wird in verschiedenen europäischen Ländern unterschiedlich gelöst. Und doch gibt es Gemeinsamkeiten.

Andy Kennedy¹

Das Thema «Care-Management in Europa» ist zu umfangreich, als dass es sich hier abschliessend behandeln liesse; doch es lässt sich fragmentarisch umreissen.

Fragment 1: Die Gesundheitsversorgung in der Politik

Zum Zeitpunkt dieses Schreibens, im September 2004, stellen die Kommentatoren der US-amerikanischen Präsidentschaftswahl die Prognose, dass jener Kandidat gewinnen werde, der die Wählerschaft am besten beteilige an den drei «grossen» Themen Krieg, Wirtschaft und

Gesundheitsversorgung. In Grossbritannien bereitet sich Premierminister Tony Blair für die Allgemeinen Wahlen im Jahr 2005 vor. Auch er betont die Rolle Grossbritanniens im «neuen Krieg» im Irak und beschäftigt sich mit dem Friedensprozess in Nordirland; er trifft Gewerkschaftsführer und versichert diesen, den Fokus auf die Verbesserung der Anstellungsbedingungen für die arbeitende Bevölkerung zu legen; und er und seine Labour-Party umwerben, ebenso wie alle anderen politischen Parteien, die Wählerschaft mit ihren Verbesserungsprogrammen für das Gesundheits- und das Bildungswesen.

Die Beispiele stammen zwar aus den (aussereuropäischen) USA und dem (eventual-europäischen) Grossbritannien. Dennoch veranschaulichen sie die Tatsache, dass Gesundheit zu Wahlzeiten (und manchmal über die Amtszeit aller Regierungen hinweg) einen Platz als politisches Schlüsselthema einnimmt. Wenn die Regierungen ihre gesundheitspolitischen Schwerpunkte festgelegt haben, müssen sie aber auch noch sicherstellen, dass diese bei den entsprechenden Gremien Priorität erhalten; dazu braucht es üblicherweise Geld, aber auch entsprechende Entscheidungen im Hinblick auf die beste Finanzierungsmethode. (In England beispielsweise ist es ein wichtiger Marker der politischen Orientierung, dass den allgemeinen Steuern als Finanzierungsmethode der Vorzug gegeben wird vor einer – nennen wir es «Kooperation mit Versicherungsgesellschaften».) Wenn eine bestimmte Gesundheitspolitik dann einmal, mittels Anreizen und Weisungen, als Priorität etabliert wor-



Andy Kennedy

den ist, muss sie schliesslich auch noch in die Arbeitsabläufe der zuständigen Organisationen des Gesundheitswesens integriert werden. Bei der praktischen Umsetzung einer Politik in einem System (unabhängig

«Gesundheit nimmt zu Wahlzeiten einen Platz als politisches Schlüsselthema ein.»

von dessen Grösse) zeigen sich immer grosse regionale Unterschiede – ganz besonders wenn damit Veränderungen oder Innovationen verbunden sind. Die Regierungen in ganz Europa unterschätzen häufig die immense Entfernung zwischen dem Formulieren einer Politik als rhetorischem Akt und der Umsetzung dieser Politik in der Praxis. Das führt zu Frustrationen und Entmutigungen und zu vorschnellen Versuchen, die Kontrolle auszudehnen oder neue politische Weisungen zu erlassen.

¹ Andy Kennedy ist Direktor von Lysis Consulting, London; Partner (Associate Fellow) des College-M in Bern und Executive Director der Winterthur Health Initiative.

Fragment 2: Vorstellungen von Europa

Die Gesundheitsversorgung in verschiedenen europäischen Ländern wird bekanntlich nach sehr unterschiedlichen Modellen erbracht, und es ist – auch wenn Ähnlichkeiten erkennbar sind – sinnlos beziehungsweise eine Zeitverschwendung, über etwas so Grosses und Uneinheitliches wie die «europäische Gesundheitsversorgung» nachzudenken. Trotzdem lässt sich sagen, dass die künftige gesundheitliche Versorgung der Europäer die Zukunft von «Europa» selber widerspiegeln, aber auch beeinflussen wird. Die Art, wie sich die künftige Gesundheitsversorgung in der Praxis manifestiert, wird Aufschluss darüber geben, welche Vorstellung Europa von sich selber hat und was die Mitgliedstaaten über ihre Beziehung zu anderen – ausserhalb ihrer eigenen Grenzen oder ausserhalb von Europa – denken.

Die Gesundheitsversorgung ist ein entscheidender Erfolgsfaktor für politische Parteien, und hiermit ein wichtiges Merkmal der Beziehung zwischen Regierung und Regierten. Allerdings fallen Regierungen ihre politischen Entscheidungen vor dem beunruhigenden Hintergrund einer Weltwirtschaft, in der die Kontrolle über die Schlüsselressourcen so aktiv und heftig umkämpft wird, dass für gewisse Nationalstaaten das schiere Überleben unsicher ist. Innerhalb von Europa selber besteht eine konstante Gefahr, dass extreme Sicht- und Verhaltensweisen zu einer so starken Polarisierung in der Beziehung zwischen verschiedenen Gruppen von Bürgern oder zwischen dem Staat und einigen Bürgern führen, dass der Zugang zu gesundheitlichen und sozialen Versorgungsleistungen zum Spielball für Ausschluss- oder Repressionsprozesse wird. Wir sollten nicht selbstgefällig glauben, dass das künftige Europa ein Europa sein wird, das den Beitrag aller Menschen (ob sie nun von innerhalb oder ausserhalb der europäischen Grenzen kommen) bezüglich Kultur, Energie und Fähigkeiten anerkennt. Die noble Vision von Europa als eines mächtigen, aber auch mitfühlen-

den Gebildes wird nie ein für allemal erreicht worden sein, sondern kann nur durch kontinuierliche und ausdauernde Anstrengung angestrebt werden.

Fragment 3: Spannungen und Probleme

Es hat sich eingebürgert, die Gesundheitsversorgung als problematisch und entwicklungs- und reformbedürftig zu betrachten. Für mindestens das letzte Jahrzehnt wurden die folgenden drei Imperative beziehungsweise Konfliktfelder als spannungsgeladen und als Quelle von Schwierigkeiten dargestellt:

■ **Demografische Veränderung:** Gemeint ist erstens die steigende Zahl älterer Menschen mit komplexen Gesundheitsbedürfnissen und zweitens die im Vergleich zur Zahl der älteren «Gesundheitskonsumenten» abnehmende Zahl junger Werktätiger, die einen Beitrag zum Bruttoinlandprodukt eines Landes leisten können.

■ **Technologische Entwicklung:** Gemeint ist die zunehmende Zahl und der steigende Entwicklungsstand der Interventionen (z.B. chirurgischer oder pharmazeutischer Art), welcher vormals unbehandelbare Krankheiten behandelbar macht. Solche Interventionen können teuer sein, und ihre nicht vorkalkulierbare Verfügbarkeit (und Wünschbarkeit) kann einen substanziellen Einfluss auf die finanzielle Überlebensfähigkeit eines Systems haben.

■ **Zunehmende Patienten-(oder Bürger- oder Konsumenten-)erwartungen:** Gemeint ist einerseits das Bedürfnis der Menschen nach raschem Zugang zu allen Formen der Grund- und Spezialversorgung sowie nach einem Informationsstand und einem Grad der Beteiligung am Behandlungsprozess, wie sie für die vorangehende Generation undenkbar gewesen wären. Andererseits geht es um den Trend, die Erbringung und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen als etwas zu betrachten, was viel mit anderen Formen des Konsums gemeinsam hat, und deshalb bei Unzufriedenheit oder Verdacht auf Misserfolg auf gerichtli-

chem Weg Wiedergutmachung anzustreben.

Längerfristige Veränderungen der Regierungsgewohnheiten sowie die genannten drei Entwicklungen haben dazu geführt, dass sich die Regierungen überall in Europa darauf eingelassen haben, die politischen Kosten einer Begrenzung oder gar Reduktion der Gesundheits- und Sozialausgaben auf sich zu nehmen. Das hatte vielfältige und komplexe Folgen; eine davon war der unerwartete Prestige-Verlust des Medizinberufes und die daraus folgenden Schwierigkeiten bei der Rekrutierung geeigneter Kandidaten (wie auch immer diese definiert werden) für den Arztberuf. Bereits heute sind viele Praxisstellen unbesetzt, insbesondere auf dem Land, und dieser Trend wird sich vermutlich sogar noch verschärfen. Die heutigen Ärzte mussten erleben, dass ihre historische Dominanz in gewissen Tätigkeitsbereichen in Frage gestellt wurde (z.B. durch Pflegende), und viele haben sich entschlossen, ihre öffentliche Verfügbarkeit einzuschränken (z.B. mittels geringerer Bereitschaft zu Notfalldiensten). Alle Beteiligten wissen, dass Gesundheitsversorgung viel mehr ist als nur die Arbeit von Ärzten; aber de-

«Der moralisch handelnde Manager kämpft dauernd darum, einen Weg zu finden zwischen verschiedenen Forderungen und konkurrierenden Zielen.»

ren Dominanzanspruch des gesamten letzten Jahrhunderts hat recht effizient sichergestellt, dass ihre wissens- und kompetenzmässige Überlegenheit allgemein anerkannt wurde. Regierungen und andere Kostenträger riskieren, die Patientenerwartungen zu enttäuschen, wenn sie versuchen, die Folgen der Kosten- und Rekrutierungsprobleme durch neue Behandlungsformen unter Einbezug anderer Gesundheitsberufe zu mildern.

Fragment 4: Care-Management

Gemanagte Versorgung (Managed Care) heisst vieles. In dieser Hinsicht (wie in anderen auch) zeichnen sich die Nationalstaaten Europas durch qualitative und quantitative Vielfalt und Variabilität aus. Überall aber ist die Gesundheitsversorgung bedeutsam für die Beziehung zwischen Regierung und Volk – und deshalb anfällig für Manipulation und Fremdeinflüsse. Wenn eine angemessene Verbindung zwischen den individuellen und kollektiven Bedürfnissen und Wünschen im Hinblick auf Inhalt, Form und Stil der Gesundheitsversorgung und der tatsächlichen Gestalt der angebotenen Leistungen angestrebt wird, so ist dies ein Zeichen einer zivilisierten Gesellschaft. Es ist aber auch ein Zeichen eines Managed-Care-Systems. Für eine solch explizite Verbindung braucht es nicht unbedingt ein vom Staat geführtes Versorgungssystem, wie es der britische National Health Service darstellt, aber es braucht *Management*.

Management kann viele verschiedene Manifestationsweisen haben, von denen einige im Rahmen des Gesundheitssystems höchst umstritten sind. Weit gehend einig ist man sich aber darüber, dass Manager im Gesundheitswesen, wenn es sie dann schon geben muss, *effektiv* sein sollten. Deshalb und weil sie sich zudem nicht der Tyrannei des «gesunden Menschenverstands» und der nicht hinterfragten Fortschreibung des Status Quo beugen sollen, sollten sie in ihre Arbeit die besten verfügbaren Beschreibungen und Modelle der zwischenmenschlichen Interaktion einbeziehen. Das ist immer dann unverzichtbar, wenn mächtige Mitglieder von Organisationen im Namen von Gemeinwohl, Multidisziplinarität, persönlicher oder beruflicher Freiheit oder Eigeninteresse versuchen, die Kooperation zu intensivieren oder aber zu unterlaufen.

Manager im Gesundheitswesen müssen auch *ethisch* effizient sein. Wenn sie versuchen, einen gangbaren Weg zu finden zwischen Verschiebungen in der Regierungspolitik und Veränderungen der öffentlichen Erwartung, und wenn sie knifflige Ent-

scheidungen über den Einsatz von Ressourcen umzusetzen haben, müssen Manager sowohl anständig als auch effektiv handeln. Die moralisch handelnde Person (und der moralisch handelnde Manager) ist nicht eine, die mit unflexibler Bestimmtheit auftritt, sondern eine, die dauernd darum kämpft, einen Weg zu finden

«**Alles, was nach einer Beschneidung der professionellen Autonomie riecht, wird als zutiefst verdächtig betrachtet werden.**»

zwischen verschiedenen Forderungen und konkurrierenden Zielen. Um ihre Rolle anständig wahrzunehmen, müssen Manager im Gesundheitswesen deshalb der Moralphilosophie ebenso viel Aufmerksamkeit widmen wie der Ökonomie und der Soziologie.

Fragment 5: Reform-Management

Überall in Europa wird die bestehende Gestaltung der Gesundheitsdienstleistungen von den Patienten gerne kritisiert: Es sei schwierig, rechtzeitig Zugang zu bezahlbaren spezialisierten Diensten zu erhalten; und es mangle an Koordination und Integration zwischen verschiedenen Einrichtungen und organisatorischen Subsystemen. Nicht alle Regierungen in Europa haben das Ziel, die Gesundheitsversorgung für ihre Bürger über direkte Steuern sicherzustellen, aber alle legen einigen Wert darauf, dass ein sozial gerechtes und qualitativ hoch stehendes Gesundheitssystem zur Verfügung steht. Vielerorts besteht ein Bedarf, die Kostenspirale unter Kontrolle zu bringen und zugleich das Angebot besser an die Ziele und Erwartungen der Bürger anzupassen. In einem Wort: Es besteht ein Bedarf nach *Reform* in den Gesundheits- und Sozialsystemen.

Der Managed-Care-Ansatz kann als Vehikel für Reform verstanden werden, indem er eine Form des Um-

gangs mit konkurrierenden politischen Prioritäten darstellt und indem er Spannungen zwischen widersprüchlichen Formen des Umgangs mit Wissen und mit Staatsbürgertum zu lösen sucht. Insofern ist Managed Care attraktiv für Finanzierer und kann den Systemnutzern positiv vermittelt werden. Nur wenige Angehörige der Gesundheitsberufe werden echten Widerstand leisten gegen Innovation und gegen eine Reform, die glaubhaft dem «Patientennutzen» dient. Dagegen wird alles, was nach einer Beschneidung der professionellen Autonomie riecht (wie zum Beispiel im Voraus getroffene Entscheidungen zur Mittelallokation oder multidisziplinär konzipierte Behandlungsrichtlinien) als zutiefst verdächtig betrachtet werden. Unter solchen Umständen sind die Redlichkeit von Managern und ihre Fähigkeit, den Sinn ihres Handelns klar darzulegen, von grösster Wichtigkeit.

Es sind unsere Verletzlichkeit und unsere Anfälligkeit für Probleme und Krankheiten, die uns als menschliche Wesen auszeichnen und miteinander verbinden, nicht unsere selbstverständliche Eigenständigkeit und Unabhängigkeit in Zeiten glänzender Gesundheit. Es sind der Mut, etablierte Interessen und Praktiken zu hinterfragen, und die Beharrlichkeit, unablässig einen Weg des Suchens zu gehen, die einen guten Manager im Gesundheitssystem ausmachen, nicht das unflexible Verteidigen einer vorbestimmten Position. ■

Autor:

Andy Kennedy

Director of Lysis Consulting
London

E-Mail: andy@lysisconsulting.co.uk

Übersetzung aus dem Englischen:
Rita Schnetzler

The english version of this article is available in the internet: www.ManagedCareInfo.net

Die Grundversorgung in Schweden

Gesundheitszentren, Behandlungsgarantie und Bezirkspflegefachfrauen sind Stichworte, welche die Besonderheiten der schwedischen Grundversorgung umschreiben. Auch psychologische Hilfe und Gesundheitsberatung werden angeboten, schreibt die schwedische Autorin.

Ylva Berger

Die Grundversorgung ist die Basis des schwedischen öffentlichen Gesundheitswesens (siehe *Kasten*). Der Begriff Grundversorgung bezeichnet das Niveau und den Umfang der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung, und nicht eine Organisationsform. Die Aufgabe der Grundversorgung ist im § 5 des Gesundheitsgesetzes [1] festgelegt: *«Die Grundversorgung soll als Teil des öffentlichen Gesundheitswesens, ohne Abgrenzung betreffend Krankheiten, Alter oder Patientengruppe, das Bedürfnis der Bevölkerung an grundlegender medizinischer Behandlung, Pflege, vorbeugenden Massnahmen und Rehabilitation decken, welches nicht die Ressourcen eines Spitals oder anderer besonderer Kompetenzen braucht. Die Provinziallandtage sollen die Grundversorgung so organisieren, dass die Einwohner den Zugang und die Möglichkeit ha-*

ben, selber einen Arztkontakt zu wählen.»

Jeder Provinziallandtag¹/jede Provinz in Schweden entscheidet selbstständig, wie die Versorgung zu organisieren ist. Die Grundversorgung soll laut Gesetz ein breites Angebot an Gesundheits- und Pflegeleistungen zur Verfügung stellen. Verschiedene Fachgebiete sollen kooperieren, um dem Einzelnen eine gute Versorgung zu gewähren. Die Patienten sollen ganzheitlich beurteilt werden, wobei die gesamte Lebenssituation der Person berücksichtigt wird [2].

Die Provinziallandtage in Schweden haben die Grundversorgung in Versorgungseinheiten organisiert, welche hauptsächlich durch Gesundheitszentren² betreut werden. In einem Gesundheitszentrum arbeiten mindestens zwei Hausärzte und zusätzlich Pflegefachfrauen. Ein Arzt ist für zirka 2000 Patienten verantwortlich. Die Pflegefachfrauen können, wenn sie sich zur Bezirkspflegefachfrau weitergebildet haben, innerhalb einer Versorgungseinheit auch eine eigene Praxis führen. Die Gesundheitszentren werden entweder vom Provinziallandtag selber oder in Abkommen durch private Unternehmen betrieben. Die Gesundheitszentren sorgen für die Bevölkerung einer geografischen Region oder für Personen, die sich bei dieser Versorgungseinheit angemeldet beziehungsweise welche diese Einheit gewählt haben.

Zugänglichkeit und Behandlungsgarantie

Die Grundversorgung soll die selbstverständliche erste Wahl sein, wenn man Gesundheitsdienstleistungen be-



Ylva Berger

nötigt. Sie soll für die BewohnerInnen nahe und gut zugänglich sein. Um eine gute Zugänglichkeit zu gewährleisten, kennt Schweden die Behandlungsgarantie. Sie bedeutet, dass der Patient/die Patientin am selben Tag Hilfe per Telefon, einen Termin bei einer Pflegefachfrau oder einem Arzt erwarten kann. Wer einen Arzt braucht, soll nie länger als sieben Tage warten müssen. Wer von der Grundversorgung eine Überweisung an den Spezialisten erhält, soll höchstens drei Monate warten müssen. Die meisten Provinziallandtage verlangen jedoch keine Überweisung aus der Grundversorgung, weshalb sich Patienten direkt an den Spezialisten wenden können.

Die Aufgaben der Grundversorgung

Die Versorgungseinheit soll das Be-

¹ In Schweden sind hauptsächlich die 21 Provinzen (entsprechend den Schweizer Kantonen) beziehungsweise deren Regierungen, die Provinziallandtage, für die Gesundheitsversorgung zuständig.

² Die Gesundheitszentren werden je nach Provinz oder Stadt auch Hausarztpraxis, Behandlungszentrum oder Familienzentrum genannt.

dürfnis an Grundbehandlung der Einwohner decken können. Dazu zählen die Untersuchung, Behandlung, Rehabilitation und Nachkontrolle von Krankheiten und Unfällen, die keine spezialisierte Behandlung verlangen. Die Grundversorgung soll auch präventiv im Sinn der allgemeinen Gesundheit tätig sein.

In den Versorgungseinheiten sollen verschiedene Berufsgruppen wie Bezirksärzte, Bezirkspflegefachfrauen, Hebammen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter und Psychologen vertreten sein. Um eine kontinuierliche Versorgung zu gewährleisten, müssen sie gut zusammenarbeiten. Der Patient und seine Bedürfnisse sollen dabei ins Zentrum des Behandlungsplans gestellt werden – darüber ist sich das Gesundheitspersonal einig.

■ *Rehabilitation*

Die Grundversorgung ist auch für die Rehabilitation von Patienten zuständig, welche keine spezialisierte Versorgung benötigen. An vielen Orten wird eine zwischen Ärzten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Pflegefachkräften, Sozialarbeitern und Psychologen koordinierte Rehabilitation angeboten. Verantwortlich für die gesamte Behandlung ist die Ärztin oder der Arzt.

■ *Psychosoziale Tätigkeit (psychologische Hilfe)*

Die jüngste Entwicklung in der Grundversorgung in Schweden verläuft dahin, dass ein Gesundheitszentrum auch über psychosoziale Kompetenz verfügen soll. Diese wird durch einen Sozialarbeiter oder durch einen Psychologen bereitgestellt. Der Grund dafür ist, dass immer mehr Menschen wegen nicht-medizinischen Problemen wie Stress und Ängsten Hilfe suchen. Wenn Sozialarbeiter und Psychologen bereits in der Grundversorgung verfügbar sind, erhalten Patienten mit psychischen Problemen rasch eine unterstützende Beratung und/oder eine kürzere Therapie. Es wird erwartet, dass dadurch die Überweisungen an die Psychiatrie abnehmen.

Diese jüngste Entwicklung ist in den verschiedenen Provinzen in Schwe-

Kasten:

Das schwedische Gesundheitswesen

Es gibt in Schweden 21 Provinziallandtage/Provinzen, welche für die Gesundheitsversorgung (Grundversorgung) in ihrer geografischen Region verantwortlich sind. Jeder Provinziallandtag entscheidet selber, gestützt auf das nationale Gesundheitsgesetz und nationale Richtlinien, wie er sein Gesundheitswesen organisieren will. Die Provinziallandtage/Provinzen werden von politisch gewählten Vertretern geleitet. Sie sind unterschiedlich gross, und die Einwohnerzahl variiert zwischen 1,8 Millionen (Stockholm) und 57 532 (Gotland). Viele haben um die 250 000 Einwohner. Schweden hat insgesamt 9 Millionen Einwohner.

