

Die Schweizer Zeitschrift  
für Managed Care und Care Management

Schwerpunktthema:  
**Forschungsprioritäten  
für Managed Care**

Gesundheitsökonomie:  
Neue Capitationberechnung

Pflege:  
Case Management durch die Spitex

E-Health:  
Psychotherapie per E-Mail

Forum Managed Care:  
Symposium 2007  
und Ausschreibung Förderpreis

1 **MANAGED  
CARE**

30.1.2007  
[forummanagedcare.ch](http://forummanagedcare.ch)  
[tellmed.ch](http://tellmed.ch)

# Managed Care – wissenschaftlich bestätigt?

Seit Monaten, ja schon fast seit Jahren, wird auf allen Ebenen des Gesundheitssystems um Managed Care gerungen. Dabei geht es um die grundsätzliche Frage, ob Managed Care als Steuerungsprinzip Kosten und Qualität optimiert, wie auch um die konkrete Frage, welche Managed-Care-Modelle und -Instrumente welche Nutzen bringen. Dieses Ringen – ob im Parlament, in den Gesundheitsdirektionen, Kassen oder Versorgungs-

einrichtungen – findet (zu) häufig aufgrund anekdotischer Erfahrungen statt. «Die Vorteile von Managed Care müssen mit Fakten belegt sein», meint Erika Forster-Vanini, Ständerätin und Präsidentin Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK-SR) im Interview (siehe S. 25). Verständlich, denn eine Ausweitung von Managed Care kann – wie jede Steuerung in komplexen Systemen – nicht nur intendierte Wirkungen, sondern auch unerwünschte Nebenwirkungen haben.

Niemand würde sich ein neues Medikament oder eine neue Behandlung verschreiben lassen, welche vorgängig nicht auf alle Wirkungen und Nebenwirkungen wissenschaftlich geprüft wurde. Das sollte mit der Steuerung im Gesundheitssystem nicht anders sein! Die vorliegende Schwerpunktnummer will dazu einen Beitrag leisten, indem sie bestehende Forschungsergebnisse zusammenfasst, methodische Anforderungen an wissenschaftliche Projekte aufzeigt und insbesondere Forschungsprioritäten aus Sicht der verschiedenen Akteure des Gesundheitswesens postuliert. Es ist Zeit, vom heute «zuweilen saloppen Diskurs zu Managed Care auf eine wissenschaftlich fundierte Diskussion» umzusteigen (siehe Beitrag S. 7). Wir hoffen, die folgenden Beiträge sind Motivation für diesen Umstieg, Anstoss für Forschende und Anregung für alle Interessierten.

**PD Dr. Peter Berchtold**  
Präsident Forum Managed Care

**Prof. Dr. med. Matthias Egger**  
Direktor Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM), Universität Bern

## In eigener Sache

Liebe Leserinnen und Leser

Wir freuen uns, Ihnen zwei Neuerungen präsentieren zu dürfen. Die erste betrifft das Erscheinungsbild unserer Zeitschrift. Sie halten die erste Ausgabe von Managed Care im neuen Layout in Händen. Die einzelnen Beiträge sind nun noch übersichtlicher und lesefreundlicher gestaltet und wir hoffen, dass Ihnen die Zeitschrift im modernen Kleid ebenso gut gefällt wie uns.

Ausserdem berichten wir jetzt in jeder zweiten Ausgabe über E-Health. Es werden aktuelle Entwicklungen und Aspekte in diesem Bereich beleuchtet, welche für Managed Care relevant sind. Den ersten Beitrag zu E-Health finden Sie in dieser Ausgabe auf S. 37.

Redaktion und Verlag



**Peter Berchtold**



**Matthias Egger**

## SchwerpunkttHEMA: Forschungsprioritäten für Managed Care

- 7 Leer- oder Baustellen? Die wissenschaftliche Basis für Managed Care**  
Kurt Hess, Peter Berchtold  
Der zuweilen saloppe Diskurs über MC muss einer wissenschaftlich fundierten Diskussion weichen. Das Instrumentarium dazu steht bereit.
- 10 Methodische Rahmenbedingungen und Defizite**  
Matthias Egger  
Angesichts der methodischen und praktischen Herausforderungen bei der Evaluation von MC bieten sich alternative Forschungsansätze und Finanzierungsmodelle an.
- 13 Versorgungsqualität als wissenschaftliche Herausforderung**  
Peter Berchtold, Christof Schmitz  
Das Gesundheitswesen benötigt mehr Steuerung: Aus regulierender und finanzieller Sicht gilt es, die Kosten zu bremsen, für Patienten steht die Qualität im Vordergrund.
- 16 Forschung in der vernetzten Hausarztpraxis**  
Markus Battaglia  
Relevante Forschung aus Sicht des ärztlichen Leistungserbringers sollte primär auf die Grundversorger ausgerichtet sein.
- 19 Was Patienten und Versicherte wissen wollen**  
Regula Rička  
Um Forschungsprioritäten für MC abzuklären, braucht es vorweg eine Reflexion über die sich ändernden Wertvorstellungen in der Gesellschaft.
- 22 Mehr Forschung zu Effizienz und Qualität**  
Konstantin Beck  
Voraussetzung für aussagestarke Forschungsergebnisse sind Untersuchungen, bei denen die Gesamteffekte von Massnahmen den Gesamtkosten gegenübergestellt werden.
- 25 «Die Vorteile von Managed Care müssen mit Fakten belegt sein»**  
Erika Forster-Vanini  
Die Ständerätin und Präsidentin der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit erklärt im Interview, welche Forschungsthemen die Politik interessieren.
- 28 Gesundheitsökonomie  
Neue Capitationberechnung**  
Konstantin Beck, Urs Käser  
Zur Berechnung der Kopfpauschale pro Versicherten wurde eine neue Formel entwickelt, die erstmals auch identifizierte chronische Krankheiten mit einbezieht.