Die Provinziallandtage/Provinzen dürfen ihre Einwohner besteuern, um das Gesundheitswesen zu finanzieren. Die Steuer für das Gesundheitswesen beträgt im Durchschnitt 10,76 schwedische Kronen pro 100 Kronen Einkommen (2004 = 10%). Die Kosten für die Grundversorgung betragen im Jahr 2002 292 Euro pro Einwohner. Die Kosten für spezialisierte somatische und psychiatrische Gesundheitsversorgung betragen im Jahr 2002 1085 Euro pro Einwohner. Insgesamt gibt Schweden 7,8 Prozent seines Bruttosozialprodukts für die Gesundheitsversorgung aus (2000).

Die Patienten bezahlen eine Gebühr pro Behandlung (100–150 Kronen pro Arztbesuch, 180–300 Kronen pro Besuch beim Spezialisten). Die Gebühren werden vom Provinziallandtag festgelegt. Sobald ein Patient 900 Kronen (ca. 104 Euro) bezahlt hat, sind die weiteren Behandlungen für den Rest der Zwölfmonatsperiode kostenlos. Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren müssen meistens keine oder reduzierte Patientengebühren bezahlen, je nach Provinz gelten andere Regeln.

Die meisten Ärzte und das meiste Pflegepersonal sind im öffentlichen Gesundheitswesen angestellt oder in privaten Unternehmen mit einem Vertrag mit dem Provinziallandtag. Es gibt aber auch privat praktizierende Leistungserbringer (vor allem Ärzte und Physiotherapeuten), welche nach einer staatlich festgelegten Gebührenordnung bezahlt werden. Daneben existieren auch vollprivat arbeitende Ärzte und Spitäler.

Quelle: Landstingsförbundet/Provinziallandtagsverband

den ungleich weit fortgeschritten. Die Aufgabe der Gesundheitszentren kann je nach Provinz anders aussehen.

■ *Gesundheitsberatung*

Als Teil der Grundversorgung bieten viele Provinziallandtage rund um die Uhr eine telefonische Beratung für Gesundheitsprobleme an. Diese Beratung ist mit erfahrenen Pflegefachkräften besetzt. Sie informieren über eine mögliche Selbstbehandlung und weisen die Anrufenden je nach Symptomen darauf hin, ein Gesundheitszentrum aufzusuchen.

Die Rolle der Bezirkspflegefachfrau

Die erste Kontaktperson in der Grundversorgung ist die Bezirkspflegefachfrau. Sie macht eine erste Beurteilung des Gesundheitszustands und der Bedürfnisse des Patienten. Sie berät den Patienten auch über eine Selbstbehandlung. Bezirkspflegefachfrauen haben eine spezielle Zusatzausbildung absolviert, die sie

befähigt, in Gemeinden, in Gesundheitszentren oder auch selbstständig zu arbeiten. Sie sind befugt, selbstständig über gewisse medizinische Massnahmen zu entscheiden und sie durchzuführen, wie zum Beispiel nach einer Operation Fäden oder Klammern zu entfernen, oder auch gewisse Medikamente zu verschreiben. Bezirkspflegefachfrauen mit Spezialkompetenzen sind in Gesundheitszentren und in eigenen Praxen beispielsweise für Diabetes, Asthma/Allergien oder Hypertonie tätig.

Die Bezirkspflegefachfrau macht auch Hausbesuche. In einigen Provinziallandtagen sind die Bezirkspflegefachfrauen für die Gesundheitspflege der Kinder verantwortlich. Dazu gehört die Gesundheitskontrolle für Kinder bis zu fünf Jahren. Die Bezirkspflegefachfrauen beraten aber auch die Eltern, sie machen sie auf Risiken in ihrer nahen Umgebung und in der Gesellschaft aufmerksam und wirken somit präventiv. Als Teil der Grundversorgung sind für diese Zwecke vor allem in grösseren Ge-

meinden/Städten spezielle Kinderpraxen zuständig.

Die Bezirkspflegefachfrau spielt wegen ihres umfassenden Kontakts zur Bevölkerung eine wichtige Rolle in der Prävention und kann durch die Zusammenarbeit mit anderen Pflegefachleuten, mit der Sozialhilfe, mit Schulen, Arbeitgebern und so weiter die allgemeine Gesundheit der Bevölkerung positiv beeinflussen.

Bezirksärzte und die Zusammenarbeit mit den Spezialisten

Die Bezirksärzte sind Fachärzte der Allgemeinmedizin. In Schweden sind zirka 4800 bis 4900 Bezirksärzte in der Grundversorgung tätig. Die Anzahl Patienten pro Arzt variiert zwischen 1600 und 2400 [4]. Der Bezirksarzt arbeitet hauptsächlich in der Praxis, und er macht auch Hausbesuche. Oft ist er auch für andere

Bereiche, unter anderem für die Gesundheitsversorgung der Kinder, verantwortlich.

Bezirksärzte in Schweden haben nicht unbedingt die Funktion eines Gatekeepers, da die meisten Provinziallandtage keine Überweisung von der Grundversorgung an den Spezialisten verlangen. Die maximale Wartezeit von drei Monaten (Behandlungsgarantie) gilt auch, wenn sich der Patient direkt an den Facharzt wendet. Die Spezialisten führen nur diejenigen Untersuchungen und Behandlungen durch, welche für ihr Versorgungsniveau vorgesehen sind. Patienten, die sich wegen leichter Krankheiten oder Verletzungen an den Spezialisten wenden, werden an die Grundversorgung verwiesen³. Auch nach fachärztlicher Behandlung wird der Patient für die Rehabilitation oder Nachkontrolle in die Grundversorgung zurückgeschickt. Spezialisierte Behandlung wird in Spitälern und Praxen angeboten, die zum grössten Teil dem Provinziallandtag gehören. Es gibt in Schwe-

den auch private Spitäler und Praxen, die durch ein Abkommen mit dem Provinziallandtag finanziert werden. Daneben existieren eine kleinere Anzahl vollprivater Kliniken und Praxen. ■

Autorin:

Ylva Berger, MPH

Senior planning officer

Landstinget Halland

Södra vägen 9

S-301 80 Halmstad

E-Mail: ylva.berger@lthalland.se

Übersetzung aus dem Schwedischen:
Birgitta Palm

Literatur:

1. Das Gesundheitsgesetz (Hälso/Sjukvårdslagen) (1982: 763).
2. Nationaler Handlungsplan für Entwicklung im Gesundheitswesen (Vorlage 1999/2000: 149).
3. Website des Landstingsförbundet (Verband der Provinziallandtage).
4. Nationaler Handlungsplan für Entwicklung im Gesundheitswesen, Jahresbericht 2004.

³ Die Empfehlung der Provinziallandtage, dass die Patienten auf der richtigen Stufe behandelt werden sollen, wird gut eingehalten. Denn die Spezialisten verfügen nicht über genügend Ressourcen, um auch Behandlungen der Grundversorgung durchzuführen.

Partizipation: Das niederländische Modell

In den Niederlanden hat die Regierung eine staatliche Dachorganisation für die Patientenorganisationen geschaffen. Die strukturelle und finanzielle Unterstützung ermöglicht, dass die PatientInnen individuell und kollektiv gestärkt werden und die Gesundheitsversorgung mitgestalten können.

Heidi Schriber¹

In den Niederlanden gibt es eine Vielzahl von Patienten- und Konsumentenorganisationen, ähnlich wie in der Schweiz. Sie sind im Laufe der letzten 30 Jahre zum grössten Teil aus Einzelinitiativen entstanden. Dabei wird zwischen krankheitsbezogenen Interessengruppierungen (wie Multiple-Sklerose-Gesellschaft, Krebsligen, aber auch krankheitsbezogenen Selbsthilfegruppen) und den Gruppierungen, die sich mit allgemeinen Themen befassen

(wie Information, neue Technologien und Patientenrechte) unterschieden. Diese «allgemeinen» Gruppierungen sind so genannte Konsumentenorganisationen, vergleichbar mit den schweizerischen Patientenorganisationen wie der SPO (Schweizerische Patienten-Organisation), der Patientenstellen oder der Stiftung für Konsumentenschutz [1]. Seit 1982 wird die Arbeit der einzelnen Organisationen durch eine staatliche Dachorganisation koordiniert und unterstützt, durch die «Niederlandse Patienten Consumenten Federatie». Die Partizipation² wurde somit modellhaft verankert und erhielt eine institutionalisierte Anerkennung.

Gesetzlich verankerte Patientenrechte

Die Patientenrechte sind im niederländischen Zivilgesetzbuch gesetzlich verankert [2]. Die Beziehung zwischen Patienten und Leistungserbringern wird im Vertragsrecht geregelt. Zu den festgeschriebenen Rechten gehören unter anderen:

- das Recht auf Aufklärung über vorgeschlagene Untersuchungen, Behandlungen und Diagnosen
- das Recht auf Einwilligung und Einsichtnahme in Behandlungsakten
- das Recht auf Schutz bei Behandlungsfehlern und Beschwerden.

Das Ziel der Gesetze war, die Position der Patienten im Gesundheitswesen einerseits durch Aufklärung und Information zu stärken, und andererseits durch Beteiligung und Mitarbeit an Entscheidungsprozessen zu verbessern [3]. Patientenrechte ohne entsprechende soziale Integration sind ohne Wert. Diese Erkenntnis führte dazu, dass die niederländische Regierung einen



Heidi Schriber

partizipativen Prozess initiiert hat, der in die Gründung der «Niederlandse Patienten Consumenten Federatie» NPCF [4] mündete. Das niederländische Modell der Verankerung (Dachstruktur) wird als Vorbild für die EU-Richtlinien über die medizinische Versorgung diskutiert.

«Niederlandse Patienten Consumenten Federatie» NPCF

Die «Niederlandse Patienten Consumenten Federatie» (NPCF) wurde 1982 in einem «top down»-Prozess (auf Initiative der niederländischen Regierung hin) gegründet. Das Ziel war, die gemeinsamen Interessen der bestehenden Organisationen zu koordinieren und ihnen durch geeintes und professionelles Auftreten auf der politischen Bühne mehr Gewicht zu verleihen. Der Staat hat den notwendigen gesetzlichen Rahmen geschaffen und stellt die Finanzierung³ sicher [5]. Die NPCF bildet die Plattform für über 300 verschiedene Patientenorganisationen und reprä-

¹ Der Beitrag ist ein Ausschnitt aus dem Bericht «Partizipation im Vergleich. Strukturen und Formen der Mitbestimmung in verschiedenen europäischen Ländern». Bericht zuhanden der Nationalen Gesundheitspolitik Schweiz von Heidi Schriber, März 2004. Der Bericht wurde im Rahmen des Vorprojekts «Mehr Gesundheit durch delegierte Mitbestimmung» der Gesundheitsförderung Schweiz erstellt.

² Partizipation im Sinne einer Beteiligung von Betroffenen an Entscheidungsprozessen im Gesundheitswesen auf verschiedenen Ebenen.

³ Finanziert wird die NPCF über einen Fonds, der vom niederländischen Gesundheitsministerium gespiessen wird.

sentiert so rund 2,5 Millionen Patientinnen und Patienten. Dies entspricht etwa 20 Prozent der erwachsenen Bevölkerung der Niederlande [5]. Die NPCF beschäftigt heute an ihrem Geschäftssitz in Utrecht 45 Mitarbeitende.

Das Ziel der NPCF ist es, den Einfluss von Patienten und Patientenorganisationen auf folgenden Ebenen zu vergrössern und zu stärken:

- auf der individuellen therapeutischen Ebene
- im institutionellen Kontext und
- bei der Entwicklung einer «Health Care Policy» [5], also der Formulierung gesundheitspolitischer Leitideen und Strategien.

Die Stellung der Patienten und Konsumenten soll gestärkt werden, indem die gemeinsamen Anliegen gegenüber Regierung, Politik und Institutionen mit «einer» Stimme vertreten werden.

Dreistufige Netzwerkstruktur

Die NPCF ist in einer dreistufigen Netzwerkstruktur organisiert [1]: Die lokalen, regionalen und nationalen Patienten- und Konsumentenorganisationen sind in themengebundenen nationalen Netzwerken zusammengefasst. So sind zum Beispiel Organisationen und Selbsthilfegruppen, die sich mit Krebs beschäftigen (Krebsliga, Brustkrebs-

«Die Stellung der Patienten und Konsumenten soll gestärkt werden, indem die gemeinsamen Anliegen gegenüber Regierung, Politik und Institutionen mit «einer» Stimme vertreten werden.»

gruppen, Lungenliga), in einem nationalen Netz zur Vereinigung der Krebspatienten zusammengeschlossen. Diese Vereinigung ist Mitglied der NPCF. Total hat die NPCF 18 solche themengebundenen nationale Netzwerke als Mitglieder. Um Mitglied der NPCF zu werden, müssen

Organisationen folgende Fragen positiv beantworten:

- Arbeitet die Organisation aus der Patientenperspektive?
- Ist die Organisation repräsentativ und von nationaler Bedeutung?
- Liegt ihr Hauptfokus auf der Gesundheit oder auf dem Gesundheitswesen?

Patientenperspektive

Die NPCF vertritt grundsätzlich immer die Patientenperspektive. Sie organisiert Meinungsbildungs- und Entwicklungsprozesse in Zusammenarbeit mit ihren Mitgliedern zu folgenden Themen [1]:

- Wahlmöglichkeiten und Transparenz: Entwicklung und Implementierung neuer Technologien
- Qualität und Innovation: Patientengerechte Aufbereitung von Daten zu «best practices», Patientenrechten, Erarbeiten von therapeutischen Guidelines unter Einbezug der Betroffenen etc.

■ Strukturen und Finanzierung des Gesundheitswesens: Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle, Solidarität, Stärkung der Patientenposition in der Weiterentwicklung des gesamten Systems.

Diese Prozesse werden demokratisch geplant und organisiert. Die Mitglieder der NPCF nehmen an so genannten Plattformen teil, in denen neue Visionen («policies») erarbeitet werden. Sie verfassen Stellungnahmen und Publikationen. Dadurch, dass die Patientenperspektive konsequent eingenommen wird, werden neue Gesichtspunkte in die Diskussionen eingebracht. Alle zwei bis drei Jahre findet ein nationaler Patientenkongress statt, an dem Themen und Stellungnahmen in Workshops und politischen Diskussionen erarbeitet werden.

Die Partizipation gilt als ein wichtiger Faktor der Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung. Elemente wie «informed consent», Wahlmöglichkeit aufgrund zugänglicher Informationen über Leistungserbringer, partizipative Entwicklung von Guidelines, Beschwerdemanagement und Patientenperspektive werden aktiv gefördert bei der Implementierung von Qualitätssiche-

rungssystemen. Verpflichtet ist die NPCF folgenden Grundwerten:

- Selbstbestimmung
- Respekt vor der ganzheitlichen Persönlichkeit
- Individualität
- Soziale Gerechtigkeit und Gleichbehandlung [5].

Die NPCF arbeitet transparent und betreibt eine äusserst informative Website⁴.

Bedeutung für die Schweiz

Die Niederlande sind ein Land mit einer ähnlichen Bevölkerungsstruktur wie die Schweiz und mit einer vergleichbaren Tradition bei den Patienten- und Konsumentenorgani-

«Die Partizipation gilt als ein wichtiger Faktor der Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung.»

sationen. Das niederländische Modell formuliert Werte für die Arbeit und die Repräsentation von Patienten und Versicherten, wie sie die neueren gesundheitspolitischen Projekte und Absichtserklärungen (unter anderem der Gesundheitsförderung Schweiz und der Nationalen Gesundheitspolitik Schweiz) favorisieren:

- Konsequenter Empowerment-Ansatz⁵
- Vertretung der Patientenperspektive nicht durch Fachexperten, sondern durch direkt Betroffene
- Betonung der Bedeutung einer nationalen Entwicklung der Vertretung von Patienteninteressen.

Auch die politischen Strukturen und der Standard des Gesundheitswesens in den Niederlande sind vergleichbar mit den schweizerischen Verhältnissen. Die Erfahrungen aus den Niederlanden lassen sich deshalb auf die Schweiz übertragen. Zudem kann die Schweiz von der zehnjährigen niederländischen Erfahrung profitie-

⁴ Die Website des NPCF: www.ncpf.nl

⁵ Empowerment verstanden als Stärkung der Autonomie von Betroffenen und der Befähigung zur Übernahme von Selbstverantwortung.

ren, wie ein solches System eingeführt wird. Das Rad muss nicht neu erfunden werden.

Bei allen Vorbehalten gegenüber «top down»-Prozessen muss man anerkennen, dass die Initiative der niederländischen Regierung die Partizipation und die Autonomie der

«Der Prozess in den Niederlande ist beispielhaft, weil er partizipativ ausgestaltet ist und gezielt die Betroffenen und ihre Organisationen stärkt.»

Betroffenen und BürgerInnen letztlich weltweit einmalig gestärkt hat. Wesentlich für den Erfolg war, dass die Regierung die notwendigen Ressourcen zur Verfügung gestellt hat. Auch in der Schweiz dürften eine vergleichbare politische Absichtserklärung und die staatliche Unterstützung unabdingbar sein. Denn bis

heute haben es die bestehenden anerkannten Patientenorganisationen und Patienteninitiativen aus verschiedenen Gründen nicht geschafft, sich zusammenzufinden und sich koordiniert für die Patienten einzusetzen. Der Prozess in den Niederlande ist beispielhaft, weil er partizipativ ausgestaltet ist und gezielt die Betroffenen und ihre Organisationen stärkt. Das niederländische Modell bindet verschiedenste Patientenorganisationen mit unterschiedlichen Aufträgen und Organisationsformen ins gleiche Netzwerk ein. Die Vernetzung führt dazu, dass Erkenntnisse aus den einzelnen Organisationen machtvoll in die Politik und in die weitere Entwicklung einfließen können. ■

Autorin:
Dr. sc. nat. Heidi Schriber
 Coaching und Unternehmensentwicklung
 Mühlebachstrasse 84
 8008 Zürich
 E-Mail: mail@heidischriber.ch

Literatur:

1. Persönliche Mitteilungen von Dr. Iris van Benekomm und Anita Direcks und Publikationen des NPCF, April 2003.
2. Kranich Christoph, Böcken Jan (Hrsg.): Patientenrechte und Patientenunterstützung in Europa. Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden, 1997.
3. Dierks Marie-Luise et al.: Patientensouveränität, «Der autonome Patient im Mittelpunkt». Arbeitsbericht Nr. 195, Institut für Sozialmedizin in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Hochschule Hannover und der Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg. Stuttgart, August 2001.
4. Dekker, Fons: Niederlande (2): Patienten als Partner im Gesundheitswesen. In: Kranich Christoph, Böcken Jan (Hrsg.): Patientenrechte und Patientenunterstützung in Europa. Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden, 1997.
5. Präsentation «Patients as Partners», European Conference of Quality improvement, Bologna. Iris van Benekom, Jan Fossen et al., 2001.

Die jüngsten Reformen im britischen NHS aus Sicht eines Gesundheitsdirektors

Mehr Konkurrenz unter den Leistungsanbietern, mehr Macht für die Leistungseinkäufer, mehr Wahlmöglichkeiten für die PatientInnen, besseres Management chronischer Krankheiten: Diese vier Kernelemente der jüngsten Reformen im britischen Gesundheitssystem können als klares Bekenntnis zu Managed Care verstanden werden. Der Leiter der Gesundheitsdirektion von Süd-Yorkshire unterzieht die Reformen einer kritischen Beurteilung.

Mike Farrar

Das staatlich finanzierte, steuerbasierte britische Gesundheitssystem, der National Health Service (NHS), befindet sich im Wandel. Einmal mehr will die Regierung die Produktivität, die Servicequalität und die Behandlungsergebnisse verbessern und – im Vorfeld der anstehenden allgemeinen Wahlen – beweisen, dass ihre beträchtlichen Zusatzinvestitionen klug und effektiv eingesetzt wurden. Den meisten Managern im NHS kommt das sehr bekannt vor. Die erfolgreiche Führung des NHS ist seit vielen Jahren ein

wichtiger politischer Kampfschauplatz, was zu einer Serie von grösseren Reformen geführt hat, von Margaret Thatchers Einführung eines internen Marktes bis hin zu Tony Blairs Kampagne zur Befreiung der Akutspitäler von der staatlichen Kontrolle mittels Bildung von so genannten Foundation-Trusts (siehe *Kasten*).

Warum die Reformen?

Der eigentliche Ursprung des Reformierungseifers ist eine tief sitzende Frustration über die (insbesondere aus Sicht der Wählerschaft, inklusive der Mitarbeitenden des NHS) ungenügende Leistung des NHS. Es lässt sich darüber streiten, ob diese Frustration berechtigt ist. In den letzten Jahren hat der NHS seine Leistung dramatisch verbessert – die Wartezeiten wurden beträchtlich verkürzt und die Mortalitätsraten bei wichtigen Krankheiten wie koro-

«Die erfolgreiche Führung des NHS ist seit vielen Jahren ein wichtiger politischer Kampfschauplatz.»

naren Herzkrankheiten und Krebs gesenkt – bei im internationalen Vergleich deutlich tieferen Kosten und mit weniger Personal.

Dennoch ist die allgemeine Wahrnehmung, dass der Service suboptimal sei, dass keine einheitliche Qualität geboten werde und dass es eher Glückssache als eine Folge der Neugestaltung der Angebote sei, wenn die Öffentlichkeit einmal eine posi-



Mike Farrar

tive Meinung über einen Bereich des NHS habe. Umstritten ist auch, ob die Reformen selber überhaupt zu Verbesserungen des Angebots geführt haben. Viele Beobachter sehen die Verbesserungen im NHS ganz einfach als Ergebnis der Mehrinvestitionen, die zu einer Kapazitätserhöhung auf der «Angebotsseite» geführt haben, und nicht als das Ergebnis von neuen Formen der Arbeitsorganisation (z.B. Trennung zwischen Leistungseinkäufern und -erbringern; Wandel in Richtung eines Managed-Care-basierten Systems; Schaffung von neuen Strukturen, z.B. Allgemeinpraxen mit Einkaufsbudgets, die sich später zu Hausarztnetzen entwickelten; und neuerdings Einführung von Primary-Care-Trusts [PCTs, siehe *Kasten*] und Foundation-Trusts). Es könnte sich also lohnen, sich einen Moment zurückzulehnen und sich zu fragen, was im NHS gerade geschieht: Was steckt hinter den neuesten Reformen? Welches sind ihre potenziellen Vorteile und Risiken? Welche Lehren sind daraus zu ziehen?

Kasten:

Glossar

Foundation-Trust: Foundation-Trusts (auch: «Foundation Hospitals») sind Spitäler oder Spitalverbünde im NHS, die nicht mehr (wie bisher) vom Staat, sondern von einer gemeinnützigen Stiftung getragen werden und als selbstständige Unternehmen betriebswirtschaftliche Entscheidungen weit gehend selbstständig treffen können. Manche NHS-Foundation-Trusts bieten der Bevölkerung ihrer Region die Möglichkeit, Mitglied des Trusts zu werden und sich an wichtigen Entscheidungen zu beteiligen, zum Beispiel im Rahmen von jährlichen Versammlungen und/oder von Mitgliederräten, die bei wichtigen Entscheidungen von der Unternehmensleitung konsultiert werden. Als Vorbild dienen dabei genossenschaftliche Unternehmensmodelle.

Primary-Care-Trusts (PCTs): Primary-Care-Trusts sind lokale Organe (ehemalige Gesundheitsbehörden), die für die Primärversorgung in ihrer Region zuständig sind und heute zu diesem Zweck über ein eigenes Budget verfügen. Sie erbringen selber ambulante Leistungen (z.B. Allgemeinmedizin, Grundpflege, Sozialdienst) und können stationäre Leistungen bei anderen Unternehmen, beispielsweise bei Foundation-Trusts, einkaufen. Sie werden von einem Aufsichtsrat (oft bestehend aus lokalen «Würdenträgern»), von einer Kommission bestehend aus gewählten Vertretern der örtlichen Leistungserbringer (Hausärzte, Pflegende, Apotheker, Zahnärzte usw.) sowie von einem professionellen Geschäftsleitungs-Team geführt.

Quelle: The Free Dictionary; Internet: <http://encyclopedia.thefreedictionary.com>

Kernelemente der jüngsten Reformen

Die jüngsten Reformen basieren auf verschiedenen Schlüsselementen, die sich wie folgt zusammenfassen lassen: Erstens: *mehr Konkurrenz* schaffen, zuerst im Akutsektor, indem ausländische Behandlungsteams und Privatbehandlungs-Zentren etabliert wurden und indem NHS-Unternehmen aus der staatlichen Kontrolle entlassen und in unabhängige Foundation-Trusts überführt wurden.

«Viele Beobachter sehen die Verbesserungen im NHS ganz einfach als Ergebnis der Mehrinvestitionen.»

Diese Entwicklung greift nun aber zunehmend auch über die Grenzen des Akutsektors hinaus auf die sozial- und primärmedizinische Versorgung über. Zweitens: die Kompetenz und die *Macht der Leistungseinkäufer* stärken, einerseits durch organisatorische Veränderungen mittels PCTs, vor allem aber durch die Einführung eines ergebnisorientierten Vergütungssystems, um die Leistungserbringer aus dem Akutsektor für die

Attraktivität und den Umfang ihrer Leistungen zu belohnen.

Drittens: öffentliche Erwartungen fördern und den Konsumerismus stimulieren, durch die Verpflichtung, den *PatientInnen Wahlmöglichkeiten* zu bieten und sie – mittels direkter elektronischer Buchung und Führung ihrer eigenen Krankengeschichte – ihren eigenen Weg durch das System bestimmen zu lassen.

Viertens: den Fokus in Richtung *Primärprävention und Management chronischer Krankheiten* verschieben, vor allem, um die Primär- und Sekundärversorgungskapazität des NHS durch Nachfragemanagement statt durch Angebotssteigerung zu maximieren.

Beurteilung

Den genannten Veränderungen liegt die folgende Logik zugrunde: Wenn die Patienten in die Verantwortung für ihre Gesundheit und in die Wahl der Leistungserbringer einbezogen werden; wenn zugleich die Kompetenzen der Leistungserbringer, die im Auftrag der Patienten die Mittel einsetzen, erhöht werden; wenn zudem die potenziellen Leistungserbringer dem Wettbewerb um das Recht zur Leistungserbringung ausgesetzt werden – dann wird sich schliesslich die Qualität (Wirksamkeit und Effizienz) der erbrachten Leistungen ver-

bessern. Die Politiker hoffen, dass rein dadurch ein stärker kundenorientiertes Angebot entsteht, das dann zur Plattform für eigenmotivierte kontinuierliche Qualitätsverbesserungen wird.

Allerdings kann dieser explizite Wandel – die Schaffung eines Gesundheitsmarkts bei gleichzeitiger Beibehaltung der Werte und Grundsätze des NHS mit seinem kostenlosen Zugang zu Gesundheitsleistungen – dazu verdammt sein, ebenso viele Probleme zu schaffen, wie er löst.

Betrachten wie die Reformen der Reihe nach:

Mehr Konkurrenz wird «Verlierer» schaffen, und es ist noch unklar, wie mit gescheiterten oder weniger erfolgreichen Leistungserbringern umgegangen werden soll. In der Geschäftswelt dürfen erfolglose Anbieter Konkurs machen und mit einem Verlust aus dem Markt ausscheiden. Wird das im politischen Umfeld des NHS möglich sein? Würden Patienten die Schliessung lokaler Dienste oder den raschen

«In der Geschäftswelt dürfen erfolgreiche Anbieter Konkurs machen. Wird dies im NHS möglich sein?»

und häufigen Wechsel in der Führung dieser Dienste akzeptieren? Führen Leistungsunterschiede zwischen den Anbietern dazu, dass die besseren Mitarbeitenden von den leistungsfähigeren Anbietern angezogen werden und dass die weniger leistungsfähigen Anbieter in eine Spirale des raschen Niedergangs geraten?

Die Möglichkeiten, die *Macht auf der Einkäuferseite* zu stärken, sind stark eingeschränkt durch die bestehenden Kompetenzen der Mitarbeitenden. Zurzeit fehlt den Primary-Care-Trusts die Fähigkeit, die Präferenzen der von ihnen versorgten Bevölkerung zu identifizieren, und das Monitoring (d.h. die Kontrolle [Erfassung und Analyse]) der

Angebotsmerkmale und des Leistungseinkaufs ist mangelhaft. Es besteht noch immer eine Debatte darüber, auf welchen Ebenen des Systems (einzelne Praxis, PCT, regional oder national) der Leistungseinkauf stattfinden soll. Wenn diesbezüglich falsche Entscheidungen getroffen werden, sieht sich der NHS mit der Aussicht auf unnötig hohe Transaktionskosten konfrontiert, und mit einem Leistungseinkauf, der wenig mit dem lokalen Bedarf und den gewohnten Zugangswegen der Bevölkerung zu den Angeboten zu tun hat. Wenn die *Wahlentscheidungen der Patienten* zum Motor für Qualitätsverbesserungen werden sollen, so wird dies begrenzt durch die (beschränkte) Fähigkeit des Systems, jene Informationen zur Verfügung zu stellen, auf welche die Patienten ihre Wahlentscheidungen abstützen können; aber auch durch die (be-

«Es besteht noch immer eine Debatte darüber, auf welchen Ebenen des Systems der Leistungseinkauf stattfinden soll.»

schränkten) Auswahlmöglichkeiten, die durch die Einkaufsentscheidungen der Primary-Care-Trusts im Namen der Patienten zu Stande kommen. Bei der ergebnisorientierten Vergütung werden die Preise auf der Basis eines nationalen Tarifsystems bestimmt; theoretisch besteht also kein Preis-, sondern nur ein Qualitätswettbewerb. Unter diesen Umständen besteht das Risiko, dass die Leistungseinkäufer Leistungsangebote und Qualitätsstandards auswählen, die nicht denen entsprechen, welche die Patienten selber wählen würden.

Und schliesslich kann die angestrebte Verlagerung in Richtung *Prävention und besseres Management von chronischen Langzeiterkrankungen* (z.B. Diabetes, koronare Herzkrankheiten und Depression), so lobenswert sie sein mag, daran schei-

tern, dass die dafür nötigen Ressourcen nicht bereitgestellt werden können. Wenn die Public-Health-Anliegen angegangen und ein wirksames Case-Management eingeführt werden soll, wird dies, so fürchten viele NHS-Manager, einen grossen Teil jener Ressourcen (Geld und Personal) erfordern, die zurzeit dazu bestimmt sind, im akuten Spitalbereich die von der Regierung gesetzten neuen Ziele zu erreichen (nämlich die Durchlaufzeit vom Termin beim Hausarzt über die Diagnostik bis zur ambulanten und stationären Spitalaufnahme bis im Jahr 2008 auf ein Maximum von 18 Wochen und einen Durchschnitt von 9 Wochen senken).

Diese Einschätzung kann natürlich zu pessimistisch sein. Meine Aufgabe innerhalb jener Region mit dem landesweit effizientesten Akutsektor besteht darin, die Reformen einzuführen und dabei die angestrebten Ziele zu realisieren und den Fallstricken auszuweichen. Wir glauben, dass sich die vermehrte Konkurrenz im Akutsektor via neue Marktteilnehmer (der PCT von Süd-Yorkshire ist vor kurzem einen 5-Jahres-Vertrag mit einem privaten Anbieter von Wahleingriffen eingegangen) positiv auswirken wird; ebenso die Überführung aller NHS-Spitäler in selbstständige Unternehmen auf den Januar 2005. Tatsächlich haben sich die Aufenthaltszeiten bei primären Hüft- und Knieoperationen infolge der Aussicht auf mehr Wettbewerb und infolge des Trends, Leistungen unter dem offiziellen Tarif anzubieten, bereits signifikant verkürzt. Die ergebnisorientierte Vergütung führt zu transparenteren Finanzflüssen zwischen PCTs und Akutspitalern und dazu, dass sich die Akutversorger selber viel aggressivere Effizienzziele setzen. Die Patienten und die Öffentlichkeit der Region werden via Internet-Umfragen viel stärker in die Prioritätensetzung einbezogen, aber auch in die Gestaltung, Erbringung und Evaluation von Leistungen sowie (via Mitgliedschaft beim lokalen Foundation-Trust [siehe *Kasten*]) in die Unternehmensführung. Diese Vorteile haben umgekehrt auch neuen Raum

und neue Anreize für den NHS geschaffen, sich – vermutlich zum ersten Mal – einigen der wichtigsten Morbiditäts- und Mortalitätsproblemen sowie Problemen der Ungleich-

«Die Public-Health-Anliegen könnten jene Ressourcen beanspruchen, die zurzeit für den Akutspitalbereich bestimmt sind.»

behandlung im Gesundheitsbereich zuzuwenden.

Noch ist allerdings ungewiss, ob all die Veränderungen dazu dienen, die Qualität der erbrachten Leistungen nachhaltig zu erhöhen und auch eine höhere Patienten- und Bevölkerungszufriedenheit sicherzustellen; und ob sie den Wunsch der Regierung erfüllen, die Wählerschaft davon zu überzeugen, dass ihre Investitionen und Reformen letztlich erkennbare Verbesserungen im NHS bewirkt haben. – Die Zeit und der Ausgang der nächsten allgemeinen Wahlen werden es weisen. ■

Autor:

Mike Farrar

Chief Executive

South Yorkshire Strategic Health Authority.

E-Mail: mike.farrar@sysha.nhs.uk

Übersetzung aus dem Englischen:

Rita Schnetzler

The english version of this article is available in the internet:
www.ManagedCareInfo.net

Everywhere the same? – Zum Spannungsfeld zwischen Ärzten und Management

Ärzte sehen sich heute international mit tiefgreifenden Veränderungen ihres Berufsbildes konfrontiert. Die Schuld dafür wird gerne dem Management zugeschoben. Doch sind die Manager wirklich schuld? Und wie lassen sich Konflikte vermeiden?

Christof Schmitz¹

Die Gesundheitssysteme sind europaweit im Wandel. Auch die Rahmenbedingungen für Ärzte ändern sich: Einerseits müssen die so genannten psychologischen Verträge zwischen den Medizinern und ihren Arbeitgebern umgeschrieben werden. Andererseits sehen sich die Ärzte in Institutionen mit einer zunehmenden Bedeutung des Managements konfrontiert. Dieser Beitrag beleuchtet Hintergründe, Zusammenhänge und Auswirkungen dieser internationalen Entwicklungen und schlägt Lösungsstrategien vor.

Psychologische Verträge aufgekündigt

«The unhappy doctor»: Unter diesem Stichwort werden die geänderten Rahmenbedingungen für Ärzte in England diskutiert. Im Kern geht es darum, dass die so genannten psychologischen Verträge zwischen Ärzten und Institutionen nicht mehr stimmen. Mit psychologischem Vertrag ist gemeint, dass jeder Mensch mit seinem Arbeitgeber neben dem

juristischen Arbeitsvertrag auch ein implizites Geschäft abschliesst. Dieses definiert auf ganz grundsätzlicher und impliziter Ebene, welche Beiträge jemand zu leisten bereit ist und was er dafür an Anreizen und Gegenleistungen erwartet. Ich gebe beispielsweise Leistungsbereitschaft, Einsatz und Verzicht auf Freizeit, dafür erhalte ich Zugang zu lukrativen Beschäftigungen, kann einer spannenden Tätigkeit nachgehen, kann mich weiterentwickeln, weiss mich sicher oder Ähnliches. Ändern sich wichtige Rahmenbedingungen, so sind oftmals die psychologischen Verträge umzuschreiben. Wenn etwa ein Unternehmen, wie es sich in den Neunzigerjahren zusehends zeigte, nicht mehr lebenslange Beschäftigung bieten kann, fällt ein für viele Mitarbeitende wichtiges Merkmal des psychologischen Vertrages weg. Die Frage ist dann natürlich: Was tritt an dessen Stelle? Wie sieht der neue Vertrag aus?

Wir können vermutlich gegenwärtig bei Assistenzärzten eine solche Umschreibung (Re-Writing) beobachten: Nachdem nicht mehr garantiert erscheint, dass jahrelanger Verzicht auf Lebensqualität durch spätere lukrative Positionen abgegolten werden wird, geht die Bereitschaft, diesen Verzicht zu leisten, zurück. Entsprechend wird Arbeitszeit zum Thema. Solche Beispiele lassen sich viele finden. Die damit verbundenen Transformationsphasen sind meist heikel und konfliktreich.

Die *Tabelle* zeigt, wie in der englischen Diskussion der «alte» psychologische Vertrag mit den Medizinern umrissen wird.

Die relative Stimmigkeit dieses Vertragsmodells wird nun durch zusätz-



Christof Schmitz

liche Herausforderungen gefährdet:

- Mehr Rechenschaftspflichten
 - Stärker an Patienten orientierte Versorgung
 - Höhere Ansprüche der Patienten
 - Intensivierte Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und weiteren Berufsgruppen, um die Qualität zu verbessern
 - Evaluationen in Nicht-Fachtermini und aus Patientenperspektiven
 - Zunehmende Kultur wechselseitiger Beschuldigungen (und damit Durchbrechung der bislang bestehenden professionellen Etikette).
- Viele der genannten neuen Herausforderungen – Rechenschaftspflichten (Transparenz), Messungen, Legitimationen und Beurteilungen aller Art, die den Kontext des Arztseins heute mitbestimmen – sind typische Managementthemen. Management kommt immer dann ins Spiel, wenn es um knappe Ressourcen in unruhi-

¹ Dr. Christof Schmitz ist Inhaber der Firma Corporate Pragmatics in Zürich und Mitglied der Geschäftsleitung des College-M in Bern.

Tabelle:

Der alte psychologische Vertrag mit den Medizinern [1]

Was Ärzte geben:

- Sie opfern die Möglichkeit, früh gut zu verdienen, und arbeiten viel und hart.
- Sie kümmern sich um Patienten.
- Sie bemühen sich um «gute» Betreuung (wie sie sie selbst definieren!).

Was sie erhalten:

- Akzeptable Entlohnung
- Später: akzeptable Work-Life-Balance
- Autonomie
- Arbeitsplatzsicherheit
- Soziale Anerkennung und Respekt

gen Umwelten geht und wenn Steuerungsbedarf entsteht (und Verwaltung nicht mehr ausreicht), wie dies in den Gesundheitssystemen heute der Fall ist.

Medizin und Management

Die Ärzte sehen sich also nicht nur mit der Aufkündigung ihrer psychologischen Verträge konfrontiert, sondern auch mit einer zunehmenden Bedeutung des Managements. Wie aber vertragen sich Management und Medizin?

Aus der Organisations- und Führungsforschung wissen wir, dass sich so genannte «professionelle Organisationen» oder Expertenorganisationen², wie es Spitäler und andere Institutionen im Gesundheitsbereich sind, nur in begrenztem Ausmass Führung zumuten lassen wollen. Im Unterschied etwa zu Industriebetrieben und Banken bevorzugen sie es, ihr professionelles Selbstbild zu inszenieren und zu verwalten. Professionen beziehungsweise Experten mögen es nicht, wenn ihr Selbstbild («Was unterscheidet mich vom Laien?») hinterfragt wird, denn das könnte ihre Autorität beschneiden. Ohne Führung kann das Selbstbild weiterhin als «Institution», das heisst als bereits gefundener, keinesfalls zu thematisierender Konsens, begriffen werden. Führung aber sucht früher oder später nach jenen Ungewissheiten, die zum Grundstein für die nächsten Innovationen werden können.

Eine klassische strategische Managementfrage lautet: What business are we in? Diese Frage impliziert Definitions-, Gestaltungs- und Innovationsmöglichkeiten, welche wettbewerbsrelevante Unterschiede hervorbringen. Wird die besagte Ungewiss-

heit negiert, wie dies in professionellen Organisationen oft der Fall ist, ergibt sich «ein Verzicht sowohl auf das Selbstverständnis als Organisation als auch auf den Bedarf nach Führung» [2]. Das geht so lange gut, wie der Konsens nicht (z.B. via Kosten, via Ethik, via Wissen) von aussen aufgekündigt wird. Im Gesundheitswesen aber wird dieser Konsens heute aus vielfältigen sozialen und ökonomischen Gründen aufgekündigt. Dies zwingt die Institutionen, Führung zu akzeptieren.

Es ist also nicht einfach das Management, das auf «abwegige» Gedanken kommt, sondern es ist die Gesellschaft, die hinsichtlich Ethik, Kosten und Akzeptanz ärztlicher Autorität den unbefragten Konsens aufkündigt. Management spielt aber natürlich eine wichtige Rolle in der Aushandlung und Ausgestaltung dieses Wandels; das gilt insbesondere auch hinsichtlich der Umschreibung der psychologischen Verträge. Dies führt dazu, dass sich die verschiedenen Probleme auf die Beziehung Medizin/Management projizieren können.

Une danse macabre?

Wir wissen aus der Organisationsforschung, dass professionelle Organisationen durch eine eigene Dynamik gekennzeichnet sind, die sich dem Ringen um Einfluss durch die sie konstituierenden Subgruppen verdankt [3]. Diese Subgruppen sind in Gesundheitsinstitutionen typischerweise:

- Experten (z.B. Ärzte)
- Leader (z.B. Klinik-/Spitalleitung)
- Manager (Controller u.ä.)
- Hilfspersonal (Support Staff).

Die Experten verfügen in professionellen Organisationen über zentralen

Einfluss. Sie betreiben den Kern des Geschäftes und prägen mit ihrem Selbstverständnis die Organisation. Indem sich die Führung (via Leader) stärker behauptet, beginnen sich die Kräfteverhältnisse zu verschieben. Wenn es nun nicht gelingt, Brücken zu bauen, welche Experten- mit Managementwissen verschmelzen lassen, tun sich unheilige Konfrontationen auf. Medizinische Fachpersonen erleben dann Management oftmals als unfachliches und unangemessenes Eingreifen in ihre professionellen Sphären. Sie fühlen sich mit ihren Anliegen nicht ausreichend berücksichtigt und sehen sich in ihrer Autonomie bedroht. Die daraus resultierenden Konflikte münden leicht in eine Polarisierung zwischen Medizin und Management, verbunden mit den entsprechenden Kulturen der gegenseitigen Abwertung.

Internationale Gültigkeit

Der beschriebene «danse macabre» zwischen Medizin und Management findet, wie unsere Forschung zum Thema «Managing professionals» in der Schweiz, in Deutschland und in England zeigt³, überall in relativ ähnlicher Weise statt. Dies ist angesichts der Unterschiede zwischen den Systemen durchaus bemerkenswert. Die berufsgruppenspezifischen professionellen Orientierungen sind offenbar wichtiger als national-kulturelle oder gesundheitssystembezogene Einflüsse. Dieser Befund wird von verschiedenen anderen Studien bestätigt. Flapsig und in Anlehnung an Gertrude Stein formuliert: Ein Mediziner ist ein Mediziner ist ein Mediziner, egal ob hierzulande, in England oder anderswo; dasselbe gilt auch für die Pflege und für Manager.