Die Schweizer Zeitschrift für Managed Care und Care Management  
Offizielles Organ des Forums Managed Care

**Verlag:**  
Rosenfluh Publikationen AG  
Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen

**Redaktioneller Beirat:**  
Georges Ackermann, \*Richard Altorfer, \*Lorenz Borer, Martin Denz, Kurt E. Hersberger, \*Kurt Hess, Claudio Heusser, Christian A. Ludwig, Josef Müller, \*Regula Rička, Georges F. Roux, Stefan Schindler, Hans Schmidt, \*Ruedi Wartmann, Mechthild Willi Studer, Rolf Zwygart  
\* Ausschuss des Redaktionellen Beirats

**Betreuung des SchwerpunkttHEMAS:**  
Matthias Egger, Peter Berchtold

**Redaktion:**  
Karin Diodà (kd)  
Dahliastrasse 8, 8008 Zürich  
Telefon 044-431 73 56, Fax 052-558 83 39  
k.dioda@rosenfluh.ch

Brigitte Casanova (bc)  
Rue Denis-de-Rougemont 36,  
2000 Neuchâtel  
Telefon und Fax 052-558 83 00  
b.casanova@rosenfluh.ch

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

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

**Anzeigenverkauf:**  
Doris Meier  
Dorfstrasse 16  
8556 Illhart  
Telefon 052-770 01 54, 079-621 96 12  
doris.meier@rosenfluh.ch

**Gestalterisches Konzept:**  
Team hp Schneider, AG für Gestaltung  
8352 Rätterschen

**DTP und Layout:**  
Rosenfluh Publikationen AG, Regina Hauser

**Druck:**  
stamm+co. AG, Grafisches Unternehmen  
8226 Schleithelm

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

**Abonnementspreise:**  
Erscheint achtmal jährlich  
Jahres-Abonnement: Fr. 160.–  
(Westeuropa: Fr. 209.–)  
Einzelheft: Fr. 25.– (inkl. Porto, plus MwSt.)  
Einzelheft-Bestellungen bitte an das  
Redaktionssekretariat.  
Diese Zeitschrift wird im  
EMBASE/Excerpta Medica indiziert.  
11. Jahrgang: ISSN 1422-6618

**© Copyright by  
Rosenfluh Publikationen AG.**  
Alle Rechte beim Verlag. Nachdruck und  
Kopien von Beiträgen und Abbildungen in  
jeglicher Form, wie auch Wiedergaben auf  
elektronischem Weg und übers Internet,  
auch auszugsweise, sind verboten bzw. be-  
dürfen der schriftlichen Genehmigung des  
Verlags.

**Hinweise:**  
Der Verlag übernimmt keine Garantie oder  
Haftung für Preisangaben oder Angaben zu  
Diagnose und Therapie, im Speziellen für  
Dosierungsanweisungen.

Mit der Einsendung oder anderweitigen  
Überlassung eines Manuskripts oder einer  
Abbildung zur Publikation erklärt sich der  
Autor/die Autorin damit einverstanden, dass  
der entsprechende Beitrag oder die entspre-  
chende Abbildung ganz oder teilweise in al-  
len Publikationen und elektronischen Medi-  
en der Verlagsgruppe veröffentlicht werden  
kann. Bei einer Zweitveröffentlichung wer-  
den der Autor informiert und die Quelle der  
Erstpublikation angegeben.

Managed Care ist online  
einsehbar (pdf-Format)  
unter [www.tellmed.ch](http://www.tellmed.ch)



- 32 Buchbesprechung**  
**Soziale Gerechtigkeit im Spital**  
 Werner Widmer  
 Das Werk «Krankenhaus und soziale Gerechtigkeit» beantwortet Fragen zur Organisationsethik, zu Anreizen in Entgeltsystemen und Rationierung, gibt aber keine Antworten zu dringenden Problemen der heutigen Situation.
- 34 Pflege**  
**Case Management durch die Spitex**  
 Maja Nagel Dettling, Hanspeter Inauen, Dominik Holenstein  
 Speziell ausgebildete Spitex-MitarbeiterInnen können dazu beitragen, die ambulant-stationären Schnittstellen zu verbessern und die Versorgung zu optimieren.
- 37 E-Health**  
**Psychotherapie per E-Mail**  
 Renate Bonifer  
 Diese Form von Telemedizin in der Psychiatrie kann sehr erfolgreich sein: kurze Therapiedauer mit guten Resultaten.
- 5 Rubriken**  
**Forum Managed Care**  
 Programm des Symposiums 2007 und Ausschreibung Förderpreis 2007
- 27 Kolumne**  
 Geringe oder andere Gesundheitskompetenz? – von Dagmar Domenig, Leiterin Departement Gesundheit und Integration, Schweizerisches Rotes Kreuz
- 39 Leserbrief**  
 DRG-Kodierung: Sicht der älteren Patienten vergessen
- 40 Resonanz**  
 Versachlichte Diskussion • Geschlechtergerechte Pflege • Alte Babyboomer • Kumpanei im Gesundheitsspiel
- 41 Veranstaltungskalender**  
 Veranstaltungen/Weiter- und Fortbildung
- 43 In Kürze**  
 Offene Turnhallen • Estland: Nationales Gesundheitsinformations-System geplant • Selbstmord mit 70 • Selbstmanagement bei Diabetes •••  
 Vorschau: Der Patient als Experte

**Korrigendum:**

In der Ausgabe 8/06, Seite 28, steht bei den Autoren des Artikels «Die Wund-sprechstunde – eine notwendige Einrichtung» versehentlich ein falscher Name: Diana Grywa ist in keiner Weise an diesem Beitrag beteiligt.