² «Professionelle Organisationen» oder Expertenorganisationen sind Organisationen, in denen Experten eine zentrale Rolle spielen und mit ihrem Selbstverständnis das Selbstverständnis der Organisation prägen. Beispiele sind Behörden, Armeen, Opernhäuser, Redaktionen, Schulen, Universitäten und nicht zuletzt Spitäler.

³ Das Forschungsprojekt «Managing Professionals/Professionals managing» wird von der WHI (Winterthur Health Initiative, beschäftigt sich mit gesamteuropäischen Fragen des Gesundheitswesens) finanziert. Das explorative Projekt untersucht am Beispiel ärztlicher Direktoren in der Schweiz, in Deutschland und in England erfolgreiche Formen des Managements durch Mediziner. Die Ergebnisse werden Ende 2004 publiziert.

Wie weiter?

Um das Konfliktpotenzial zwischen Medizin und Management zu entschärfen, empfehlen sich die folgenden Strategien:

■ Ärzte sorgfältig ins Management einbeziehen, da andernfalls ungesunde Polarisierungen drohen (und da es ohne die Ärzte nicht geht)⁴

⁴ Die diesbezüglichen Erfahrungen sind in verschiedenen europäischen Ländern unterschiedlich. In England neigt man beispielsweise zurzeit dazu, Management wieder vermehrt von Nicht-Medizinerinnen wahrnehmen zu lassen, nachdem es entweder nicht ausreichend gelungen ist, Mediziner zu motivieren, oder nachdem sich (wie es hinter vorgehaltener Hand formuliert wird) die Mediziner nicht so verhielten, wie es von der Managementseite gewünscht war.

■ integrative Ansätze verfolgen, das heisst so führen, dass die Prozesse vor die Strukturen gestellt werden und Formen und Praktiken gefunden (erfunden) werden, die den prekären Einflussverhältnissen Rechnung tragen (das erwähnte Forschungsprojekt «Managing Professionals» hat hierzu Material gesammelt)

■ grosse kulturelle Sensibilität beweisen, um Brücken bauen zu können, statt in die Fallen von Ungeduld, Abwertung und Kategorisierungen zu tappen

■ mit Ungewissheitszumutungen an die Experten sorgsam umgehen. ■

Autor:
Dr. Christof Schmitz

Corporate Pragmatics
Attenhoferstrasse 16
8032 Zürich

E-Mail: cschmitz@corprag.ch

Literatur:

1. Edwards, N. et al.: *Unhappy Doctors: what are the causes and what can be done?* BMJ 2002, 324: 835-838.
2. Baecker, D.: *Organisation und Management*. Frankfurt 2002.
3. Sveiby, K.: *The New Organizational Wealth*. San Francisco 1997.
4. Degeling, P. et al.: *Medicine, management, and modernisation: a «danse macabre»?* BMJ 2003; 326: 649-652.

Managed Care – keine Lösung für die Probleme des Gesundheitswesens

Managed Care hat in den USA anfangs grosse Hoffnungen geweckt. Doch die Hoffnungen wurden enttäuscht. Europa sollte aus dieser Erfahrung lernen, meint der Autor.

Otmar Kloiber¹

Es sei vorweggenommen: Dass wir uns im Gesundheitswesen mit Managementfragen befassen

müssen und dass im Gesundheitswesen Reform- beziehungsweise Verbesserungs- und Erneuerungsbedarf besteht, soll hier nicht in Frage gestellt werden. Zur Diskussion steht hier vielmehr der von den USA ausgehende und auch dort inzwischen heftig kritisierte Ansatz von Managed Care. Managed Care ist ein Versorgungskonzept, das in den USA von Unternehmen (Managed-Care-Organisationen/MCOs) angeboten wird und das eine eingeschränkte Wahlfreiheit der Patienten beinhaltet: Sie dürfen nur die von der MCO unter Vertrag genommenen Gesundheitsleistungsanbieter und die von der MCO definierten Gesundheitsleistungen beanspruchen. Partner der Versicherungsnehmer sind dabei in den USA meist die Arbeitgeber, die ihren Angestellten üblicherweise neben dem Lohn auch eine Krankenversicherung (oder idealerweise die Auswahl zwischen mehreren Krankenversicherun-



Otmar Kloiber

gen) anbieten. Die Leistungsträger, beispielsweise Ärzte und Krankenhäuser, stehen dabei in einem direkten Vertragsverhältnis mit der MCO.

Grosse Hoffnungen

Managed Care wurde in den USA in

¹ Der Autor ist seit 1997 als Dezernent der Deutschen Bundesärztekammer für dezernatsübergreifende Grundsatzfragen und die internationale Zusammenarbeit zuständig; seit 2002 ist er stellvertretender Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer. Seit 1991 engagiert er sich in den folgenden Gremien: Weltärztebund, Ständiger Ausschuss der Europäischen Ärzte, Symposium der Mittel- und Osteuropäischen Ärztekammern und Europäisches Forum der Ärzteverbände und der WHO (Schwerpunkte: Entwicklung der ärztlichen Ethik in Grundsatzfragen und der Einfluss der Gesundheitssystemorganisation auf die ärztliche Versorgung).

den Neunzigerjahren als Antwort auf die Clinton-Bemühungen zur Einführung eines Systems der so genannten Managed Competition («gemanagter Wettbewerb») als Lö-

«Auch für die Patienten brachte Managed Care vordergründig einen entscheidenden Vorteil.»

sungsstrategie vorgeschlagen. Dass sich diese Strategie durchsetzen konnte, hatte verschiedene Gründe: Einerseits weist der Managed-Competition-Ansatz selbst massive theoretische Probleme auf. Andererseits erweckte die geheimniskrämerische Art der Reformplanung unter Hilary Clinton Besorgnis, nicht nur bei der Versicherungsindustrie, sondern auch bei den Ärzten und Krankenhäusern. Sowohl Versicherungen als auch Leistungsträger fühlten sich im Modell «Managed Competition» unter staatlicher Kommandowirtschaft und zogen Managed Care als die vermeintlich einzige akzeptable, weil marktwirtschaftliche Alternative vor. Auch für die Patienten brachte Managed Care vordergründig einen ent-

«Faktisch wurden die Ärzte zu Scheinselbstständigen.»

scheidenden Vorteil gegenüber ihrer früheren Situation. So war der Gang zum Arzt bisher für viele Amerikaner alleine deshalb ein Problem, weil sie teilweise hohe Behandlungskosten vorstrecken oder um Zahlungsaufschub bitten mussten. Eine ärztliche Behandlung, der Aufenthalt im Krankenhaus, eine Rehabilitation waren für viele mit einer erheblichen wirtschaftlichen Belastung oder einer unwürdigen Bittstellerei verbunden. Das mit Managed Care eingeführte flächendeckende Sachleistungsprinzip (Anspruch auf Behandlung zu Lasten des Versicherungsträgers anstelle der Erstattung ausgelegter [leihweise bezahlter] Honorare) wurde als echte Erleichterung empfunden.

Die grossen Probleme des amerikanischen Gesundheitswesens, die massive Kostensteigerung, die Unterversorgung von rund 40 Millionen Amerikanern, die Intransparenz des Systems und die angeblich schlechte Qualität sollten, wollte man der Industrie glauben, mit Managed Care in den Griff zu bekommen sein.

Hoffnungen enttäuscht

Über ein Jahrzehnt Managed Care auf breiter Front zeigt nun aber, dass sich die Hoffnungen nicht erfüllt haben und wahrscheinlich auch nie erfüllen werden.

Auf der Ärzteseite schlug die anfänglich positive Haltung gegenüber Managed Care schnell in Sorge um die ärztliche Unabhängigkeit und professionelle Autonomie um. Zwar blieb die wirtschaftliche Selbstständigkeit für viele Ärzte formell erhalten, faktisch wurden die Ärzte jedoch (besonders in den vielen Regionen, in denen nur wenige oder gar nur eine MCO vertreten waren) zu Scheinselbstständigen, die ein unter strikt ökonomischen Gesichtspunkten gesteuertes Medizinprogramm abzuarbeiten haben. Anfangs scheuten die MCOs nicht einmal davor zurück, den Ärzten in so genannten «Gag-Rules» («Würgeklauseln») vertraglich zu untersagen, die Patienten über alternative, bessere, aber vielleicht teurere Behandlungsverfahren aufzuklären. Rationierung ist, wenn auch verdeckt, ein fester Bestandteil von Managed Care.

Auch auf Patientenseite wuchs mit der Zeit die Erkenntnis, dass Managed Care gravierende Leistungseinschränkungen mit sich brachte. Erst dies erzeugte die wachsende Unzufriedenheit der Versicherten gegen Managed Care.

Gründe für das Scheitern

Dass Managed Care im Hinblick auf das gesellschaftliche Ziel einer ausreichenden, preiswerten und qualitativ hochwertigen Versorgung für alle scheitern musste, liegt an verschiedenen kardinalen Fehlern, die diesem Ansatz innewohnen:

1. Managed Care geht von einem rein marktwirtschaftlichen Ansatz aus. Dies bedingt mehrere Annah-

men, die auf das Gesundheitswesen nicht zutreffen:

a. Managed Care basiert auf Wettbewerb. Wettbewerb kann aber nur dann fair – und damit produktiv – stattfinden, wenn zwischen den Akteuren eine Chancengleichheit besteht. Die tiefe Asymmetrie der Marktmacht zwischen den Managed-Care-Organisationen (MCOs) als Einkäufer von Leistungen und den Leistungsträgern verhindert per se ausgeglichene Verträge.

«Rationierung ist, wenn auch verdeckt, ein fester Bestandteil von Managed Care.»

b. Marktmechanismen werden nur dann für den Kunden wirksam, wenn der Kunde eine Souveränität als Käufer besitzt. Er muss tatsächlich in der Lage sein zu bestimmen, was er mit seinem Geld machen möchte. Diese Käufer-

Anmerkung der Redaktion:

Der vorliegende Artikel bezieht sich auf die Entwicklung von Managed Care in den USA. In der Schweiz wird der Begriff «Managed Care» heute als Synonym für alle Bestrebungen zur integrierten Versorgung verwendet. *«Integrierte Versorgung heisst, dass Gesunderhaltung und Prävention, Behandlung und Betreuung, Nachsorge und Rehabilitation zu einem einheitlichen Ganzen verknüpft sind. ... Herausragende Unterschiede zur heute vorherrschenden Selbstorganisation der einzelnen Akteure sind der höhere Vernetzungsgrad und die bessere Steuerbarkeit integrierter Versorgungssysteme.»** Die Leistungserbringer (z.B. Ärztenetzwerke, HMO-Praxisteam) und die Krankenkversicherer beziehungsweise deren Managed-Care-Organisationen verstehen sich heute in der Schweiz als gleichwertige Partner, welche die Managed-Care-Modelle gemeinsam weiterentwickeln. Managed Care bedeutet mithin in den USA etwas anderes als in der Schweiz. (rs)

* Quelle: Peter Berchtold et al.: Was ist integrierte Versorgung – Eine Begriffsklärung. Managed Care 6/04: 5–9.

souveränität ist für den Patienten (auch) im System Managed Care so gut wie inexistent, denn am Ende ist er im Extremfall sogar krank und braucht dringende Hilfe.

- c. Managed Care wird in den USA im Wesentlichen zwischen Arbeitgebern und MCOs ausgehandelt. So ist auch der Versicherte ein Abhängiger, ihm bleiben in der Regel nur marginale Wahlmöglichkeiten.
2. Die Instrumente von Managed Care sind so ausgerichtet, dass nicht die Behandlung des Patienten oder deren Verbesserung im Vordergrund

«Die tiefe Asymmetrie der Marktmacht zwischen MCOs und Leistungsträgern verhindert per se ausgeglichene Verträge.»

stehen, sondern rein ökonomische Ziele:

- Selektive Verträge sichern die Dominanz und damit die Prozessherrschaft der MCOs.
 - Positivlisten (formularies), Behandlungsgenehmigungen vor der Behandlung (pre-utilization reviews) und zum Teil sogar bei Verfahrenswechseln während der laufenden Operation (concurrent reviews), Häufigkeitsanalysen für Verordnungen und Leistungen einzelner Ärzte (post-utilization reviews) dienen der Kosteneinsparung.
 - Qualitätszeugnisse (report cards) dienen im Wesentlichen der Vermarktung der Versicherungsleistungen.
3. Die Dominanz der MCOs unterstellt alle wirtschaftlich nachfolgenden Aktivitäten und Akteure (und damit auch das ärztliche Handeln) dem Profitstreben der MCOs. Die nach ärztlicher Ethik durch Sorge geprägte Patienten-Arzt-Beziehung wird damit Teil einer Wertschöpfungskette. Die ursprünglich im Vordergrund stehende Krankheit oder das Leiden des Patienten treten in

den Hintergrund. Euphemistisch wird die Sorge um den Patienten durch eine «Gesundheitspflege» für den Klienten (Kunden) ersetzt. Fatalerweise verbietet gerade das US-amerikanische Kartellrecht den niedergelassenen Ärzten den (ihre Marktmacht potenziell stärkenden) Zusammenschluss zu Anbietergemeinschaften, da dies als eine den Wettbewerb verzerrende Kartellbildung angesehen wird.

Transfer nach Europa?!

Wir Europäer, besonders wir Deutschen, haben eine tragikomische Neigung dazu, falsche Lösungen für bei uns nicht existierende Probleme aus dem Ausland zu importieren. Der Managed-Care-Ansatz ist nur ein Beispiel für einen solchen misslungenen Transfer, die Diagnosis Related Groups als Methode der Krankenhausfinanzierung sind ein anderes Beispiel. Es gelingt uns offenbar nicht, unsere Probleme sauber zu identifizieren und dafür Lösungen zu kreieren. Stattdessen kopieren wir Modelle, die weder zu unserer kulturellen, noch zu unserer wirtschaftlichen und sozialen Situation passen, fatalerweise meist auch noch zu einem Zeitpunkt, zu dem sie sich in ihrem Herkunftsland bereits als untauglich erwiesen haben. Der Deutsche Bundestag hat den Ärzten in Deutschland per Gesetz evidenzbasierte Verfahren als Mass-

«Die Käufersouveränität ist für den Patienten (auch) im System Managed Care so gut wie inexistent.»

stab vorgeschrieben. Würden sich die Gesundheitspolitiker selbst an diesem Massstab orientieren – manch teurer und schmerzhafter Fehlgriff bliebe uns erspart.

Es wäre naiv zu glauben, das Gesundheitswesen eigne sich nur als Betätigungsfeld für selbstlose Menschen. Eigene Interessen der Leistungsträger im Gesundheitswesen

und auch der Versicherungen sind keineswegs als negativ anzusehen, sie sind auch im Gesundheitswesen quasi die Triebfeder für Leistung und Qualität. Für eine gute Leistung gut bezahlt zu werden ist gerecht, danach zu streben legitim und gesellschaftlich wünschenswert.

Das Gesundheitssystem muss dabei aber die Balance zwischen individuellen und gesellschaftlichen Zielen finden. Die Sorge um kranke Menschen, sozialer Ausgleich, flächendeckende Versorgung sowie ein diskriminationsfreier Zugang zu einer effizienten Behandlung müssen nöti-

«Die Patienten-Arzt-Beziehung wird Teil einer Wertschöpfungskette.»

genfalls auch gegen Profitinteressen durchgesetzt werden. – Managed Care kann das nicht. Im Gegenteil: Managed Care führt, wie die US-amerikanischen Erfahrungen zeigen, zu einer Profitorientierung des Gesundheitswesens, welche nicht nur die mit dem Gesundheitswesen verbundenen sozialen Aufgaben, sondern auch die Qualitätsziele des Gesundheitswesens nachhaltig gefährdet. Anders als versprochen hat Managed Care in den USA nicht zu einer wirtschaftlicheren, sondern zu einer permanent sich verteuernenden Gesundheitsversorgung bei gleichzeitig eingeschränkten Leistungen für die Patienten geführt. ■

Autor:
Dr. med. Otmar Kloiber
Stv. Hauptgeschäftsführer
der Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der Deutschen
Ärztekammern
Herbert-Lewin-Platz 1
D-10623 Berlin
E-Mail: otmar.kloiber@baek.de

Managed Care – eine (ökonomische) Notwendigkeit im Interesse der Solidargemeinschaft

Die Versicherungsprämien spielen im zunehmenden Wettbewerb auf den Krankenversicherungsmärkten in der Schweiz und in Deutschland, aber auch in anderen Ländern, eine immer wichtigere Rolle. Sie beeinflussen entscheidend die Zahl und die Risikostruktur der Versicherten – und hiermit das langfristige Überleben des Versicherers. Doch die Versicherer können ihre Gesundheitsausgaben und damit die Prämien nur sehr begrenzt beeinflussen.

Bernhard J. Güntert

Die aktuell vorgeschlagenen Gesundheitsreformen bringen den Krankenversicherern wenig Spielraum. Die Strategie der kleinen Schritte zur Reform des KVG in der Schweiz entpuppt sich immer mehr als Strategie der «Nicht-Reform». In Deutschland wird versucht, mittels Disease-Management-Programmen und Modellversuchen zur integrierten Versorgung den möglichen negativen Auswirkungen des neuen DRG-Systems zu begegnen. Andere von Krankenversicherern seit langem geforderte, von Ärzten aber vehement

bekämpfte Reformen, wie Aufhebung des Kontrahierungszwangs und verbesserte Möglichkeiten der Versicherer zur Kostenlenkung im Interesse des Versichertenkollektivs, werden nicht umgesetzt. Dies obwohl sie wichtige Elemente der mit den jüngsten Gesetzesrevisionen sanktionierten Marktmechanismen im Gesundheitswesen wären. Erst diese Massnahmen würden es den Krankenversicherern erlauben, in einen für die Versicherungsnehmer interessanten Wettbewerb, der über die Prämie hinausgeht und auch Leistung, Qualität und Service umfasst, zu treten.

Prämienwettbewerb

Seit die Krankenversicherer untereinander im Wettbewerb stehen, ist die Prämienhöhe eine zentrale Grösse. Mit ihr wird – wie differenzierte Auswertungen der Kassenwechsel zeigen – massgebend die Anzahl der Versicherten, aber auch die Risikostruktur beeinflusst.

Wovon hängt die Prämie ab?

Die Höhe der Krankenversicherungsprämien ist eine Funktion verschiedener Faktoren. Etwas vereinfacht kann dies wie folgt dargestellt werden:

Prämienhöhe = f (Anzahl Versicherungsnehmer, relatives Risiko des Versichertenkollektivs, erbrachte Gesundheitsleistungen, Leistungsangebot, Preis/Tarif, Selbstbeteiligung, Risiko(struktur)ausgleich, Reserven, Verwaltungskosten)

Welchen Einfluss haben die Versicherer?

Da sich unter den heutigen Rahmenbedingungen die Krankenversicherungsprodukte nur wenig unter-



Bernhard J. Güntert

scheiden und die Servicequalität kaum beurteilt werden kann, wird der Krankenversicherungsmarkt immer mehr zu einem Preismarkt. Die *Anzahl der Versicherten* ist daher ein Resultat der Prämienhöhe und weitgehend über die Prämienhöhe beeinflussbar.

Mit der gesetzlichen Versicherungspflicht soll eine *Risikoselektion* durch die Krankenversicherer verhindert werden. Der Risiko(struktur)ausgleich zwischen den Versicherern soll die Attraktivität einer Risikoselektion weiter reduzieren. Eine kritische Analyse von Werbung und Marktbearbeitung der Krankenversicherer zeigt jedoch, dass viele Versicherer klar zielgruppenspezifisch vorgehen und damit durchaus eine Risikoselektion betreiben. Zudem versuchen in der Schweiz immer mehr Versicherer über ein Konstrukt verschiedener rechtlich unabhängiger, aber administrativ miteinander verbundener Kassen Prämienhöhe und Risikostruktur bewusst zu beeinflussen, aus der langfristigen Perspektive der

Solidargemeinschaft eine äusserst problematische Strategie! Damit optimieren die Krankenversicherer kurzfristig ihre Marktposition. Das Grundproblem der Krankenversicherung, die andauernde Kostensteigerung, wird jedoch nicht gelöst.

Der Gestaltungsspielraum der Krankenversicherer auf der Kostenseite ist stark eingeschränkt. Die Entscheidungen über die konkrete *Leistungserbringung* liegen bei den behandelnden Health-Professionals. Diese orientieren sich an medizinischen und pflegerischen Notwendigkeiten, also am diagnostizierten Krankheitsbild, an den physischen, psychischen und sozialen Ressourcen der Patienten und an den medizinischen Standards. Daneben haben aber auch das bestehende medizinische und pflegerische *Leistungsangebot* sowie bestehende Arbeitsbeziehungen zwischen Health-Professionals einen grossen Einfluss auf die Behandlungsentscheidungen. Der Einfluss der Versicherten auf diese Entscheidungen ist, trotz aller Bemühungen um Mündigkeit der Patienten (z.B. durch Information, aber auch durch Selbstbeteiligung), eher gering. Zudem denken Patienten – als direkt von Krankheit und Schmerz Betroffene – verständlicherweise zuerst an sich selbst. Die Perspektive des Versichertenkollektivs ist dabei zweitrangig.

Die Krankenversicherer müssen die Leistungsentscheidungen der Health-Professionals unter den bestehenden Rahmenbedingungen (Kontrahierungszwang) weitestgehend finanziell nachvollziehen, ohne darauf viel Einfluss nehmen zu können. Eine bessere Integration der verschiedenen Leistungsanbieter, die Information und Schulung von Versicherungsnehmern, eine Förderung evidenzbasierter Entscheidungen, aktives Qualitätsmanagement oder die Nutzung kosteneffektiver Behandlungs- und Pflegealternativen sind nur sehr eingeschränkt möglich.