# Mehr Qualität und Patientensicherheit

## Managed Care als Schlüsselfaktor



Im konkreten Fall ist nur das Beste gut genug! Die uneingeschränkte Zugänglichkeit, vor allem aber die Qualität der gebotenen Behandlungen und das zu erwartende «Outcome» prägen die Erwartungen der Schweizer Patientinnen und Patienten an unser Gesundheitswesen. Zudem werden immer deutlicher Fragen zur Patientensicherheit gestellt. Gemäss den aktuellen Meinungsumfragen sind das die Themen, mit welchen sich Versicherte wie auch Patientinnen und Patienten in erster Linie beschäftigen. Kosteneinsparungen, höhere Selbstbehalte oder Prämienreduktionen werden erst in Funktion zum gebotenen Nutzen als wichtig erachtet.

Mit zunehmender Vielfalt und Komplexität in der Behandlung und Betreuung – besonders bei chronischen Krankheiten – sind die Behandlungsqualität und die Patientensicherheit direkt vom Zusammenspiel aller Beteiligten abhängig. Es reicht daher heute nicht mehr, wenn einzelne Untersuchungen, Behandlungen und Betreuungsmassnahmen qualitativ hochstehend sind. Was zählt ist die Qualität und das Endresultat. Hier will und kann Managed Care – im Sinne von effektivem und effizienzsteigerndem Management – der Schlüsselfaktor sein.

Am Symposium 2007 werden wiederum Experten aus dem In- und Ausland neue Im-

pulse einbringen sowie ihre Lösungsansätze und Erfahrungen im Management von Behandlungsprozessen vorstellen. Am Nachmittag bieten die interaktiven Workshops Ihnen Gelegenheit, Ihre eigenen Konzepte und Erfahrungen zur Diskussion zu stellen oder gemeinsam nach Lösungen im interessierten Fachpublikum zu suchen. Parallel dazu bieten verschiedene Projektpräsentationen einen aktuellen Überblick über laufende MC-Projekte in der Schweiz.

Zudem kann in zwei Educational Workshops wiederum allgemeines Managed-Care-Wissen erworben werden.

### Programm

- 08.30** Registrierung
- 09.15** Begrüssung
- 09.30** Qualität und Sicherheit: Erwartungen der Versicherten und Patienten an Leistungserbringende, Finanzierende und Regulierende
- 09.50** CIRS: Was kann Managed Care daraus lernen und was haben Patienten dazu zu sagen

## Programm Fortsetzung

- 10.30** Outcome-Messung: Bedeutung, Entwicklung und Herausforderungen
- 10.50** Pause
- 11.20** Prozessmanagement: Die Suche nach geeigneten Instrumenten
- 11.40** Patientensicherheit und Fehlerkultur: Warum Managed Care ein Schlüsselfaktor ist
- 12.00** Plenardiskussion
- 12.30** Verleihung Managed-Care-Förderpreis
- 12.45** Mittagessen
- 14.00** Erfahrungsaustausch (verschiedene Workshops, Durchführung parallel)  
– Interaktive Workshops  
– Projektpräsentationen  
– Educational Workshops
- 15.15** Pause
- 15.30** Erfahrungsaustausch (verschiedene Workshops, Durchführung parallel)  
– Interaktive Workshops  
– Projektpräsentationen  
– Educational Workshops
- 16.40** Plenardiskussion mit e-Voting
- 17.15** Symposiumsende und Apéro
- 18.30** Managed-Care-Networking-Dinner fakultativ  
In der alten Giesserei Oerlikon

## Förderpreis 2007

des Forums Managed Care

**Das Forum Managed Care verleiht anlässlich des Symposiums vom 6. Juni 2007 erstmals einen Förderpreis für herausragende Leistungen zur Entwicklung und Umsetzung von Managed Care im schweizerischen Gesundheitswesen.**

Die Preissumme beträgt 10 000 Franken. Prämiert werden besondere Projektarbeiten, welche die Zielsetzungen in der Behandlungsqualität, Patientensicherheit und der Outcomes bearbeitet und mit herausragenden Resultaten abgeschlossen haben. Die eingegangenen Projekte werden vom Vorstand des Forums Managed Care evaluiert und zuhanden des strategischen Beirats nominiert. Der strategische Beirat entscheidet über die Vergabe des Förderpreises.

### Teilnahmebedingungen

Alle zum Symposium 2007 angemeldeten Projekte und Studien, welche ganz oder hauptsächlich in der Schweiz erarbeitet und im Zeitraum zwischen dem 1. April 2005 und 31. März 2007 abgeschlossen wurden, sind für den Förderpreis angemeldet. Die Bewertung der Arbeiten erfolgt nach den Kriterien:

- Bezug zu den Themen des Symposiums 2007:
  - Behandlungsqualität**
  - Patientensicherheit**
  - Outcome**
- Nutznachweis von Vernetzung auf die medizinische Qualität oder die Wirtschaftlichkeit.

### Verleihung des Förderpreises

Der Förderpreis 2007 wird anlässlich des Symposiums 2007 verliehen. Die Preisübergabe findet, im Anschluss an die Hauptreferate, am Vormittag des 6. Juni 2007 statt. Das prämierte Projekt wird in der Zeitschrift Managed Care vorgestellt.