Auch auf das *Preisniveau* haben einzelne Krankenversicherer kaum Einfluss. Tarifstruktur und Taxpunktwerte werden auf der übergeordneten Ebene der Standesorganisationen auf dem Verhandlungsweg, teilweise ba-

sierend auf betriebswirtschaftlichen Untersuchungen, festgelegt. Damit wird – sicher auch im Interesse des schwächsten Marktpartners, des Patienten – die Preisbildung im (freien) Spiel von Angebot und Nachfrage ausgehebelt.

Gesetzlich festgelegt sind auch *Selbstbeteiligung*, *Risiko(struktur)ausgleich* und *Mindestreservesatz*.

Als weitere Grösse auf der Kostenseite bleiben die *Verwaltungskosten*. Diese machen in der Schweiz etwa 8 Prozent des Umsatzes aus. Aber auch diese Kosten liegen nur zum Teil im direkten Einflussbereich des einzelnen Krankenversicherers. Viele verwaltungstechnische Anforderungen ergeben sich aus dem Markt beziehungsweise durch Vorgaben der Aufsichtsorgane.

Fazit

Die Analyse zeigt, dass viele Faktoren, welche die Kosten der Krankenversicherer und damit die Prämien beeinflussen, ganz oder zu grossen Teilen fremddeterminiert sind.

Die effektivste Möglichkeit für die Versicherer, die Kostenströme im Gesundheitswesen zu beeinflussen, bestünde in der Steuerung der konkreten Leistungserstellung. Mit Managed-Care-Ansätzen könnten auch die Krankenversicherer, neben den Ärzten, in die Funktion des Agenten treten und die Patienten bei der Auswahl von Gesundheitsleistungen unterstützen, dies unter Mitberücksichtigung der langfristigen Interessen der Solidargemeinschaft.

Dazu gilt es aber die Rahmenbedingungen für Managed Care in den Krankenversicherungssystemen Europas zu verbessern. Ein wichtiges Instrument dafür wäre die Aufhebung des Kontrahierungszwangs. Dadurch ergäbe sich die Möglichkeit, Leistungserbringer auf ein gewisses Entscheidungs- und Betreuungsverhalten und auf die Einhaltung von Qualitäts- und Effizienzstandards zu verpflichten sowie den Versicherten neue Wahlmöglichkeiten zu sichern.

Die Evaluation verschiedener Managed-Care-Instrumente (Case- und Care-Management, Qualitätszirkel, Medikamentenmonitoring, Second

Opinion usw.) zeigt, dass es durchaus gelingen kann, signifikante Einsparungen ohne Qualitätseinbussen zu erzielen. Nicht nur finden kostengünstigere Behandlungsalternativen Anwendung, Managed-Care-Ansätze verbessern auch die Transparenz und die Kommunikation zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern. Dadurch wird die Patientenzufriedenheit gesteigert.

Viele Erfahrungen mit Ärztenetzen, Gesundheitszentren und integrierten Versorgungsmodellen in Deutschland und in der Schweiz sind positiv verlaufen. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass sie nicht, wie viele US-amerikanische Vorbilder, sich nur an ökonomischen Vorteilen orientieren, sondern ganz klar Qualitäts- und soziale Aspekte mitberücksichtigen. Hier müssen die Krankenversicherer durchaus noch dazulernen und taugliche Beurteilungsinstrumente entwickeln. Dazu sind sie jedoch – wie neuere Entwicklungen im Healthcare-Relationship-Management (HRM)¹ zeigen – durchaus bereit. Auf diesem Hintergrund ist es nur schwer zu verstehen, dass in den aktuellen Reformbestrebungen in Deutschland und in der Schweiz wirksame Managed-Care- und Kostenlenkungsinstrumente kaum mehr weiterverfolgt werden. ■

Autor:

**Univ.-Prof. Dr. oec./MHA
Bernhard J. Güntert**

Institutsvorstand
Institut für Management und
Ökonomie im Gesundheitswesen
UMIT – Private Universität
für Gesundheitswissenschaften,
Medizinische Informatik
und Technik

Eduard Wallnöfer Zentrum
A-6060 Innsbruck/Hall i.T.

E-Mail: bernhard.guentert@umit.at

Internet: www.umit.at

Literatur beim Verfasser

¹ Healthcare-Relationship-Management ist das Management der Kundenbeziehungen durch die Krankenversicherer, das insbesondere in Deutschland dank geänderten Anreizen (höhere Beiträge für chronisch Kranke, die an einem Disease-Management-Programm teilnehmen) neuerdings neben dem Anwerben neuer Versicherter auch Bemühungen zur bestmöglichen Versorgung bestehender Kunden umfasst.

Patientenführung: Wenn die Versorgungsnetze es nicht tun ...

von Christian A. Ludwig,
Mitglied des Redaktionsausschusses und des Redaktionellen Beirats der Zeitschrift «Managed Care»



Christian A. Ludwig

Wie merkt ein Patient, dass er in einem integrierten Gesundheitsversorgungsnetz betreut wurde? Auf diese Frage gab kürzlich ein Gesundheitspolitiker die folgende pragmatische Antwort: «Er merkt es daran, dass er für die Behandlung nur eine einzige Rechnung zugestellt erhält.» Tatsächlich muss eine solche Organisation in der Lage sein, einzelne Elemente zu einem Ganzen zusammenzufügen. Hoffentlich ist dem betreffenden Patienten aber auch aufgefallen, dass er dank reibungsloser Zusammenarbeit der beteiligten Fachpersonen «wie aus einer Hand» behandelt wurde. Und wenn die Abläufe schon ideal gestaltet und die einzelnen Dienstleistungen gut aufeinander abgestimmt waren, so müsste sich dies auch in einem besonders vorteilhaften Behandlungsergebnis niedergeschlagen haben.

Für die im schweizerischen Gesundheitsversorgungssystem tätigen Leistungsanbieter gibt es heute kaum Anreize, Dienstleistungen im Verbund zu erbringen. So halten die üblichen Leistungsabgeltungssysteme die Akteure geradezu davon ab, sys-

tematisch zusammenzuarbeiten – Kooperation zahlt sich nicht aus. Wenn aber Leistungen schlecht koordiniert erbracht werden, sind Doppelspurigkeiten oder Versorgungslücken nicht zu vermeiden. Die Behandlungsergebnisse dürften nicht immer optimal ausfallen, wertvolle Ressourcen werden verschwendet. Die Unzulänglichkeiten im Prozessmanagement rufen vermehrt Versicherungsunternehmen und spezialisierte Firmen auf den Plan. Mittels Case-Management- und Disease-Management-Programmen führen sie ihre Versicherten durch das System. Und die Ärzte reiben sich verwundert die Augen: Ist ihre Lotsen- und Mittler-tätigkeit nicht mehr gefragt? Bleibt ihnen in der Patientenführung bald nur noch die Statistenrolle?

Auf die letzte Frage gibt es eine klare Antwort: Nicht, wenn sie die Chance erkennen, die ihnen mit der Revision

«Für die Leistungsanbieter gibt es heute kaum Anreize, Dienstleistungen im Verbund zu erbringen.»»

des Krankenversicherungsgesetzes geboten werden soll: Nach dem Willen des Bundesrates sollen integrierte Versorgungsmodelle gefördert werden. Dies wird eine der letzten Gelegenheiten für die Ärzteschaft sein, sich in der überinstitutionellen Patientenführung zu positionieren. Die Ärztinnen und Ärzte müssen sich wirksam vernetzen und ihr Fach- und Prozesswissen in die Planung und Steuerung der Betreuungsabläufe einbringen. Integrierte Versorgungsnetze werden an ihren qualita-

tiven und finanziellen Ergebnissen gemessen werden, die mitwirkenden Leistungserbringer tragen alle eine Mitverantwortung am Gesamter-

«Die Unzulänglichkeiten im Prozessmanagement rufen vermehrt Versicherungsunternehmen auf den Plan.»»

gebnis. Werden die Ärzte den dafür nötigen Unternehmergeist aufbringen? Oder werden sie die Patientensteuerung künftig doch lieber anderen Fachpersonen und Institutionen überlassen?

**Dr. med. Christian A. Ludwig, M.H.A.,
Chefarzt, Schweizerische Unfallversicherung Suva, Luzern;
Mitglied des Redaktionsausschusses
und des Redaktionellen Beirats der
Zeitschrift «Managed Care»
E-Mail: christian.ludwig@suva.ch**

NETZWERKE – von der VISION zur REALITÄT!

Alle reden von Netzwerken. Niemand wusste bisher, was damit gemeint ist.
Hier finden Sie eine gültige Antwort!

Die Erkenntnisse der Arbeitsgruppe «Vision 08» von med-swiss.net wurden am 23. September 2004 an einer Podiumsveranstaltung in Zürich diskutiert.

Hans Fahrländer, ehemaliger Chefredaktor, konnte als Diskussionsleiter zusammen mit Max-Albrecht Fischer, dem Präsidenten von med-swiss.net, rund 100 interessierte Versicherungsvertreter, Politiker, Pharmavertreter, Pressevertreter sowie Ärztinnen und Ärzte begrüßen. In seinem kritischen Einführungsreferat würdigte Willy Oggier die Bemühungen von med-swiss.net um eine **transparente Netzwerkdefinition** (vgl. *Kasten*) aus gesundheitsökonomischer Sicht und begrüßte die dadurch hervorgerufene Diskussion unter den verschiedenen Beteiligten im Gesundheitswesen. «Die Möglichkeit einer netzwerkindividuellen Ausgestaltung des Leistungskatalogs unter den Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit bereichert den Gesundheitsmarkt und belebt den Wettbewerb», bestätigte er zum Beispiel eine entsprechende Forderung der Arbeitsgruppe. Er betonte aber auch die absolute Notwendigkeit eines gerechten Risikoausgleichs, gerade im Zusammenhang mit der Frage der Aufhebung des Kontrahierungszwangs. Und schliesslich sei bei der Frage der Versorgungsqualität «besonders den kostenintensiven und älteren Patienten die nötige Aufmerksamkeit zu schenken», denn letztlich müsse

«trotz allen ökonomischen Überlegungen der Patient und der Versicherte im Mittelpunkt stehen».

Auf dem **Podium** diskutierten anschliessend Fiona Fröhlich-Egli (Hausärztin, Hausarztnetz Winti-med), Konstantin Beck (Versicherungsmathematiker CSS), Toni Bortoluzzi (Nationalrat, Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit), Willy Oggier (Nationalökonom) und Kurt Kaspar (Hausarzt, Hausarztverein Argomed) und kamen zu folgenden Aussagen:

- Der Arzt¹ ist der einzige Beteiligte im Gesundheitswesen, welcher *medizinische und ökonomische Aspekte* zusammen beurteilen kann.
- Qualität hat für die Patienten erste Priorität. «Ohne Patient läuft nichts!».
- Ein Ärztenetzwerk ist die einzige geeignete Instanz, um *gleichzeitig* die *Qualität* und die *Kosten* einer Behandlung zu kontrollieren.
- Die Verantwortung für die Steuerung kann nicht dem einzelnen Arzt überlassen werden. Das Netzwerk ist der geeignete Rahmen, um die entsprechenden Entscheidungen qualitätsbewusst und für *alle* Beteiligten sicher zu gestalten.
- Die Versicherer stellen fest, dass die Kosten im Rahmen der Zusammenarbeit mit Netzwerken deutlich besser kontrolliert werden können, als wenn sie die Kontrolle direkt selber übernehmen.
- Die Versicherer begrüßen es, wenn Hausärzte selber als Unternehmer auftreten.
- Ärztenetzwerke mit ökonomischer Mitverantwortung sind am besten geeignet, um den unterschwellig permanent vorhandenen Verdacht der Versicherten, der Versicherer und der Politiker auf Mengenausweitung zu widerlegen.
- Die neuesten Umfragen zeigen, dass die freie Arztwahl für die Bevölkerung erste Priorität hat. Die Möglichkeit, sich in einem Netzwerk versichern zu lassen, mit zwar eingeschränkter Arztwahl, aber erheblichen anderen Vorteilen, ist bei der Bevölkerung noch zu wenig bekannt.
- «Wenn es nur um Gesundheitskostensenkung geht, ist Wettbewerb nicht das Mittel erster Wahl!» (Zitat W. Oggier)
- Wettbewerb unter den Netzwerken, aber auch unter den Versicherern, ist als Innovationskraft zu verstehen. Notwenig ist allerdings ein gerechter Risikoausgleich.
- Diskutiert wird auch der «*differenzierte Selbstbehalt*» (konventionell Versicherte: 20 %, Netzwerkversicherte [bei Behandlung im Netzwerk]: nur 10 %). Damit wären mehrere positive Anreize zu erzielen: Der netzwerkversicherte Patient kann seine Prämien reduzieren, und die Versicherer werden motiviert, mit den Netzwerken Verträge abzuschliessen. Damit wird die Attraktivität der Netzwerke verstärkt.

Die wichtigsten Merkmale von Ärztenetzwerken:

Die Arbeitsgruppe «Vision 08»* von med-swiss.net hat die wichtigsten Merkmale von Netzwerken definiert. Zusammenfassend gelangte sie zu den folgenden Merkmalen und Feststellungen:

- Ärztenetzwerke erbringen die Gesundheitsleistungen durch verbindliche Zusammenarbeit untereinander und mit den Kostenträgern. Die Zusammenarbeit beruht dabei auf vereinbarten Verhandlungsprozessen, auf unternehmerischen Organisationsstrukturen und insbesondere auf einer gemeinsamen Betreuungskultur.
- Die medizinischen Abläufe werden aus einer Hand gesteuert.
- Durch eine konsequente Qualitätspflege mit entsprechenden Standards der ärztlichen Tätigkeit wird der Patientensicherheit besonders Rechnung getragen.
- Eine ökonomische Mitverantwortung mit Erfolgs- und Verlustbeteiligung (keine Bereicherung, aber auch keine ruinöse Belastung) ist ein unverzichtbares Element der Steuerung. Die entsprechenden Verträge werden durch die Netzwerke in eigener Regie mit den Versicherern ausgehandelt.
- Ein gerechter morbiditätsbezogener Risikoausgleich ist zwingend notwendig. Nur so ist die Gefahr der Risikoselektion gebannt, können Patienten mit hohen Kosten eingebunden und unternehmensgefährdende Risiken abgewendet werden.
- Bisherige Formen ökonomischer Mitverantwortlichkeit sind der konventionelle Hausarztvertrag (die Kosten des Systemkollektivs werden mit den Kosten des Vorjahres oder mit den Kosten eines konventionell versicherten Referenzkollektivs verglichen) und der Budgetvertrag (die mittels Einzelleistungstarif erstatteten Kosten werden mit einem Budget verglichen, das im Voraus aufgrund diverser Patientenkriterien wie Alter, Geschlecht, Morbidität, Vorjahreshospitalisation und so weiter errechnet wurde.)
- Die finanzielle Hauptverantwortung wird nach wie vor von den Versicherern getragen.

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

Am Schluss stellte sich weniger die Frage, ob noch mehr zu tun sei, als vielmehr: Worauf können wir mit ruhigem Gewissen verzichten, ohne uns zu schaden, wenn wir verhindern wollen, dass unser Gesundheitswesen infolge Unbezahlbarkeit kollabiert?

Vorstand med-swiss.net



¹ Gemeint ist immer auch die weibliche Form

Information und Selbstbestimmung – Ansprüche des modernen Menschen

BürgerInnen möchten besser informiert sein, um über die Therapie mitbestimmen zu können. Dies ist ein Kernresultat der Future-Patient-Studie. Zugleich ist ihnen das Vertrauen zum Hausarzt enorm wichtig. Viele Ärzte sind skeptisch gegenüber informierten Patienten. Was bedeuten diese Studienergebnisse? Interview mit Jen Wang, dem Projektleiter der Studie «The Future Patient in Switzerland».

PatientInnen und BürgerInnen wünschen mehr Informationen. Dies hat sich sowohl im schweizerischen Projekt «The Future Patient in Switzerland» als auch im europäischen Projekt «The European Patient of the Future» gezeigt [1, 2]. In dieser europaweit durchgeführten Studie wurden BürgerInnen und Leistungserbringer in Fokusgruppen und mit einer Telefonumfrage zu wesentlichen Themen im Gesundheitswesen befragt. «Managed Care» hat sich mit Jen Wang, dem Koordinator der schweizerischen Studie¹, darüber unterhalten, wie dieses Informationsbedürfnis zu erklären ist und was es bedeutet.

Managed Care: Woher kommt der

Wunsch der BürgerInnen in ganz Europa nach mehr Gesundheitsinformationen?

Jen Wang: Ein Teil lässt sich durch ganz grundsätzliche gesellschaftliche Entwicklungen in den letzten Generationen erklären: Der Bildungsstand, der Wohlstand und der medizinische Fortschritt sind durchschnittlich massiv gestiegen. Gleichzeitig auch die persönliche Autonomie. In ganz Europa ist eine Modernisierung und Demokratisierung in Gang.

Die Tendenz, dass die Patienten immer mehr selbst bestimmen wollen, ist in den letzten zehn Jahren sehr stark hervorgetreten: 1993 haben noch mehr als 60 Prozent der Bürger gesagt, eine medizinische Entscheidung solle der Arzt alleine treffen. 1997 war dieser Wert schon auf 25 Prozent heruntergefallen, in unserer Studie im 2002 lag er noch bei 9 Prozent.

MC: Was ist ein «informierter Patient»?

Wang: Der informierte Patient besitzt die Fähigkeit, die für seine Gesundheit relevanten Informationen einzuholen, sie zu verstehen und aufgrund dessen gut zu entscheiden und zu handeln. Im «idealen» Konzept geht es nicht nur um die Information per se, sondern auch um die Kompetenz, mit Informationen umgehen zu können.

MC: Kann ein Patient die medizinischen Zusammenhänge überhaupt verstehen?

Wang: Vor der Aidsepidemie waren die Patienten wie brave Schäfchen vor der Ärzteschaft, und man dachte, es sei unmöglich, dass der Patient die medizinischen Zusam-

menhänge verstehen kann. In der Aidsepidemie ist aber etwas Wahnsinniges passiert: Die Betroffenen haben sich in ihrer Krankheit ausgebildet. Sie haben die medizinische Forschung mitverfolgt, Lobbying gemacht, sogar Forschungszweige gefördert oder gehemmt. Eine ähnliche Entwicklung hat es seither bei anderen chronischen Erkrankungen wie Krebs oder Diabetes auch gegeben. Wenn ich mein Leben lang Medikamente nehmen oder sonst medizinisch betreut werden muss, dann habe ich das Bedürfnis, mehr über

«Der informierte Patient besitzt die Fähigkeit, die für seine Gesundheit relevanten Informationen einzuholen, sie zu verstehen und aufgrund dessen gut zu entscheiden und zu handeln.»

meine Krankheit und über die Therapie zu wissen. Dank dem höheren Bildungsstand ist es sehr wohl möglich, dass ein Patient die Informationen so gut verstehen kann, dass er ein vernünftiges fachliches Gespräch mit dem Arzt oder einem andern Leistungserbringer führen kann. Zu beachten ist auch, dass Mitte der 90er-Jahre in den Industrieländern die Kosten der chronischen Krankheiten erstmals die Kosten der Akutereignisse überstiegen haben.

¹ In der Schweiz wurde die Studie vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin Lausanne und demjenigen in Zürich durchgeführt. Unterstützt wurde die Studie von Merck Sharp & Dohme (MSD).

MC: *In der Gesundheit gibt es einen sozialen Gradienten: Arme, schlecht gebildete Menschen sind kränker. Jetzt müssen gerade die am wenigsten Gebildeten am meisten Gesundheits- oder Krankheitsinformationen verarbeiten können.*

Wang: Die soziale Ungleichheit in der Gesundheit besteht auch ohne den Informationsaspekt. Leider stellt man in der Forschung fest, dass diese vulnerablen Gruppen am wenigsten fähig sind, sich Informationen zu holen, sie zu verstehen und aufgrund dessen zu handeln. Ein Public-Health-Schwerpunkt wäre, dafür zu sorgen, dass diese Leute trotz den Schwierigkeiten und Barrieren besser mit ihrer Gesundheit umgehen können. Es ist eine gesellschaftliche und politische Frage, die Ungleichheit und die Chancen zu nivellieren.

MC: *Besteht inzwischen die Forderung, dass der Patient informiert sein muss?*

Wang: Heutzutage ist kein solcher Druck vorhanden. Wir haben teilweise noch immer das alte paternalistische System, wo der Patient sich dem Arzt «übergeben» kann, wo für ihn entschieden wird. Es gibt nach wie vor Bürger, welche dieses Modell bevorzugen, aber sie sind immer weniger zahlreich.

Durch die steigende Komplexität und die wachsenden Möglichkeiten sind aber die Leute aufgefordert, sich zu überlegen, wie sie mit ihrer Gesundheit umgehen wollen: Soll ich mit dem Rauchen aufhören, soll ich mich mehr bewegen, soll ich mich besser ernähren? Und ganz geschwiegen davon, wenn der Arzt zwei Therapieoptionen zur Wahl stellt.

Meiner Meinung nach geht die Entwicklung hauptsächlich von den Patienten aus, aufgrund der gesellschaftlichen und technologischen Veränderungen. So, wie ich in die Migros gehe und aus dem Pastasortiment auswähle, so möchte ich auch die Therapie wählen können, je nach Wirksamkeit, Einnahmemodus, Nebenwirkungen und so weiter. Es hat mit dem Anspruch des modernen Menschen zu tun. Die Komplementärmedizin hat sich beispielsweise aufgrund der Nachfrage der

Patienten entwickelt. Es ist die Aufgabe der Stakeholders im Gesundheitsbereich, diese Entwicklung bewusst zu unterstützen und zu fördern.