### Call for Abstracts

#### Anmeldung der Projekte

Das Forum Managed Care lädt alle Interessierten ein, am Symposium vom 6. Juni 2007 ihre wissenschaftlichen Studien, Optimierungsprojekte, Initiativen oder Innovationen in Form von Präsentationen oder interaktiven Workshops vorzustellen. Die Arbeiten sollen die Evaluation oder Steigerung der Leistungsqualität zur Zielsetzung haben und auf kosten- oder qualitätseffektiven Integrationskonzepten, -modellen oder -instrumenten beruhen.

Der Vorstand des Forums Managed Care nimmt Zusammenfassungen von einer A4-Seite bis zum 31. März 2007 entgegen.

Anmeldungen können unter [info@forummanagedcare.ch](mailto:info@forummanagedcare.ch) eingereicht werden.



# Leer- oder Baustellen? Die wissenschaftliche Basis für Managed Care

**Welche Wirkungen haben die Steuerungsimpulse von Managed Care auf die Kosten-Nutzen-Optimierung des Gesamtsystems? Mit dieser Fragestellung ist im Januar 2006 eine Literaturanalyse des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums<sup>1</sup> publiziert worden, die sich mit den wissenschaftlichen Grundlagen für die praktizierten Instrumente und Versorgungsmodelle befasst. Die gleichen Autoren greifen hier die Frage auf, welcher Forschungsbedarf daraus abzuleiten ist.**

**Kurt Hess, Peter Berchtold**

Um gleich die Frage der Leerstellen zu klären: Es fehlt nicht an Bemühungen, dem Erfolg von Managed Care auf die Spur zu kommen, doch der Fundus an wissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen zur Kosten- und Qualitätseffektivität ist schmal und löchrig. Dies erstaunt umso mehr, als die integrierte Versorgung und die Versorgungssteuerung mit ihren teils jahrelang praktizierten Modellen und Instrumenten eine zentrale Rolle bei der laufenden KVG-Revision spielen. Als «perhaps the most important finding» bezeichnen Autoren von einigen Cochrane

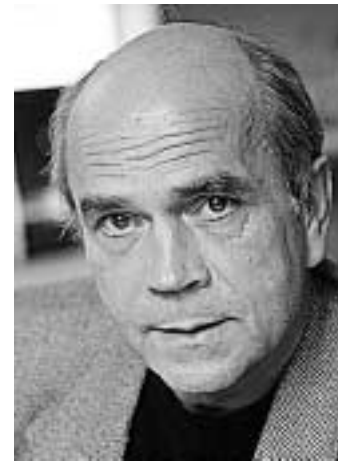
Reviews, dass nur wenige Studien ihre Einschlusskriterien erfüllen. Diese Erkenntnis trifft auch für die meisten Instrumente (Gatekeeping, Case Management, Disease Management, Guidelines, Demand Management, Vergütungsformen) wie auch für die Versorgungsmodelle (Hausarztnetze, HMO-Praxen) zu.

## Das Steuerungsinstrumentarium

Von den Managed-Care-Instrumenten werden in der Literatur vor allem die medizinischen *Guidelines* positiv beurteilt. Manche Arbeiten belegen, dass dieses Instrument Outcome, Effektivität und Effizienz einer Behandlung zu optimieren vermag. Allerdings führt eine lediglich passive Verbreitung der Guidelines kaum zu deren Implementierung. Die umfassendere Implementierungsstrategie sind Guideline-basierte, integrierte Behandlungsprozesse, das *Disease*

**Von den MC-Instrumenten werden in der Literatur vor allem die medizinischen Guidelines positiv beurteilt.**

*Management*. Dieses Instrument kommt im europäischen Raum erst allmählich zu einer breiteren Anwendung, entsprechend finden sich hier nur punktuelle Evidenz-Hinweise. Das *Case Management* in seinen verschiedenen Formen wird seit Jahren in der Gesundheitsversorgung angewendet, es existiert jedoch wenig Evidenz für positive Effekte auf Krankheitsverlauf, Betreuungsergebnisse oder Kosten. Der am intensivsten



Kurt Hess



Peter Berchtold

1 Peter Berchtold, Kurt Hess (2006). Evidenz für Managed Care. Europäische Literaturanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Schweiz: Wirkung von Versorgungssteuerung auf Qualität und Kosteneffektivität; Arbeitsdokument Nr. 16 des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Neuchâtel

evaluierte Einsatzbereich von Case Management ist die Betreuung von Langzeitpatienten mit schweren psychiatrischen Krankheiten. Doch auch dazu können die Reviews oder grossen Studien keine eindeutigen Vorteile nachweisen.

Das *Demand Management*, das heisst die telefonischen Beratungs- und Versorgungsdienste, findet in der Schweiz zunehmend Akzeptanz und Verbreitung. Übereinstimmend weist keine der untersuchten Studien auf eine Einschränkung der Patientensicherheit hin. Bis auf die für Schweizer Verhält-

**Der am intensivsten evaluierte Einsatzbereich von Case Management ist die Betreuung von Langzeitpatienten mit schweren psychiatrischen Krankheiten.**

nisse nur beschränkt aussagekräftigen englischen Studien gibt es jedoch keine Evidenz, dass telefonische Beratungsdienste Art, Umfang und Kostenfolgen der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen günstig beeinflussen. Was die *Vergütungsform* der Ärzteschaft betrifft, fanden die Autoren eine einzige Review der Cochrane Library. Die klarste Evidenz weist dabei die Beobachtung auf, dass unter dem Einzelleistungstarif mehr Praxisleistungen erbracht werden als unter einer Capitation oder fixen Salarierung. Es fand sich keine Studie, die das Bonus-Malus-System von Hausarztnetzen untersucht und mit der konventionellen Vergütung vergleicht. Dem *Gatekeeping* attestiert die Literatur einen dämpfenden Effekt auf die Gesamtleistungskosten, den Ressourcenaufwand pro Konsultation, den Einsatz apparativer Medizin, die Anzahl Konsultationen sowie Überweisungen. Allerdings wird dieses Instrument in keinem Versorgungsmodell isoliert angewendet, sondern immer im Kontext mit anderen Instrumenten, sodass keine direkte Kausalität postuliert werden kann.