MC: *Weshalb ist das Vertrauen zum Hausarzt so zentral? Je mehr man selber weiss, desto weniger wichtig wäre doch das Vertrauen.*

Wang: Dies würde man fast meinen. Aber man kann gleichzeitig sagen, dass gute Information der Vertrauensbildung dient. Mit dem Vertrauen haben die Leute etwas Grundsätzliches angesprochen: dass der Arzt kompetent ist, dass er die nötige Information und auch gute Therapieoptionen zur Verfügung stellt. Obwohl ich der Patient bin und ich am Schluss den Entscheid treffen muss, muss mir der Fachmann sagen, worum es geht. Was genau unter «Vertrauen» zu verstehen ist, ist nicht vollständig definiert worden. Es ist zum Teil auch emotional: «Mein Doktor kennt mich.» Der fassbare Aspekt sind die Information und die Kompetenzen.

MC: *Die Informationsasymmetrie wird oft als ein Grund genannt, weshalb der Gesundheitsmarkt nicht funktioniert. Ist es realistisch, zu erwarten, dass mit informierteren Patienten der Markt besser spielt?*

Wang: Es gab vor 15 Jahren im Tessin diesbezüglich eine spannende Studie von Domenighetti²: Die Wirksamkeitsrate von Hysterektomien wurde publiziert. Dies hatte einen wahnsinnig grossen Effekt auf die Inan-

«In vielen andern Bereichen wird vom Bürger auch erwartet, dass er seine Verantwortung wahrnimmt.»

spruchnahme solcher Operationen. Die Studie hat gezeigt: Wenn die Wirksamkeit einer Therapie nicht toll ist, dann wollen die Leute die Therapie nicht.

Wenn man den Patienten deutlicher sagen kann, welche Wirksamkeit

Jen Wang, MPH, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich und Projektleiter der Studie «The Future Patient in Switzerland».



und welche Gefahr/Nebenwirkung eine Therapie hat, so sind sie auch fähig, sich für oder gegen diese zu entscheiden. Die Evidenz-basierte Medizin ist nicht nur für die Ärzteschaft wichtig, sondern auch für die Patienten.

MC: *Sie meinen also, dass die Asymmetrie überwunden werden kann.*

Wang: Genau. Die Erwartung ist aber nicht, dass der Patient selber Arzt wird, sondern dass der Patient sowohl vom Arzt als auch von andern verlässlichen Quellen die Information einholen und sie verstehen kann, damit er eine gute Entscheidung für seine Gesundheit treffen kann. Und diese Vision ist durchaus machbar. Denn in vielen andern Bereichen wird vom Bürger auch erwartet, dass er seine Verantwortung wahrnimmt. Wir alle müssen beispielsweise unsere Finanzen im Griff haben. Wer ist nun für meine Gesundheit verantwortlich? In den Diskussionsgruppen hatten die Bürger den Anspruch auf Eigenverantwortung sowohl für sich als auch für andere Bürger und Bürgerinnen. Es ist der Anspruch, dass man selber mehr für die eigene Gesundheit tut.

² Domenighetti G, Luraschi P, Casabianca A, Gutzwiller F, Spinelli A, Pedrinis E, Repetto F: Effect of information campaign by the mass media on hysterectomy rates. Lancet 1988; 2 (8626-8627): 1470-1473.

MC: *Bei den Leistungserbringern, bei den Ärzten, herrscht eher Skepsis gegenüber den informierten Patienten. Woher stammt diese Skepsis?*

Wang: Sie hat verschiedene Gründe: Es gibt noch viele Leistungserbringer der alten Schule. Kritische oder informierte Patienten werden öfters als schwierig oder lästig angesehen – natürlich nicht von allen Ärzten, es gibt viele, welche das neue Modell begrüssen. Der Arzt besitzt im paternalistischen Modell zudem viel Macht, und es ist für Machtinhaber immer schwierig, die Macht zu teilen. Im Gesundheitskontext ist es eigentlich klar, dass der Patient schlussendlich über alle Eingriffe entscheiden soll.

Die Patienten sagen uns und auch Studien, welche im Konsultationskontext durchgeführt wurden, zeigen Folgendes auf: Der Arzt nimmt sich zu wenig Zeit, die Sachen deutlich zu erklären und Fragen zu beantworten, und das, was er sagt, wird nicht auf verständliche Art vermittelt. Das Vorurteil wurde widerlegt: Es ist nicht nur der «dumme» Patient, sondern die Ärzte gehen nicht adäquat auf die Informationsbedürfnisse der Patienten ein. Dies geschieht nicht böswillig, die Kommunikation wurde in der Medizinausbildung auch kaum thematisiert. Aber man sieht klar, dass die Ärzteschaft mehr dafür tun kann, damit die Patienten besser «drauskommen». Vor allem müssen die Ärzte dieses Thema priorisieren, und dies ist bisher noch nicht geschehen.

MC: *Die Ärzte sind konfrontiert mit einer enormen medizinischen Entwicklung. Ist der Anspruch vielleicht zu hoch, dass die Ärzte nebenbei auch noch sehr gute Kommunikatoren sein müssen?*

Wang: Der Anspruch ist hoch. Die Ärzte haben nicht nur eine sehr schwierige Ausbildung, sondern das Wissen im medizinischen Bereich hat auch eine sehr kurze Lebenszeit. Die Kommunikationskompetenzen sind zudem nicht einfach zu lernen, und es ist nicht einfach, sie gut umzusetzen. Aber die Kommunikation ist ein ganz essenzieller Aspekt der medizinischen Konsultation. Wenn wir die

Patienten fragen, welche Qualitäten für sie wichtig sind, so nennen sie die Fachkompetenz und die Kommunikation.

In einem demokratischen System will das Volk, welches die medizinischen Leistungen direkt oder indirekt bezahlt, dass seine Ansprüche erfüllt werden. Wir können nicht im freien Markt leben und in den Spitälern nach stalinistischen Prinzi-

«Es ist nicht nur der «dumme» Patient, sondern die Ärzte gehen nicht adäquat auf die Informationsbedürfnisse der Patienten ein.»

pien arbeiten. Ich erhoffe mir, dass einerseits die Patienten immer fähiger werden, die Informationen zu verarbeiten, und dass andererseits die Fachleute fähiger werden, relevante Informationen auf zugängliche und verständliche Art zu vermitteln.

MC: *Wer soll die Informationen bereitstellen?*

Wang: Alle Leistungserbringer, vom Hausarzt über die Pflege bis zu den Apothekern, geniessen sehr viel Vertrauen unter den Leuten, dies hat die Studie gezeigt. Der Hausarzt und auch der Apotheker werden als sehr zugänglich eingestuft. Quellen, welche schlechter abgeschnitten haben – mit tiefem Vertrauen und schlechter Zugänglichkeit –, sind die Pharmafirmen und die Krankenkassen. Dabei produzieren beide auf verschiedene Arten relativ viel Information, die Bürger vermuten aber Eigeninteressen dahinter.

Die Last der Informationsbereitstellung muss nicht nur auf den Schultern der Ärzteschaft ruhen, sie kann durchaus verteilt werden: sei es an eine Gesundheitsberatung in Callcenters, sei es an die Apotheker oder sei es an eine Internetseite vom BAG, welche sehr ausführlich über Gesundheit, Krankheiten und Therapieoptionen berichten könnte. Die Herausforderung für alle Stakehol-

ders besteht darin, die Zugänglichkeit und Vertrauenswürdigkeit der diversen Quellen zu optimieren.

MC: *Ist das Sparpotenzial im Gesundheitswesen durch informiertere Patienten quantifizierbar?*

Wang: Im Moment leider nicht. Die Patienten meinen, dass der informierte Patient die Gesundheitsdienstleistungen besser in Anspruch nehmen wird, das heisst weniger und cleverer. Aber viele Fachleute denken: «Je mehr Information die Bürger haben, desto mehr Ansprüche werden sie stellen.» Das ist eine Meinungskluft, die weiter erforscht werden muss.

MC: *Wie geht es mit dem Projekt «Future Patient» weiter?*

Wang: Die Studie «Future Patient» wird in der Schweiz fortgeführt. Wir werden patientenzentrierte Themen wie Patient-Empowerment, Health-Literacy oder Gesundheitsförderung untersuchen und diese Aspekte aus Patientensicht besser erfassen.

Die Informationsansprüche sowie die Informiertheit der Patienten sind in rascher Veränderung begriffen – dies ist eine wichtige Lektion aus unserer Studie. Wir müssen diese Entwicklung verfolgen, damit ihr das Gesundheitssystem gebührend Rechnung tragen kann. ■

Interview:
Brigitte Casanova

Redaktion «Managed Care»

Literatur:

1. The Future Patient in Switzerland. Das Gesundheitssystem der Zukunft aus Sicht von Bürgerin und Bürger. Erschienen in der Schriftenreihe der SGGP, Nr. 71. Bezugsquelle: SGGP, Postfach, 3000 Bern 23. Internet: www.sggp.ch
2. Angela Coulter & Helen Magee (Eds.). (2003): The European Patient of the Future. Open University Press, Philadelphia.

Kosteneffizienz bei Rehabilitation krankheitsbedingter Querschnittlähmung und bei Komplikationsbehandlung

Eine kostenintensive Rehabilitation in Paraplegikerkzentren lohnt sich auch bei krankheitsbedingter Querschnittlähmung und zur Behandlung von Komplikationen bei chronischer Querschnittlähmung. Fünf ExpertInnen begründen ihre Meinung.

Armin Curt, Dieter Michel, Mark Mäder, Regula Spreyermann, Christian Kätterer

Die medizinische Betreuung wie auch die Effektivität der Rehabilitation nach erlittener Querschnittlähmung (QL) sind durch die Paraplegikerkzentren revolutioniert worden [1]. Nicht nur zu überleben, sondern in der Gesellschaft wieder als selbstverantwortlicher Bürger seinen sozialen und finanziellen Beitrag leisten zu können, wurde in den letzten Jahrzehnten selbstverständlich. Die kostenintensive Behandlungskette in den spezialisierten Zentren (von der medizinischen Diagnostik und Behandlung bis zur Wiedereingliederung in den Alltag) kann bei unfallbedingter QL nachhaltig gerechtfertigt werden. Ist eine intensive Rehabilitation jedoch nur bei traumatischer QL sinnvoll, oder lohnt sie sich auch bei krankheitsbedingter QL? Gibt es eine Altersgrenze für die Rehabilitation einer QL? Ist es kosteneffizient, Komplikationen von Paraplegikern in Allge-

meinspitälern zu behandeln? Diese Fragen sollen im vorliegenden Beitrag erörtert werden.

Krankheitsbedingte Querschnittlähmung

Es ist sinnvoll, die Erkenntnisse aus der Rehabilitation von traumatischer QL in angepasster Form auch Patienten mit krankheitsbedingter (nichttraumatischer) QL zugute kommen zu lassen [2, 3]. Hierbei ist zwischen dem Patienteninteresse (medizinisch machbare Leistungen und individuelle Anspruchshaltung) und den medizinisch-gesellschaftlich aufzubringenden Leistungen abzuwägen. Die Aufwendungen und Anforderungen aus dem Bereich der traumatischen QL können nicht einfach übernommen werden. Die Rehabilitationsziele bei einem 20-jährigen Unfallpatienten sind anders als bei einem 60-jährigen Patienten, der aufgrund einer Krankheit gelähmt ist. Das Ziel ist jedoch, im Kontext der gesellschaftlichen Entwicklung auch diese Patientengruppe angepasst zu betreuen und zu behandeln (adäquate Ressourcennutzung und verbesserte Prozessqualität).

Die neurologischen Ausfälle und die damit verbundenen Probleme sind bei traumatischer und nichttraumatischer QL vergleichbar. Die meisten funktionellen Defizite (Paraplegie/Tetraplegie) wie auch die medizinischen Probleme (Herz-Kreislauf-Probleme, Dekubitus¹, neurogene Schmerzen, Spastik², gestörte Blasen-Mastdarm-Funktion, Störung der Atmungsfunktion etc.) sind durch eine Funktionsstörung im Bereich der Rückenmark-Nervenfasern bedingt. Für die Rehabilitation ist die Ursache (Trauma, Tumor, Entzün-

dung, Durchblutungsstörung des Rückenmarks) weniger wichtig.

Die Anforderungen in der Rehabilitation krankheitsbedingter QL ergeben sich weniger durch die Art der neurologisch-funktionellen Ausfälle als durch den Krankheitsprozess. Hierbei ist zwischen chronisch fortschreitenden (zum Beispiel Tumor) und akuten, zeitlich begrenzten Erkrankungen (zum Beispiel Entzündung), welche eine QL auslösen, zu unterscheiden. Ebenso fließt das Erkrankungsalter sowie die Lebenserwartung entscheidend mit ein (das Durchschnittsalter bei krankheitsbedingter QL liegt bei zirka 60 Jahren [4]). Die krankheitsbedingte QL nimmt mit höherem Lebensalter zu. Da die Bevölkerung immer älter wird und die medizinische Anspruchshaltung steigt, wird es bedeutender werden, diese wachsende Patientengruppe zu betreuen. Eine vertretbare und gezielte Behandlung (Aufwand/Nachhaltigkeit der Leistungen, angepasst an die Lebenssituation und an die häusliche medizinische Betreuung) wird notwendig. Wenn die spezialisierten Zentren früh in die Behandlung einbezogen werden, können die Kosten durch eine verbesserte Prozess- und Strukturqualität reduziert werden. Denn wie bei Patienten mit traumatischer QL liegt der überwiegende Kostenteil nicht in der akut-medizinischen Behandlung, sondern ergibt sich aus dem medizinischen und sozialen Betreuungsaufwand danach. Hier zeigen die Paraplegikerkzentren eine nachgewiesene hohe Effektivität so-

¹ Dekubitus: offene Druckstelle der Haut.

² Spastik: unwillkürliche, krampfartig erhöhte Muskelspannung.

Kasten:

Fallbeispiel: Oberschenkelfraktur eines Tetraplegikers mit nachfolgendem Dekubitus

Herr M.S. (37 Jahre, mit einer Querschnittlähmung auf Höhe des 6. Halswirbels seit 11 Jahren) bricht sich bei einem Sturz aus dem Rollstuhl den rechten Oberschenkel. Nach fachgerechter orthopädisch-chirurgischer Versorgung im Regionalspital (Röntgenbild links) kommt es in der postoperativen Behandlungsphase zu einem massiven Dekubitus (Bild rechts). Herr M.S. wird ins Paraplegikerzentrum verlegt zur Lagerungsbehandlung in Kombination mit einem Débridement⁶ und plastischer Deckung³. Drei Monate nach der Versorgung der Oberschenkelfraktur kann der Patient mit ausgeheilter Haut aus dem Paraplegikerzentrum nach Hause entlassen werden und wieder arbeiten. Wäre der Dekubitus bei der ersten orthopädischen Versorgung verhindert worden, hätte man dem Patienten die zweite Hospitalisation ersparen können. Dies wäre zudem volkswirtschaftlich effektiver und für den Kostenträger günstiger gewesen.



wohl bei der Wiedereingliederung als auch bei den Kosten [5].

Angepasste Behandlungskonzepte

Die Rehabilitation einer krankheitsbedingten QL muss gleich ernst genommen werden wie die einer traumatischen QL und ist in diesem Sinne gleichwertig [6, 7]. Bei beiden Patientengruppen ist es notwendig, dass sie adäquat mit einem Rollstuhl oder einer Gehhilfe versorgt und dass Schmerzen oder ein Dekubitus vermieden werden. Ältere Menschen auf diese Weise zu versorgen ist kein unnötiger Luxus, sondern es vermeidet sekundäre Komplikationen. Diese haben bei Patienten mit nicht-traumatischer QL meist noch ausgeprägtere Konsequenzen und Kosten zur Folge, weil im Alter oder bei systemischer Erkrankung (zum Beispiel Krebs) der Körper schlechter kompensieren kann. Die gleichwertige Versorgung gilt ebenso für die Lagerungsbehandlung, die Blasenversorgung oder die Spastik- und Schmerzbehandlung. All dies beeinflusst die

Alltagsfähigkeit und den häuslichen oder pflegerischen Betreuungsaufwand entscheidend. Es ist zwingend, die Reha-Konzepte an die Gegebenheiten der krankheitsbedingten QL-Patienten anzupassen. Dies kann nur durch ein spezialisiertes Behandlungsteam mit strukturellen Voraussetzungen effizient erreicht werden. Welche Mittel notwendig oder überflüssig sind und welcher Betreuungsaufwand effektiv ist, sind dabei die Kernfragen [8]. Hierbei weisen die Paraplegikerzentren eine hohe Fachkompetenz auf und können komplementär die hausärztliche Betreuung sowie die lokalen sozial-medizinischen Hilfseinrichtungen unterstützen.

Komplikationsbehandlungen bei chronischer Querschnittlähmung

Die medizinischen Komplikationen einer QL zu beherrschen ist die Grundlage einer nachhaltigen Rehabilitation. Bei einer QL sind Komplikationen zu berücksichtigen, die entweder fast nur bei Paraplegikern zu einem Problem führen, oder aber bei

diesen Patienten eine veränderte und oft erschwerte Rolle spielen. Die atypische Symptomatik ist oft schwer einzuschätzen, chirurgische Eingriffe müssen der Situation angepasst werden, und die anschließende Heilbehandlung muss sowohl die akute Komplikation als auch die QL-bedingten funktionellen Störungen berücksichtigen.

Die Paraplegikerzentren haben über Jahrzehnte eine spezifische Kompetenz bei der Behandlung der QL erworben, und sie haben eine multidisziplinäre Rehabilitation aufgebaut. Diese Kompetenzen sollten in einem interdisziplinären Vorgehen berücksichtigt werden. Dies stellt nicht die Fähigkeit der externen Versorger in Frage, sondern führt bei einer frühen interdisziplinären Absprache zu einer besseren Versorgung. Die Erfahrungen zeigen, dass meist nicht das operative Verfahren selbst (plastische Deckung³, Osteosynthese⁴), als vielmehr vermeidbare Komplikationen in der Anschlussbehandlung (Urosepsis⁵, Dekubitus, neurogene Schmerzen, Mobilisation, Rollstuhlversorgung) die Behandlung unnötig verlängern und die Kosten steigern (siehe Fallbeispiel im *Kasten*). Wenn die Behandlungspflege bei den QL-Patienten nicht routiniert abläuft, können sich einfach zu beherrschende Komplikationen zu ausgeprägten Problemen entwickeln.

Zwei Beispiele:

■ Ein Paraplegiker mit einer akuten Entzündung der Gallenblase braucht nicht nur in einem Paraplegikerzentrum betreut zu werden, weil er gelähmt ist. Sondern weil er Probleme entwickeln kann, welche QL-bedingt sind. Ein Darmstillstand nach einer Gallenblasen-Operation ist bei einem Paraplegiker einfach zu beherrschen, wenn die übliche Medikation und die Defäkationsmassnahmen bekannt sind und richtig angewendet werden.

3 Plastische Deckung: Operation, um offene Hautstelle zu verschliessen.

4 Osteosynthese: Operation, bei der z.B. mit Metall ein Bruch stabilisiert wird.

5 Urosepsis: Blasenentzündung mit Blutvergiftung.

6 Débridement: chirurgische Abtragung von abgestorbener Haut.

■ Auch der tetraplegische Patient mit Lungenentzündung braucht nicht nur wegen seiner Arm- und Beinlähmungen in einem Paraplegikerzentrum betreut zu werden. Sondern weil ein erfahrenes und darauf ausgerichtetes Team Komplikationen wie eine Atemverschlechterung verhindern kann oder sie rascher erkennt und schneller reagiert (Atemhilfen).

Nicht nur die Lähmung an sich, sondern auch die QL-spezifischen Probleme sollten bei einer Komplikationsbehandlung bei QL-Patienten Gewicht haben. Hier können die Paraplegikerzentren im Gegensatz zu anderen Kliniken eine zielgerichtete Brücke zwischen Akutversorgung und Wiedereingliederung anbieten. Sie verfügen sowohl über eine akutmedizinische Behandlungskompetenz (Akutversorgung und Intensivmedizin) als auch über ein komplettes Rehabilitationsangebot. ■

AutorInnen:
PD Dr. med. Armin Curt
Leitender Arzt
Paraplegikerzentrum
Universitätsklinik Balgrist
Forchstrasse 340
8008 Zürich
E-Mail: armin.curt@balgrist.ch

Dr. med. Dieter Michel
MBA HSG
Institut für Physikalische Schmerz-
und Rehabilitationsmedizin, Bern

Dr. med. Mark Mäder
Dr. med. Regula Spreyermann
Dr. med. Christian Kätterer
REHAB Basel, Zentrum für Quer-
schnittgelähmte und Hirnverletzte

Literatur:

1. Guttmann L.: Spinal cord injuries: comprehensive management and research. Oxford Publishing House, Blackwell Scientific Publications. 1976; 731.

2. Moore A.P., Blumhardt L.D.: A prospective survey of the causes of non-traumatic spastic paraparesis and tetraparesis in 585 patients. *Spinal Cord* 1997; 35: 361-367.

3. Curt A.: Differentialdiagnose der akuten Rückenmarkerkrankungen. In: Rückenmarkerkrankungen. Therapeutische Umschau (Hrsg. V. Dietz, A. Cavigelli) Band 57, Heft 11, 2000.