**Die alternativen Versorgungsmodelle**

Die Schweiz gilt in Bezug auf die Managed-Care-Modelle (und weniger in Bezug auf die Instrumente) als europäisches Pionierland. Daher finden sich gleich mehrere Studien

schweizerischer Provenienz zu HMO und HAM.

Für die *HMO-Modelle* finden sich drei Gruppen von je vier Studien: Evaluation der Pilot-HMO-Praxen durch das BSV 1990–1994, Evaluation des HMO-Plans der Universität Genf 1991–1998 und die Auswertung des Datenmaterials der SWICA 1999–2003 (wird fortgesetzt). Auch wenn die zwölf ausgewählten HMO-Studien in Bezug auf Aktualität, Studiensetting und Art der Risikokorrektur nicht vergleichbar sind, fällt auf, wie konsistent diese Arbeiten auf einen Kostenvorteil des HMO-Modells von 20 bis 35 Prozent hinauslaufen. Daraus lässt sich mit hoher Wahrscheinlichkeit auf ein reales substanzielles Einsparpotenzial schliessen.

Mit ähnlich hoher Wahrscheinlichkeit ist das Einsparpotenzial der *Ärztetze* deutlich tiefer als dasjenige der HMOs. Eine beachtliche Zahl schweizerischer Netzwerkstudien weist auf eine Kostenersparnis von 7 bis 26 Prozent hin. Dabei fällt auf, dass die untersuchten Ärztenetze sich im Organisations- und Verbindlichkeitsgrad stark unterscheiden und deshalb keine homogene Basis darstellen. Der gemeinsame Nenner beschränkt sich meist auf das Gatekeeping.

**Forschungsdefizite**

Zunächst erstaunt die geringe Zahl wissenschaftlich fundierter Aussagen zu den Instrumenten wie zu den Versorgungsmodellen. Insbesondere bei den Hausarztmodellen zeigt sich ein beachtlicher Forschungsbedarf. Auch mangelt es an einer

**Es fand sich keine Studie, die das Bonus-Malus-System von Hausarztnetzen untersucht und mit der konventionellen Vergütung vergleicht.**

konsequenter Definition für den Begriff Ärztenetz. Weitere klare Forschungsdefizite werden für das Disease Management, das Case Management und die Wahl der Vergütungsform nachgewiesen.

Es fällt weiter auf, dass die postulierten Einsparpotenziale meist voreilig mit einer Verbesserung der Wirtschaftlichkeit gleichge-



stellt werden. Praktisch allen untersuchten Studien gemeinsam sind in diesem Zusammenhang folgende Mankos:

- Die Kosteneffektivität ist nur die eine Seite der Kosten-Nutzen-Betrachtung. Es bleibt ungeprüft, ob die Einspareffekte der alternativen Versorgungsmodelle auf

**Es fällt weiter auf, dass die postulierten Einsparpotenziale meist voreilig mit einer Verbesserung der Wirtschaftlichkeit gleichgestellt werden.**

verbesserte Effizienz oder unterlassene Massnahmen zurückzuführen sind.

- Wirtschaftlichkeit darf nicht isoliert von der Qualität untersucht werden. Keine der geprüften Studien untersucht das Outcome einer Behandlung, abgesehen von Befragungen zur Patientenzufriedenheit in einigen Studien. Die Frage, inwiefern sich die klinischen Qualitäten der alternativen und der konventionellen Modelle entsprechen, bleibt unbeantwortet, wird aber seit fünfzehn Jahren intensiv diskutiert. Die Instrumente, um diese Frage zu beantworten, sind heute verfügbar.
- Bisher nicht untersucht ist die Wirkung der integrierten Behandlung und Betreuung – über die gesamte Versorgungskette hinweg – auf Wertschöpfung, (Ergebnis-) Qualität und Patientenbezogenheit.

### Handeln statt diskutieren

Soweit die beachtlichen Leer- und Baustellen in der Forschung. Die seit langer Zeit andauernde Kontroverse um das Steuerungspotenzial von Managed Care wird oft mehr auf der Basis von Plausibilitätsüberlegungen und anekdotischen Erfahrungen geführt

**Es ist an der Zeit, dass der zuweilen saloppe Diskurs einer wissenschaftlich fundierten Diskussion weicht und dann fürs Erste abgeschlossen wird.**

denn aufgrund von schlüssigen Evidenzen. So scheint es durchaus plausibel, dass eine stärker vernetzte Versorgung effizienter und

qualitativ besser ist als eine weniger koordinierte Versorgung. Auch ist bekannt, welches grosses Gewicht gewisse Ärztenetze und HMO-Anbieter auf das Qualitätsmanagement legen. Doch gilt es nicht diejenigen zu überzeugen, die dies bereits aus eigener Erfahrung wissen. Es ist an der Zeit, dass der zuweilen saloppe Diskurs einer wissenschaftlich fundierten Diskussion weicht und dann fürs Erste abgeschlossen wird. Das Instrumentarium dazu steht bereit. Nur so können die teils seit langem praktizierten Prinzipien des Managed Care eine für das Gesamtsystem prägende, effektive und von allen Akteuren mitgetragene Breitenentwicklung entfalten.

Autoren:

**Dr. med. et lic. oec. Kurt Hess**

Projekte und Beratung im Gesundheitswesen  
Grossmünsterplatz 1  
8001 Zürich  
kurt.hess@hin.ch

**PD Dr. Peter Berchtold**

College-M  
Freiburgstrasse 41  
3010 Bern 16  
peter.berchtold@college-m.ch

# Methodische Rahmenbedingungen und Defizite

**Die Evaluation von Managed Care ist mit besonderen methodischen und praktischen Herausforderungen verbunden. Die Interventionen sind in der Regel komplex, klassische randomisierte Studien oft nicht durchführbar, und die Finanzierung unklar. Alternative Forschungsansätze und Finanzierungsmodelle bieten sich an.**

**Matthias Egger**

Managed Care ist ein vielversprechendes Modell für eine qualitativ gute und kostengünstige Medizin, und ein möglicher Lösungsansatz für die chronische Finanzkrise der gesetzlichen Krankenversicherung [1]. In den USA hat MC in der Tat einen Beitrag zur Senkung der Gesundheitskosten geleistet. Zum Beispiel in Südkalifornien, wo MC seit 1980 immer grössere Verbreitung fand [2]. MC hat aber auch Schattenseiten: Es besteht die Gefahr, dass die Interessen von Versicherungen und Ärzteschaft im Vordergrund stehen, während das Wohl des kranken Menschen in den Hintergrund gedrängt wird [3, 4]. In den USA sind MC-Organisationen nicht selten profitorientierte Aktiengesellschaften, die an der Börse kotiert sind. Dass diese Entwicklung verschiedene Bundestaaten dazu veranlasst hat, Gesetze zur Mindestbehandlung einzuführen, lässt aufhorchen. Die Erfahrungen aus den USA können natürlich nicht einfach auf die Schweiz übertragen werden: die erwünschten und unerwünschten Wirkungen von MC müssen deshalb auch bei uns evaluiert und erforscht werden. Aber wie soll das vonstattengehen?

**Was ist Managed Care eigentlich?**

Für die Evaluation der Wirksamkeit medizinischer Interventionen steht uns in Form randomisierter, kontrollierter Studien ein erprobtes Instrument zur Verfügung, das nicht nur für die Wirksamkeitsprüfung von Medikamenten geeignet ist. So gibt es zum Beispiel 33 randomisierte Studien, die bei Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz ein Disease-Management-Programm mit konventioneller Betreuung verglichen. Eine Metaanalyse dieser Studien zeigte kürzlich eine substanzielle Reduktion von Hospitalisationen und Sterblichkeit [5]. Damit sind eine einheitliche und zeitgleiche Beobachtungsdauer, klar definierte Endpunkte und eine geeignete Kontrollgruppe gegeben. Ist somit alles in Ordnung, und die Evaluation von MC «business as usual»?

Natürlich nicht: Die Probleme beginnen bereits mit der Definition der Intervention. Für die einen steht die gesteuerte Behandlung der Patienten im ambulanten und stationären Bereich im Vordergrund, zum Beispiel im Rahmen der erwähnten Disease-Management-Programme. Andere betonen, dass bei MC dieselbe Organisation sowohl für die medizinische Versorgung wie auch für die Finanzierung der Leistungen verantwortlich ist, zum Beispiel in einer von einer Versicherung betriebenen Health-Maintenance-Organisation (HMO). Schliesslich werden nicht selten auch Vergütungsmechanismen, die, wie die Fall- oder Kopfpauschale, gezielte Anreize setzten, als MC bezeichnet. Die Definition der zu evaluierenden Intervention ist somit ein erster wichtiger Schritt.



**Matthias Egger**

Meistens wird es sich um ein komplexes Paket verschiedener Teilinterventionen handeln, was besondere Herausforderungen mit sich bringt.

### **Komplexe Interventionen**

Disease-Management-Programme und viele andere Interventionen oder Organisationsformen von MC bestehen aus einer Vielzahl von miteinander verknüpften Elementen,

**Eine einheitliche Definition von MC existiert nicht und der Begriff wird für verschiedene Organisationsformen und Management-Instrumente verwendet.**

die einander bedingen und sich nicht isoliert untersuchen lassen. Zum Beispiel hängt der Erfolg der Betreuung und Behandlung bei HIV-1-infizierten Patienten nicht nur von der verwendeten antiretroviralen Kombinationstherapie ab, sondern auch von der Behandlungstreue des Patienten. Diese wiederum wird durch das Schulungsprogramm und die Kompetenz und Motivation des Betreuungsteams beeinflusst [6]. Die Evaluation einer komplexen Intervention sollte deshalb idealerweise in einem mehrstufigen Verfahren erfolgen, wie von einer Arbeitsgruppe des United Kingdom Medical Research Council (MRC) ausführlich dargelegt [7]. In einem ersten Schritt werden die relevanten Komponenten und möglichen Wirkungsmechanismen definiert, wobei qualitative Methoden, etwa Fokusgruppen, eine wichtige Rolle spielen können. Danach wird die Machbarkeit, Konsistenz und Akzeptanz getestet. Dabei werden oft verschiedene Versionen der komplexen Intervention geprüft, die Kontrollintervention definiert und die Erfassung der Endpunkte pilotiert. Erst dann wird die Planung der Hauptstudie in Angriff genommen. Dabei handelt es sich in der Regel um einen grossen randomisierten Trial, wobei die Randomisierung oft auf einer übergeordneten Ebene (Praxis, Spital, geografische Einheit), und nicht auf Ebene des Individuums erfolgt [7]. Begleitende qualitative Forschung kann auch während dieser Phase nützlich sein. In einem letzten Schritt wird

schliesslich die breite Implementation untersucht, wobei hier Uptake und Akzeptanz im Vordergrund stehen.