4. McKinley W.O., Seel R.T., Hardmann J.T.: Nontraumatic spinal cord injury: incidence, epidemiology and functional outcome. *Arch Phys Med Rehab* 1999; 80: 619-623.

5. Managed Care. Schweizer Zeitschrift für Managed Care, Public Health, Gesundheits- und Sozialökonomie. Heft 2, 2004.

6. E. Critchley and A. Eisen (Eds): *Spinal Cord Disease: Basic Science, Diagnosis and Management*. Springer Verlag Berlin. 1997.

7. Iseli E., Cavigelli A., Dietz V., Curt A.: Prognosis and recovery in ischaemic and traumatic spinal cord injury: clinical and electrophysiological evaluation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999; 67: 567-71.

8. International Classification of Functioning, Disability and Health. A new World Health Organization (WHO) publication <http://www.who.int/inf-pr-2001/en/pr2001-48.html>

VERANSTALTUNGSBERICHT

Ökonomie im Gesundheitswesen

Die Gesundheit und das Gesundheitswesen sind uns lieb und teuer. Vor allem teuer, behaupten einige. Geht es nicht auch günstiger? Am ersten Kongress für Gesundheits- und Pharmakoökonomie in Bern zeigten Ökonomen auf, wie dies zu bewerkstelligen wäre.

Lorenz Borer

Welche Rolle könnte die Ökonomie bei Entscheiden im Gesundheitswesen spielen? Darüber reflektierten über 200 Exponenten aus dem Gesundheitswesen am ersten Schweizerischen Kongress für Gesundheits- und Pharmakoökonomie¹ am 18. Juni 2004 in Bern. Unbestritten war, dass die zeitlichen und materiellen Ressourcen im Gesundheitswesen nicht nur grundsätzlich begrenzt sind, sondern in letzter Zeit auch knapper werden. Mehr Markt-

elemente sollen dem Gesundheitswesen nun Heilung bringen. Aber wie könnten diese aussehen? Und was können wir von ihnen erwarten?

¹ Der 1. Schweizerische Kongress für Gesundheits- und Pharmakoökonomie wurde von MSD (Merck Sharp & Dohme-Chibret AG) initiiert und finanziell unterstützt.

² Plaut Studie: Vaterlaus S., Telser H., Zweifel P., Eugster P. (2004): Was leistet unser Gesundheitswesen? Internetbezug: www.plaut-economics.ch

Anreize anders setzen

Der Hebel ist bei den Anreizsystemen anzusetzen, dies zeigte Bernd Schips auf, Leiter der Konjunkturforschungsstelle der ETH. Weder für Patienten noch für Leistungserbringer zahlt es sich heute aus, sich kosteneffizient zu verhalten. Deshalb ist es gemäss Schips folgerichtig, dass unter den aktuellen Rahmenbedingungen das medizinisch Mögliche veranlasst wird, um einem Patienten zu helfen. Bei Einzelleistungshonorierung wird dieses Verhalten – selbst wenn es im Einzelfall nicht effizient ist – finanziell sogar belohnt. In einem aus ökonomischer Sicht idealen System, so Schips, sollten die Kostenbeteiligung der Versicherten tendenziell ausgebaut und pauschale Vergütungssysteme gefördert werden. Dass dabei pflegeintensive Patienten zu den Leidtragenden gehören könnten, verhehlte Schips nicht. Entsprechend wären gesetzliche Leitplanken gegen Missbräuche und Unterversorgung zu treffen.

Auch brach Schips eine Lanze für eine monistische Spitalfinanzierung. Nebst der Zusammenführung von Entscheidungs- und Finanzungsverantwortung hätte sie den Vorteil, dass die Versicherer ein grösseres Interesse am Spitalsektor entwickeln würden und dass die Kantone Transparenz in der Objektfinanzierung her-

stellen müssten. Schips: «Damit entfielen ebenfalls der unselige Trend, die Kosten ständig einem anderen «Käseli» zu belasten.»

Kosten und Nutzen erforschen

Eine ökonomisch ganzheitliche Sicht hob Thomas Szucs hervor, Co-Direktor am European Center for Pharmaceutical Medicine der Universität Basel: Eine teure Intervention könne kosteneffektiver sein als eine billige, besonders, wenn dadurch an den Hospitalisationen gespart werden kann. Der alleinige Fokus auf Kosten – und dabei den Nutzen ausblenden – mache uns sehr kurzsichtig. Zudem sei auch unzulässig, sich nur auf klinische Studien zu beschränken, wie das in der Medizin so oft geschehe: Diese seien darauf getrimmt, eine Forschungshypothese unter möglichst kontrollierten Bedingungen zu beantworten. Mit der Realität habe dies oft wenig gemeinsam, so Szucs. Erst wenn klinische Studien mit Ergebnisforschung und Gesundheitssystemforschung ergänzt würden, ergäben sich ausreichende Entscheidungsgrundlagen.

Peter Zweifel, Professor am Sozialökonomischen Institut der Universität Zürich, plädierte für mehr empirische Forschung in der Gesundheitsökonomie. Die Nutzenmessung auf Patienten- oder Bürgerebene



Bernhard Güntert, Professor für Management und Ökonomie im Gesundheitswesen an der Privaten Universität Tirol.



Bernd Schips, Leiter der Konjunkturforschungsstelle der ETH.



Fritz Britt, ehemaliger Vizedirektor des Bundesamts für Gesundheit.



Thomas Szucs, Co-Direktor am European Center for Pharmaceutical Medicine der Universität Basel.



Peter Zweifel, Professor am Sozialökonomischen Institut der Universität Zürich.

Szenarien «Gesundheitswesen 2014»

Im Workshop «Gesundheitswesen 2014» entwickelten die Teilnehmenden Szenarien für das Gesundheitswesen in zehn Jahren. Unter der Leitung von Gesundheitsökonom Willy Oggier ergaben sich folgende Perspektiven:

- Für die Spitäler wurde eine Zentralisierung und Spezialisierung prophezeit, was bedeutet, dass die Zahl der Häuser weiter abnehmen wird. Ausserdem werde sich der Trend zur Mehrklassenmedizin fortsetzen, im Bereich der Hotellerie transparent, im medizinischen Bereich vermutlich versteckt.
- Die Ärzteschaft in der Praxis wird einen anhaltenden Druck erleben. Eine weitere Vernetzung der Ärzte ist unabdingbar. Der Grundversorger wird als Gesundheitslotse den Patienten aktiv führen, weil der Arzt auch in Zukunft über den grössten Vertrauensbonus für den Patienten verfügen wird. Daneben spielen unternehmerische Belange in der Arztpraxis eine grössere Rolle.
- Im Bereich der Medikamente werden individuellere Therapien dank Pharmacogenetics möglich sein. Die Therapie wird dank früherer Diagnose früher einsetzen können, der kurative Bereich verschiebt sich in Richtung Prävention. Gleichzeitig wird die Rolle der Generika viel wichtiger, und nationale Zulassungsbehörden werden durch supranationale abgelöst. Schliesslich wird der Patient unbegrenzten Zugang zu Information erhalten, und das Patient Empowerment wird verstärkt.
- Patientenorganisationen werden im Jahre 2014 schlagkräftig und kämpferisch sein. Nebst rechtlichen Belangen ist eines der grossen Themen der Zugang zu neuen Therapien. Einig waren sich alle Workshopteilnehmer, dass sich die grössten Fortschritte im Bereich der integrierten Versorgung und des optimierten Schnittstellenmanagements zeigen werden.

schaft Informationen, die sonst im Gesundheitswesen nicht verfügbar sind, so Zweifel. Diese können für die Steuerung des Systems eminent bedeutend sein. Beispielhaft führte Zweifel die kürzlich publizierte Untersuchung von Plaut Economics² an. In dieser wurde unter anderem ermittelt, wie viel Kompensation die Bürger erhalten müssen, damit sie sich in der Gesundheitsversorgung einschränken lassen: Die monatlichen Krankenversicherungsprämien müssten um 85 Franken gesenkt werden, damit die Bürger bei neuen Therapien eine zweijährige Wartefrist in Kauf nähmen. Eine eingeschränkte Arztwahl nach Kostenkriterien müsste den Versicherten mit monatlich 103 Franken Reduktion versüsst werden. Diese so genannte «marginale Kompensationsforderung» schwankt selbstverständlich zwischen den befragten Individuen recht stark, so Zweifel. Das gebe jedoch Raum, gewisse Versicherungsmodelle anzubieten, die durchschnittlich zwar nicht so attraktiv seien, aber immerhin eine Anzahl Bürger ansprechen würden.

Schnittstellen verbinden

Das Augenmerk im aktuellen System liege darauf, einzelne Einrichtungen (zum Beispiel das Spital) zu optimieren, oder allenfalls die Interaktion zwischen Patient und Leistungserbringer zu verbessern. Dies stellte Bernhard Güntert fest, Professor für Management und Ökonomie im Gesundheitswesen an der Privaten Universität Tirol. Das müsse aber Stückwerk bleiben, weil dabei der Behandlungskette und der Patientenkarriere viel zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt werde. Entsprechend liegen gemäss Güntert die Lösungsansätze darin, die Schnittstellen wirkungsvoll zu verbinden, beispielsweise mit Gatekeeping durch den Hausarzt oder mit Managed-Care-Modellen. Es dürfe aber keinesfalls vergessen werden, dass dem Patienten die entscheidende Rolle als Co-Produzent seiner Gesundheit zukomme, so Güntert. Deshalb sei sowohl dem Patienten im Speziellen als auch der gesunden Bevölkerung im Allgemeinen der Zugang zu adäquater Information, Schulung und Beratung zu ermöglichen und zu erleichtern. Das Informationsdefizit zwischen Healthcare-Professional und

Bürger und Patient sei wenig hilfreich, die Rationalisierungspotenziale auszuschöpfen. Zudem habe paternalistisches Verhalten keine Zukunft.

Güntert legte den Finger auf einen weiteren wunden Punkt: Das Gesundheitssystem bietet heute keinerlei Anreize für Prävention oder gar Gesundheitsförderung. Hier ortet Güntert ein grosses – auch ökonomisches – Potenzial. Das Bewusstsein, dass Gesundheit endlich ist und gepflegt werden muss, sei stark unterentwickelt.

Wahrscheinlichkeiten abwägen

Dem widersprach indirekt Peter Zweifel. Er sei nicht überzeugt, dass der Bürger nicht ständig seine Handlungsvarianten ökonomisch abwäge. Zeit sei dabei eine eminent wertvolle Ressource. Und so komme es eben vor, dass man sich gegen den morgendlichen Waldlauf entscheide: Das Verhältnis von zeitlichem Aufwand (für den Lauf) und Ertrag in Form von verlängertem Leben erscheint nämlich sehr ungünstig oder mindestens ungewiss.

Überhaupt müssten wir uns ehrlicherweise eingestehen, so Zweifel, dass wir in der Medizin häufig Ereignisse als unabänderlich auf uns zukommende, gewissermassen schicksalhafte Tatsachen darstellen. Richtig sei jedoch vielmehr, in Wahrscheinlichkeiten zu denken. Diese Wahrscheinlichkeiten könne man verändern und beeinflussen. Zweifel: «Für den Menschen ist es absolut alltäglich, die Veränderungen der Wahrscheinlichkeiten gegenüber anderen Zielen abzuwägen.»

Ökonomie des Stillstands

Weshalb ist im Gesundheitswesen so wenig Dynamik in der Systemverbesserung zu beobachten? Diese Frage klärte Fritz Britt, scheidender Vizedirektor des Bundesamt für Gesundheit, auf seiner Tour d'horizon: Allen Akteuren gehe es recht gut im gigantischen Wachstumsmarkt «Gesundheitswesen». Und alle hätten sich mehr oder weniger mit der Situation arrangiert. Britt stellt einen Reformstau fest: Die Politiker streben keine Lösungen an, weil jede Lösung angesichts der Kostensteigerung unpopulär sein muss. Die Kantone sträuben sich vor Änderungen, weil sie sichtbar machen würden, wie schlecht die Gesundheitsinstitutio-

nen bisher geführt wurden. Zudem kämen die Kantone dabei in erster Linie unter Kostendruck und müssten abbauen, so Britt. Die Leistungserbringer ihrerseits profitieren davon, dass der Gesundheitsmarkt allen ein gutes Einkommen bietet: Deshalb sei Marktdruck unerwünscht. Zudem wirken sich schlechte politische Entscheidungen erst in der nächsten Generation aus. Zusammen mit dem Primat der Finanz- vor der Gesundheitspolitik führt dies gemäss Britt dazu, dass im Bereich Public Health auf allen Ebenen konstant abgebaut wird.

Trotzdem zieht Fritz Britt ein versöhnliches Fazit aus seiner Amtstätigkeit: Im Ausland werde die anhaltend hohe Qualität unseres Versorgungssystems anerkennend gelobt. Die «Abstimmung mit den Füßen» unter Grenzgängern spreche hier Bände. Er forderte deshalb dazu auf, dem herausragenden Niveau Sorge zu tragen und bei allen Reformen das Kind nicht mit dem Bade auszuschütten: «Der Stimmbürger würde das nicht goutieren.» ■

Bericht und Fotos:

LORENZ BORER, MSc, BBA
MANAGER HEALTHCARE AFFAIRS
MERCK SHARP & DOHME-CHIBRET AG
E-MAIL: LORENZ.BORER@MERCK.COM

managed care

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

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

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



Bitte ausschneiden und einsenden oder faxen an:

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

Abonnements-Bestelltalon

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

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

Einzelnummer-Bestelltalon

Einzelne Schwerpunkt-Nummern sind noch erhältlich.

Ja, ich bestelle:

- | | | |
|--|----------------|-------------|
| ■ ... Ex. «Managed Care und die letzten Lebenstage» | Ausgabe 2/2003 | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Interkulturalität im Gesundheitswesen» | Ausgabe 3/2003 | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Arzt und Management» | Ausgabe 4/2003 | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Soziale Unterschiede und Gesundheit» | Ausgabe 5/2003 | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Pflege und Ökonomie» | Ausgabe 6/2003 | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Der vergessene Patient – die vergessene Kraft» | Ausgabe 7/2003 | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Medizinisches und betriebswirtschaftliches Controlling zusammenführen» | Ausgabe 8/2003 | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Schnittstellenmanagement» | Ausgabe 1/2004 | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Betreuungsmanagement bei Querschnittslähmung» | Ausgabe 2/2004 | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Angehörigenpflege» | Ausgabe 3/2004 | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Rechtsfragen» | Ausgabe 4/2004 | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Lebensstil und Gesundheit» | Ausgabe 5/2004 | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Integrierte Versorgung» | Ausgabe 6/2004 | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Gesundheitsplatz Winterthur – Unternehmergeist und Patientenorientierung» | Ausgabe 7/2004 | sFr. 15.-** |

* inkl. Porto, zzgl. MwSt.

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

Lieferadresse:

Firma:

Vorname/Name:

Strasse, Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon/Fax:

Rechnungsadresse:

Firma:

Vorname/Name:

Strasse, Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon/Fax:

Datum/Unterschrift:

Stimmen zu Entwicklungen im Gesundheitswesen

Solide planen

In Zürich werde zurzeit versucht, über direkte Eingriffe mit allenfalls kurzfristigen Effekten eine gesundheitspolitische Konzeptlosigkeit zu kaschieren, findet Gerhard Ebner, Präsident der Schweizer Vereinigung psychiatrischer Chefärzte. Aufgabe der Politik sei aber die strategische Führung: «Sie soll Rahmenbedingungen für eine wirksame Steuerbarkeit der Versorgung schaffen, eine solide Planung der Versorgung vornehmen, daraus Leistungsaufträge ableiten, die Finanzierung bestimmen und die Umsetzung überwachen.» Als Vorbild nennt Ebner den Kanton Baselland, welcher den Stand der Umsetzung seines Psychiatrie-Konzepts erhebe. Im Kanton Zürich erfülle die «Integrierte Psychiatrie Winterthur» (ipw) die genannten Kriterien am ehesten. Die ipw mache zugleich auch einen wichtigen Schritt in Richtung einer vermehrten Nutzung und Vernetzung ambulanter Strukturen. Bei gleichzeitigem Aufbau ambulanter und teilstationärer Strukturen müsse der Bettenabbau nämlich die Versorgungsqualität nicht verschlechtern. Allerdings sei das duale Finanzierungssystem in der Schweiz ein denkbar schlechter Anreiz für ambulante Behandlungen. Als Lösung sieht Ebner neue Abgeltungssysteme, beispielsweise Jahres-, Kopf- und andere Pauschalen, «welche die ambulante Versorgung nicht diskriminieren». (rs)

Quelle: Gerhard Ebner: Runder Tisch auch für die Psychiatrie. Gegen eine Psychiatrie-Planung allein nach Kennzahlen. Neue Zürcher Zeitung, 13. Oktober 2004.

Spürsinn gefordert

Die Tatsache, dass eine Studien-Gruppe von nur 2600 Probanden genügte, um das Herz-Kreislauf-Risiko von Rofecoxib (Vioxx) aufzuzeigen, werfe die Frage auf, weshalb dieses Risiko – bei einem Medikament, das bei weltweit über 80 Millionen Menschen angewendet worden sein soll – nicht schon früher erkannt worden sei. Neben dem

Pharmaunternehmen und den Arzneimittelbehörden komme hier, so meint Nicola von Lutterotti, auch den Ärzten eine wichtige Rolle zu: Es sei nicht zuletzt auch ihre Aufgabe, «Nebenwirkungen zu erkennen und zu melden». Dies erfordere allerdings «erheblichen Spürsinn» und «Wachsamkeit». (rs)

Quelle: Nicola von Lutterotti: Vioxx – kein Einzelfall. Spät erkannte Nebenwirkungen von Arzneimitteln. Neue Zürcher Zeitung, 13. Oktober 2004.

Wie man wirklich spart

Wer seine Gesundheitskosten wirklich senken wolle, müsse, so meint der Kabarettist und Satiriker Lorenz Kaiser, «neue Wege beschreiten»: «Privat-Spitzalzusatz kündigen, in der Allgemeinen einchecken und im Mehrbettzimmer lauthals auf Naturmethoden bestehen. Frühmorgens Fenster aufreissen (frische Luft!), jede halbe Stunde Knoblauchzehen ... Zur Einschlafzeit ausgedehnt über Operationsfehler und Hirntumor-Gene referieren! Wenn Sie nach zwei Tagen in einem Sechserzimmer allein liegen, haben Sie Ihr Ziel erreicht und viel Geld gespart.» Das grösste Einsparpotenzial biete aber nach wie vor eine «kluge Prävention»: «Machen wir ein einfaches Beispiel: Ein Präservativ ist billig und schnell angezogen. Ein Kind dagegen ist teuer, und da warten Sie ewig, bis es nur die Hosen anhat!» (rs)

Quelle: Lorenz Kaiser: Rank und krank durchs neue Jahr! Schlagseite. Tages-Anzeiger, 1. Oktober 2004.

«Man braucht einen Arzt»

Wer sich im Internet informieren wolle, sei «sehr schnell verwirrt»: «Als Patient tappen Sie im Dunkeln, es gibt zu viele Theorien und Ratschläge und vor allem auch Widersprüche.» Dies sagt nicht irgendeiner, sondern Klaus Schwab, Leiter des World Economic Forum Davos, der sich vor kurzem wegen Prostata-Krebs operieren lassen musste. Unter anderem die widersprüchlichen Informationen im Internet haben ihn

dazu verleitet, die vom Arzt aufgrund eines erhöhten PSA-Wertes empfohlene Biopsie «weiterhin hinauszuschieben». Das Internet sei zwar eine gute Informationsquelle, meint er rückblickend, «aber man braucht einen Arzt, der einen in dieser ganzen Komplexität berät, auch bezüglich der angemessenen Behandlungsmethode». (rs)

Quelle: Martina Frei: «Ich habe einen grossen Fehler gemacht». Interview mit Klaus Schwab. Tages-Anzeiger, 21. September 2004.

Ungewisser Fortschritt

Die Pharmafirmen gäben nur ungern zu, «dass sie von der Forschung abhängig sind, die die Steuerzahler finanzieren», stellt Marcia Angell, Harvard-Professorin und ehemalige Chefredaktorin des «New England Journal of Medicine», fest. Selber steuerten die Pharmafirmen «gerade mal 15 Prozent der Grundlagenforschung bei». Eine Symbiose zwischen Hochschule und Wirtschaft sei zwar nichts Verwerfliches. Das Problem sei nur, «dass sich die Pharmakonzerne ihre Produkte bezahlen lassen, als ob sie die Quelle aller Innovation wären». (rs)

Quelle: Steffan Heuer: Im Wesen nichts Neues. Ausserdem. Weltwoche, 13. September 2004.

K(l)eine Versorgungslücke

Zahlreiche Krankenversicherer bieten Zusatzversicherten die Möglichkeit, sich gegen einen Prämienrabatt in der freien Spitalwahl einzuschränken. Das entsprechende Versicherungsprodukt der Helsana schliesst unter anderem das Universitätsspital Zürich aus, wegen im Vergleich zu den anderen Universitätsspitalern in der Schweiz überhöhten Kosten. Dieser Ausschluss ist laut dem Pressesprecher der Helsana «versorgungsmässig» kein Problem – mit einer Ausnahme: das Fachgebiet Neurochirurgie sei nicht abgedeckt. (rs)

Quelle: Susanne Andereg: Prämien sparen, dafür auf Uni-Spital verzichten. Tages-Anzeiger, 27. Oktober 2004.