### **Schrittweises Evaluieren und Implementieren**

Aus verschiedenen Gründen sind randomisierte Studien zur Evaluation von MC oft nicht durchführbar, und dies gilt leider auch, und besonders, in der Schweiz. Ein möglicher Kompromiss, der sich die in der Regel schrittweise Implementation einer Intervention zu Nutzen macht, ist das sogenannte Stepped-Wedge-Design<sup>1</sup> [8]. Die Einführung eines Disease-Management-Programms in Allgemeinpraxen erfolgt zum Beispiel oft über eine gewisse Zeit: das Team zieht von einer Praxis zur nächsten. In dieser Situation kann die Reihenfolge der Einführung randomisiert werden, und die relevanten Endpunkte bei allen Praxen oder Patienten fortlaufend erhoben werden, unabhängig davon, ob die Intervention bereits eingeführt wurde oder nicht. Diese dem «cross-over»-Design<sup>2</sup> verwandte Studienanlage schafft eine randomisierte Vergleichsgruppe und ist, wenn korrekt analysiert [9], ein guter Kompromiss. Dieses Studiendesign wird zurzeit noch zu selten angewandt. Ein kürzliches

**Die Evaluation einer komplexen Intervention sollte deshalb idealerweise in einem mehrstufigen Verfahren erfolgen.**

Beispiel betraf die Einführung eines intensivmedizinischen Weiterbildungsprogramms und Konsiliardienstes für allgemeine Spitalabteilungen, welches zu einer Reduktion der Spitalmortalität führte [10]. Leider dominieren in der Literatur weiterhin ungeplante

1 Stepped-Wedge-Design: Schrittweise Einführung einer Intervention, zum Beispiel in einer Anzahl Hausarztpraxen, wobei die Reihenfolge der Einführung nach dem Zufallsprinzip erfolgt. Ein randomisierter Vergleich von Praxen mit und ohne Intervention wird dadurch möglich.

2 Cross-Over-Design: In der klinischen Forschung verwendetes Studiendesign. Die Patienten erhalten nach dem Zufallsprinzip zuerst Prüf- oder Kontrollsubstanz und wechseln nach einer definierten Periode auf das andere Medikament. Wird in der Regel als Doppelblindstudie durchgeführt.

Ad-hoc-Analysen von Routinedaten, ohne geeignete Vergleichsgruppen oder valider Erfassung der Endpunkte.

### Fehlende Finanzierung

Das schweizerische Gesundheitswesen verschlingt jedes Jahr ungefähr 50 Milliarden Schweizer Franken, für ein strukturiertes Forschungs- und Entwicklungsprogramm fehlt jedoch das Geld. In anderen Ländern existieren derartige Programme schon seit langem. Zum Beispiel in Grossbritannien, wo dem National Health Service (NHS) für die Periode 2006/2007 über 700 Millionen Pfund zur Verfügung gestellt wurden, die schwergewichtig für die Bereiche «Health Technology Assessment (HTA)», «Service Delivery and Organisation» und «New and Emerging Applications of Technology» verwendet werden. Diese Mittel stammen nicht etwa aus dem Budget für Forschung, son-

### Leider dominieren in der Literatur weiterhin ungeplante Ad-hoc-Analysen von Routine- daten, ohne geeignete Vergleichsgruppen oder valider Erfassung der Endpunkte.

dern aus den Mitteln für das Gesundheitssystem. In Deutschland werden Disease-Management-Programme für chronisch Kranke eingeführt, wobei eine Evaluation der Programme vom Gesetzgeber vorgeschrieben ist [11]. Die dabei entstehenden Kosten müssen die Krankenkassen übernehmen. Bei uns wird auf ähnliche Weise die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz finanziert: aufgrund von Art. 20 KVG werden die Aktivitäten der Stiftung durch jährliche Beiträge aller in der Schweiz lebenden Personen finanziert (Fr. 2.40 pro Person/Jahr, total 17 Millionen Franken pro Jahr). Wäre ein ähnliches Modell nicht auch für die Finanzierung der Evaluation im Gesundheitswesen wünschenswert und tragbar?

Autor:

**Prof. Dr. med. Matthias Egger**

Direktor Institut für Sozial-  
und Präventivmedizin (ISPM)  
Universität Bern  
Finkenhubelweg 11  
3012 Bern  
egger@ispm.unibe.ch

### Literatur:

1. Kayser B, Schwefing B. Managed Care und HMOs: Lösung für die Finanzkrise der Krankenversicherung? Bern: Huber, 1998.
2. Southam AM. The Southern California HMO marketplace: growth, innovation and integration. *J Ambul Care Manage* 1991; 14: 1–8.
3. Gysling E. Modern Times. pharma-kritik 1996; 17 (Nr. 24).
4. Rodwin MA. Conflicts in managed care. *N Engl J Med* 1995; 332: 604–7.
5. Roccaforte R, Demers C, Baldassarre F, Teo KK, Yusuf S. Effectiveness of comprehensive disease management programmes in improving clinical outcomes in heart failure patients. A meta-analysis. *Eur J Heart Fail* 2005; 7: 1133–44.
6. Solomon L, Flynn C, Lavetsky G. Managed care for AIDS patients: is bigger better? *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005; 38: 342–7.
7. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ* 2000; 321: 694–6. siehe auch <http://www.mrc.ac.uk/Utilities/Documentrecord/index.htm?d=MRC003372>
8. Brown CA, Lilford RJ. The stepped wedge trial design: a systematic review. *BMC Med Res Methodol* 2006; 6: 54.
9. Hussey MA, Hughes JP. Design and analysis of stepped wedge cluster randomized trials. *Contemp Clin Trials* 2006.
10. Priestley G, Watson W, Rashidian A, Mozley C, Russell D, Wilson J et al. Introducing Critical Care Outreach: a ward-randomised trial of phased introduction in a general hospital. *Intensive Care Med* 2004; 30: 1398–404.
11. Gerlach FM, Beyer M, Szecsenyi J, Raspe H. Evaluation von Disease-Management-Programmen – Aktuelle Defizite, Anforderungen, Methoden. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* 2003; 97: 495–501.