E-Health und Datenschutz – «damit die Chancen nicht ungenutzt bleiben müssen»

Die Informations- und Kommunikationstechnologien (IT) werden laufend weiterentwickelt. Dies führt dazu, dass es immer einfacher wird, Daten zu erheben, zu verarbeiten, weiterzugeben und zu kombinieren – auch im Gesundheitswesen. Dadurch steigt die Gefahr, dass Gesundheitsdaten zum Nachteil der Patienten verwendet werden. Deshalb ist es wichtig, «sowohl nationale als auch internationale rechtliche Rahmenbedingungen und Qualitätskriterien zu erarbeiten». – Wie aber sollen diese Rahmenbedingungen gestaltet werden? Dieser Frage ist Brigitte Berger Kurzen in ihrer rechtswissenschaftlichen Dissertation nachgegangen, die kürzlich in der Reihe «Publikationen aus dem Zentrum für Informations- und Kommunikationsrecht der Universität Zürich» erschienen ist.

Das erste Kapitel widmet sich dem Thema «E-Health». Hier stellt die Autorin die Entwicklungen im IT-Bereich und die damit verbundenen Möglichkeiten im Gesundheitswesen vor. Sie tut dies nicht nur in allgemeiner Form; sie beschreibt auch eine Vielzahl von konkreten Beispielen aus der Schweiz, wie etwa die innovativen elektronischen Patientendossiers einiger Spitäler, die neben den administrativen und medizinischen Angaben auch die Pflegedokumentation beinhalten und/oder die neben dem Spitalpersonal auch externen Hausärzten zugänglich sind. Bereits hier wird ersichtlich, dass die Autorin in den neuen Entwicklungen keineswegs nur eine Bedrohung für die Patienten sieht. «E-Health kann das Gesundheitswesen positiv beeinflussen», hält sie fest. Zwar stellt sie den Chancen (Kostensparnis, Qualitätssteigerung, Effizienzsteigerung, Rationalisierung, Know-how-Gewinn, Pati-

ent Empowerment) die Risiken gegenüber, zu denen insbesondere auch der Missbrauch der Daten zählt. Doch sie betont: «Dieselbe Technik, die den Datenschutz potenziell gefährden kann, vermag diesen, mit Hilfe der verantwortungsvoll handelnden Personen, auch zu gewährleisten.»

Das zweite Kapitel schafft einen allgemeinen Überblick über die geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen in der Schweiz.

Das dritte Kapitel zeigt auf, welche Datenschutzprobleme sich im E-Health-Bereich stellen und mit welchen Vorkehrungen den Problemen begegnet werden kann. Angesichts der zunehmenden Möglichkeiten müssen Gesetze die «Grenzen aufzeigen», meint die Autorin. Besonders wichtig scheinen ihr dabei die Gebote der Zweckbindung, der Verhältnismässigkeit, der Datenvermeidung und Datensparsamkeit sowie der frühestmöglichen Anonymisierung und Pseudonymisierung. Neben den gesetzlichen Leitplanken ist aber auch die Selbstverantwortung der Beteiligten wichtig: Die Unternehmen sollen sich selber Datenschutzstandards auferlegen und diese für ihre Kunden transparent machen. Die Autorin zeigt verschiedene Instrumente dazu auf, von der Zertifizierung bis hin zum betrieblichen Datenschutzbeauftragten. Schliesslich spielt auch die Technik selber eine entscheidende Rolle bei der Bekämpfung von Datenschutzrisiken. Die Autorin stellt auch hier konkrete Instrumente vor, von Verschlüsselungsmethoden über Firewalls bis hin zu klar definierten Zugriffsrechten. Und sie gelangt zum Schluss, dass die technischen Schutzmöglichkeiten bereits gut sind, aber laufend weiterentwickelt werden müssen.

«Das schwächste Glied in der Sicherheitskette» seien dabei, so Berger Kurzen, «meist das Endgerät und dessen Benutzer».

Basierend auf den ersten drei Kapiteln gelangt die Autorin im vierten zu einem «Handlungskonzept»: Die Technik birgt also nicht nur Gefahrenpotenzial, sondern sie stellt auch Sicherungsmöglichkeiten zur Verfügung, «damit die in ihr liegenden Chancen nicht ungenutzt bleiben müssen», stellt sie fest. Die neuen Datenschutzgesetze müssten sich deshalb «auch mit der Datenverarbeitungstechnik befassen». Um das «teils bestehende negative <Verhindererbild> des gesetzlichen Datenschutzes zu beseitigen», fordert Berger Kurzen einen «Systemdatenschutz» – eine «Kombination von staatlichem Datenschutz und Selbstdatenschutz», und sie zeigt konkret auf, welche Massnahmenpakete ein so verstandener Datenschutz umfassen müsste.

E-Health und Datenschutz ist ein brisantes, aber auch höchst komplexes Thema. Es versteht sich von selbst, dass sich ein solcher Themenkomplex in einer gut 200-seitigen Dissertation nicht vollständig abbilden lässt. Wer sich aber einen Überblick über die wichtigen Punkte verschaffen will, ist mit dieser mutigen Arbeit bestens bedient. (rs)

Brigitte Berger Kurzen: E-Health und Datenschutz. Publikationen aus dem Zentrum für Informations- und Kommunikationsrecht der Universität Zürich. Schulthess Juristische Medien AG, Zürich/Basel/Genf, 2004. ISBN 3 7255 4766 1.

Datum, Ort	Veranstaltung	Kontaktadresse
10. Dezember, Freiburg (D)	3. Symposium Palliative Care: Zwischen Autonomie, Lebensschutz und Ökonomie – Ethik-Konsile und Entscheidungen am Lebensende	Institut für Weiterbildung an der Evangelischen Fachhochschule e.V., Marieluise Schindler, Buggingerstrasse 38, D-79114 Freiburg. Tel. 0049-761 47812 18. Fax 0049-761 47812 30. E-Mail: schindler@efh-freiburg.de; Internet: www.efh-freiburg.de
12.–15. Dezember, Orlando (USA)	16 th National Forum on Quality Improvement in Health Care	Institute for Health Care Improvement, 375 Longwood Avenue, 4 th Floor, Boston MA 02215. Tel. 001-888 320 6937. Fax 001-617 754 4830. Internet: www.ihl.org
13. Januar 2005, Montreux	7. Tagung Forum Santé-Gesundheit: «Absehbarer Notstand im Gesundheitswesen?»	Sanofi-Synthélabo (Schweiz) AG, Managed Care, Postfach 361, 1217 Meyrin 1. Tel. 022-989 01 64. Fax 022-783 93 54. E-Mail: forumgesundheit@sanofi-synthelabo.com; Internet: www.forumgesundheit.ch
15. Januar 2005, 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
27.–28. Januar 2005, Freiburg	7. Nationale Gesundheitsförderungs-Konferenz	Moser Luthiger & Partner Consulting, Silvia Moser Luthiger, Im Leemann 6, 8805 Richterswil. Tel. 043-888 07 81. Fax 043-888 07 82. E-Mail: mlcons@bluewin.ch; Internet: www.gesundheitsfoerderung.ch
11. Februar 2005, Zürich	Elektronische Versicherten- und Gesundheitskarte	Euroforum Handelszeitung Konferenz AG, Postfach, Seestrasse 344, 8027 Zürich. Tel. 01-288 94 52. Fax 01-288 94 71. E-Mail: info@euroforum.com; Internet: www.euroforum.ch
24.–26. Februar 2005, Winterthur	Evidence Based Medicine	WIG (s. oben)
3.–5. März 2005, Berlin (D)	6. Jahrestagung DNEBM: «10 Jahre EBM in Deutschland – Was hat es gebracht?»	Deutsches Netzwerk evidenzbasierte Medizin e.V., c/o Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Martina Westermann, Wegelystrasse 3, Verbändehaus, D-10623 Berlin. Tel. 0049-30 4005 2539. Fax 0049-30 4005 2555. E-Mail: westermann@azq.de; Internet: www.ebm2005.de
10. März 2005, Olten	DRG-Fallkosten-Seminar	FHS – Fachhochschule für Wirtschaft, Technik und Soziale Arbeit, Teufenerstrasse 2, Postfach 630, 9001 St. Gallen. Tel. 071-228 63 28. E-Mail: wbwi@fhsg.ch; Internet: www.fhsg.ch/weiterbildung
12. März 2005, Winterthur	Evidence Based Medicine	WIG (s. oben)
17.–20. März 2005, Basel	2 nd International Conference «Clinical Ethics Consultation»	Institut for Applied Ethics and Medical Ethics, Nicola Stingelin, Missionsstrasse 21A, 4055 Basel. Tel. 061-260 21 90. Fax 061-260 21 95. Internet: www.iaeme.ch
7.–8. April 2005, Paris	World Health Care Congress – Europe	World Congress, Pascal Lardier, 500 West Cummings Park, Suite 5200, Woburn, MA 01801. USA. Tel. 001 781-939 2438. Fax 001 781-939 2490. E-Mail: p.lardier@worldcongress.com; Internet: www.worldcongress.com
13.–15. April 2005, London (UK)	10 th European Forum on Quality Improvement in Health Care	European Forum on Quality Improvement in Health Care, BMH Quality, BMA House, Tavistock Square, London WC1H 9JR. Tel. 0044-20 7383 6409. Fax 0044-20 7383 6869. E-Mail: quality@bma.org.uk; Internet: www.quality.bmjppg.com
25. April 2005, Aarau	Zwischen Reformdynamik und Verunsicherung: Bildungsreform im Gesundheitswesen	WE'G, Mühlemattstrasse 42, Postfach, 5001 Aarau. Tel. 062-837 58 58. Fax 062-837 58 69. E-Mail: info@weg-edu.ch; Internet: www.weg-edu.ch
12. Mai 2005, Zürich	7. Schweizerisches Forum der sozialen Krankenversicherung	RVK RÜCK, Geschäftsstelle, Haldenstrasse 25, 6006 Luzern. Tel. 041-417 01 11. Fax 041-417 01 11. E-Mail: info@rvk.ch; Internet: www.rvk.ch
25. Mai 2005, Zürich	Symposium «Forum Managed Care»	Forum Managed Care, c/o College-M, Freiburgstrasse 41, 3010 Bern. Tel. 031-632 30 26. Fax 031-632 30 25. E-Mail: info@forummanagedcare.ch; Internet: www.forummanagedcare.ch
8.–10. Juni 2005, San Diego (USA)	1 st Annual International Summit on Redesigning Hospital Care	Institute for Health Care Improvement (s. oben)
22. Juni 2005, Bern	2. Schweizerischer Kongress für Gesundheits- und Pharmakoökonomie	Künzi Beratungen, Schachenstrasse 21, Postfach, 4702 Oensingen. Tel. 062-396 10 49. Fax 062-396 24 10. E-Mail: info@kuenzicons.ch; Internet: www.msdc.ch
22.–24. Juni 2005, Aarau	Prozessmanagement im Spital und Heim	Hplus Bildungszentrum, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. E-Mail: bildung@hplus.ch; Internet: www.kurse.hplus.ch
23.–24. Juni 2005, Bern	Swiss Public Health Conference	Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen SGPG, Zentralsekretariat, Effingerstrasse 40, Postfach 8172, 3001 Bern. Tel. 031-389 92 86. Fax 031-389 92 88. E-Mail: info@sgpg.ch; Internet: www.sgpg.ch

Datum, Ort	Weiter- und Fortbildung	Kontaktadresse
Beginn: 10. März 2005 (13 Tage), Winterthur	Gesundheitssystem und Gesundheitspolitik Schweiz und Ausland	WIG (s. oben)

Datum, Ort	Weiter- und Fortbildung	Kontaktadresse
14. März–10. Juni 2005, Basel	Health Care and Management in Tropical Countries	Swiss Tropical Institute, Course Secretariat, Socinstrasse 57, P.O. Box, 4002 Basel. Tel. 061-284 82 80. Fax 061-284 81 06. E-Mail: courses-sti@unibas.ch; Internet: www.sti.ch
Beginn: 11. April 2005 (25 Tage), Einsiedeln	Führen in einem Gesundheitszentrum	Hplus (s. oben)
23.–27. Mai 2005, Lausanne	Your Future in Health Care: Matching Costs and Benefits	Isabelle Chapuis, Executive Education, Institute of Health Economics and Management IEMS, Université de Lausanne, César-Roux 19, 1005 Lausanne. Tél. 021-314 49 86. Fax 021-314 69 11. E-Mail: executive.health@unil.ch; Internet: www.hec.unil.ch/iems
13. Juni–1. Juli 2005, Basel	Health District Management: Planning and Programme Design	Swiss Tropical Institute (s. oben)
Beginn: 13. Juni 2005 (40 Tage), Aarau	Interdisziplinäre Führung	Hplus (s. oben)
Beginn: 19. August 2005 (12 Tage), Winterthur	Medizin- und Spitalinformatik	WIG (s. oben)

Hinweise erwünscht:

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

Leserbrief

Falsch, weil unüblich? (Duplik)

Zu: S. Bradke: Untaugliche Annahmen – falsche Resultate! MC 7/04

Hohn und Spott über eine Arbeit zu vergiessen ist das eine, sachliche Argumente zu liefern das andere. Ersteres ist in der Regel ein Anzeichen dafür, dass man keine besseren Argumente vorzubringen hat. Wir möchten auch deshalb bei der zweitgenannten Art von Argumenten bleiben, die der Geschäftsführer der Ärzte mit Patientenapothek (APA), Sven Bradke, gegen unsere in «Managed Care» 6/2004 erschienene Studie über die Kosten der Selbstdispensation vorgebracht hat. Bradke hat die entscheidende Annahme richtig erkannt: Um eine Signifikanzaussage machen zu können, mussten die Leistungen dem Kanton des Leistungserbringers und nicht dem Wohnkanton des Versicherten zugewiesen werden. Dass diese Vorgehensweise einleuchtet, soll an einem einfachen Beispiel dargestellt werden: Konstantin Beck, Ko-Autor

der Studie, wohnt in Zug (einem Kanton mit Selbstdispensation) und arbeitet teilweise in Zürich (Mischsystem). Je nachdem, wo er zum Arzt geht, fallen seine Daten in den einen oder anderen Kanton. Geht er in Zürich zum Arzt, so gelten die Zürcher Gesetze, auch wenn er Zuger ist. Bradke vermutet, dass die durch den «Grenzverkehr» entstehenden Kostenverschiebungen klein sein dürften. In Tat und Wahrheit sind genau sie aber entscheidend. Es leuchtet uns nicht ein, warum die logisch korrekte Zuweisung der Daten falsch sein soll, nur weil sie für den Geschäftsführer der APA unüblich ist. Zudem stützt die ökonomische Theorie, sobald man die Anreizsituation der Ärzte mit jener der Apotheker vergleicht, unseren Befund. Was die Analyse tatsächlich erschwert, ist der Umstand, dass die

Sprachgrenze mit den Unterschieden im Abgabesystem bis zu einem gewissen Grad korreliert.

Wir sind gespannt auf weitere, technisch ernst zu nehmende Diskussionsbeiträge, die unsere Methodik kritisch analysieren. Das für uns Erfreulichste am Ganzen ist, dass sich die Zeitschrift «Managed Care» für eine Publikation unabhängig vom Resultat aussprach, womit sie den Tatbeweis lieferte, die sachliche Diskussion im Gesundheitswesen fördern zu wollen.

*PD Dr. oec. Konstantin Beck, Leiter
Mathematik und Statistik,
CSS Versicherung, Luzern
Dipl. Hydrologin Ute Kunze, Statistikerin,
CSS Versicherung, Luzern
Dr. oec. HSG Willy Oggier,
Gesundheitsökonomische
Beratungen AG, Zürich*

Kostenentwicklung 1999–2003

Von 14.6 Milliarden im Jahr 1999 zu 18.2 Milliarden im Jahr 2003: So haben sich die Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) entwickelt. Die Analyse des Datenpools von Santésuisse erlaubt nun, Unterschiede zwischen einzelnen Gruppen von Leistungserbringern, Leistungsarten, Kantonen, Alter und Geschlecht aufzuzeigen. Die Resultate dieser Analyse hat Isabelle Sturny im Obsan-Arbeitsdokument Nr. 10 veröffentlicht.

Obwohl die Kosten der OKP nur einen Drittel der gesamten Kosten im Gesundheitswesen ausmachen – Sozialversicherungen, Unfallversicherungen, der Staat und vor allem auch private Haushalte bezahlen den Rest – ist es gemäss Sturny wahrscheinlich, dass eine «gewisse Übereinstimmung» mit dem gesamten Gesundheitswesen vorhanden ist. (bc)

Quelle: Isabelle Sturny: 5-Jahres-Vergleich 1999–2003 der Kosten der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung in der Schweiz. Analyse der Ausgaben der Krankenversicherer OKP mit dem Datenpool von Santésuisse. Arbeitsdokument Nr. 10. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuenburg 2004.

«Persönliche Assistenz» im Kanton Waadt

15 behinderte WaadtländerInnen konnten dank PACHa zu Hause leben und mussten nicht in einer Institution gepflegt werden – beispielsweise auch eine Mutter mit kleinen Kindern, die an Multipler Sklerose leidet. PACHa (projet d'aide par une centrale d'employeurs handicapés) ist ein zweijähriges Pilotprojekt zur persönlichen Assistenz der Pro Infirmis im Kanton Waadt, das soeben abgeschlossen wurde. Die Behinderten konnten nach ihren Bedürfnissen ihr eigenes Personal einstellen, die Administration (Lohnzahlungen, Versicherungen etc.) wurde von einer Zentrale geregelt. Mit der persönlichen Assistenz können die Behinderten auswählen, wer sie pflegt, und auch wann sie die Hilfe zum Aufstehen oder Duschen möchten. Damit gewinnen sie mehr Selbstbestimmung über ihr Leben.

Schweden hat die persönliche Assistenz 1994 landesweit eingeführt und gilt als beispielhaft. Es konnte damit

die Heimpopulation stark senken und somit auch die Aufwendungen für die Heime. In der Schweiz soll ein ähnliches System für die übernächste (sechste) IV-Revision geprüft werden. Als Kandidatin für ein grossangelegtes Pilotprojekt bewirbt sich auch das Waadtländer Projekt PACHa. (bc)

Quellen: Assistante médicale «On peut être gravement handicapé et continuer à vivre à domicile». 24heures, 18. Oktober 2004. Und: Mit Assistenz zu Autonomie. Neue Zürcher Zeitung, 18. Oktober 2004.

Gesundheitsdatenbanken in der Schweiz

Erstmals ist ein systematischer Überblick über die wichtigsten vorhandenen Datenbanken in der Schweiz zu Gesundheit und Gesundheitswesen erhältlich. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium hat in seinem Arbeitsdokument Nr. 6 eine handliche Kurzversion des Forschungsprotokolls des BASS, Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien, veröffentlicht. Darin werden 61 Datenbanken kurz beschrieben nach Datenproduzent, Erhebungszweck, Datentyp, Erhebungstyp, Erhebungsart und Website. So wird zum Beispiel über den Schweizerischen Diagnoseindex SDI berichtet, welcher in Hergiswil von der IHA IMS HEALTH erstellt wird. Er stellt das Diagnose- und Therapieverhalten niedergelassener Ärzte dar, was den Zusammenhang zwischen Diagnose und Verordnung erhellt. Oder es ist zu erfahren, dass die Schweizer Nährwertdaten vom BAG und der ETH Zürich erhoben werden und die Daten zum Risikoausgleich von der gemeinsamen Einrichtung KVG in Solothurn. Das Inventar dient als Übersicht zur Wissensbasis des schweizerischen Gesundheitswesens. (bc)

Quelle: Silvia Strub, Stefan Spycher und Theres Egger: Inventar ausgewählter Gesundheitsdatenbanken in der Schweiz. Arbeitsdokument Nr. 6. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuenburg 2004.

Telemedizin unter der Lupe

«Telemedizin bezeichnet Interaktionen zwischen Patienten und Behandelnden oder unter Behandelnden, wobei sich die Beteiligten nicht in unmittelbarem Kontakt miteinander befinden.» So definieren die AutorInnen der kürzlich erschienenen TA-

VORSCHAU

Schwerpunktthema: TESSIN

Erscheinungsdatum: 21. Januar 2005

MC: Schwerer Stand in der Grundversorgung

Spitalzusammenschluss

Hospice: Palliatives Betreuungsnetz

Informationskampagne über Patientenrechte

Change-Management im Spital

Leistungsvertrag Staat-Spitem

Organisation der Rettungsdienste

Wege zu einer reformierten Gesundheitsversorgung

Swiss-Studie zur Telemedizin die Telemedizin. Diese relativ offene Definition lässt Raum für die Vielfalt telemedizinischer Anwendungen: Sie erstrecken sich von E-Mail Kontakten zwischen ÄrztInnen und PatientInnen bis zu computerunterstützter Raucherentwöhnung. Die AutorInnen haben nun die Chancen und Risiken der Telemedizin beleuchtet: Steigert Telemedizin die Lebensqualität, weil beispielsweise auch Randregionen besseren Zugang zu Spezialisten erhalten? Sind telemedizinische Lösungen wirtschaftlich? Wertet die Telemedizin die Pflege auf, zum Beispiel durch Call-Centers, oder geht der persönliche Kontakt verloren und damit ein wichtiges Charakteristikum des Berufsbilds? Und wo ist der Gerichtsstand, wenn ein Spezialist per Computer einen Patienten in einem anderen Land behandelt? Die 150-seitige Studie stellt Möglichkeiten und Grenzen der Telemedizin dar und listet auch auf, was zu tun ist: Klärung (wer darf was?), Koordination (der vielen Einzelprojekte) und Information (der Bevölkerung und der Behandelnden). (bc)

Quelle: Anne Eckhardt, Alois Keel, Andreas Schönenberger, Franz Buffon, Martin Oberholzer (2004): Telemedizin. Studie des Zentrums für Technologiefolgen-Abschätzung. Internet: www.ta-swiss.ch