# Versorgungsqualität als wissenschaftliche Herausforderung

**Das Gesundheitswesen benötigt ein Mehr an Steuerung: Aus Sicht der Regulierenden und Finanzierenden gilt es vor allem, die steigenden Kosten zu bremsen. Für die Versicherten und Patienten wiederum – dies zeigen Umfragen – steht die Qualität der Gesundheitsversorgung im Vordergrund.**

Peter Berchtold, Christof Schmitz

Dieser Steuerungsbedarf impliziert unmittelbar die Frage der Steuerungsart. Dabei sind Gesundheitsgüter sogenannte öffentliche Güter, die mindestens teilweise solidarisch finanziert werden, weil die Gesellschaft an der Gesundheit ihrer Mitglieder interessiert ist.

Die Frage stellt sich in allen Gesundheitssystemen: Welcher Art kann sinnvolle Steuerung sein? Diese Frage ist reich an Herausforderungen, denn in komplexen Systemen – ganz in Analogie zur Medizin – haben steuernde Eingriffe nicht nur erwünschte Wirkungen, sondern auch mehr oder weniger kontraproduktive Nebenwirkungen. Ein eindrückliches Beispiel dazu: die meist national verordnete Umstellung der Leistungsabrechnung auf das Fallpauschalensystem der sogenannten Diagnosis Related Groups (DRG), eine aus ökonomischer Sicht höchst sinnvolle Massnahme. Gleichzeitig zeigen neue Untersuchungen paradoxe Effekte dieses ökonomischen Steuerungssystems: Es droht nicht nur ein erheblicher administrativer Mehraufwand und implizite Rationierung, auch können dadurch Behandlungen teurer statt kostengünstiger, und Pro-

zesse fragmentierter statt koordinierter werden [1].

## Welche Anreizsysteme?

Steuern auf Systemebene bedeutet einerseits gesetzliche Rahmenbedingungen und andererseits Anreize zu setzen, welche das Verhalten der verschiedenen Akteure – Finanzierende, Leistungsanbieter sowie Patienten/Versicherte – in die gewünschte Richtung lenken. Ein prekäres Unterfangen, wie unsere Erfahrungen nach zehn Jahren KVG und viele kontroverse Diskussionen zeigen. Prekär deshalb, weil diese Diskussionen vielfach auf der Basis spezifischer und disparater Wertehaltungen der jeweiligen Akteure geführt werden (müssen) [2].

In welche Richtungen sollen zukünftige Anreizsysteme wirken? Obwohl dazu (noch) kaum relevante Forschungsergebnisse vorliegen, können aufgrund der angesprochenen Erfahrungen und Kontroversen einige *grundsätzliche* Richtungen postuliert werden:

- Versicherte und Patienten sollen in ihren Gesundheitskompetenzen (health literacy) gefördert werden. Das bedeutet, ihre Fähigkeiten zu stärken, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich auf ihre Gesundheit positiv auswirken und die ihnen helfen, im Krankheitsfall Behandlungs- und Betreuungskonzepte aktiv mitzugestalten. Denn fehlende Gesundheitskompetenzen können die Behandlungsqualität beeinträchtigen (zum Beispiel durch tiefere Patientencompliance) und kostentreibend wirken (zum Beispiel durch unnötige Untersuchungen) [3]. Aus-



Peter Berchtold



Christof Schmitz



serdem ist zu erwarten, dass sich fehlende Gesundheitskompetenzen in der traditionellen Versorgung gravierender auswirken als in der integrierten Versorgung.

- Leistungsanbieter sollen zu mehr Integration und Vernetzung motiviert werden, das heisst, insbesondere ihre Behandlungsprozesse enger und verbindlicher zu verzahnen. Denn gerade bei

### **Bis heute ist wenig über Bedeutung und Wirkung von Gesundheitskompetenzen bekannt.**

komplexen Behandlungen, beispielsweise chronischer Patienten, ist die Ergebnisqualität und die Patientensicherheit nicht nur Aufgabe der einzelnen beteiligten Professionellen. Zunehmend an Bedeutung gewinnt auch deren Zusammenspiel, mit anderen Worten der Integrationsgrad. Dies wird erst recht im Rahmen der flächendeckenden Einführung der DRG-Fallpauschalen wichtig.

- Finanzierende (Versicherer, Staat) sollen zur Ausgestaltung und Pilotierung neuer Finanzierungsmodelle angeregt werden, insbesondere für chronische Krankheiten und komplexe, beziehungsweise teure Behandlungen (z. B. Finanzierung durch den sogenannten Hochrisikopool). Unterschiedliche Finanzierungsmodelle für Behandlungen von komplexen Krankheiten beziehungsweise in der Normalversorgung könnte deren Steuerung vereinfachen oder effektiver machen [4]. Weiter wären Versicherer zu motivieren, die Wahlmöglichkeiten für Versicherte zu erhöhen, beispielsweise durch zusätzliche innovative Versicherungsprodukte.

### **Zielsetzungen für die Forschung**

Ein ideales Anreizsystem würde bei allen Akteuren nur intendierte Wirkungen entfalten. Doch offensichtlich existiert kein solches ideales System, wie die eingangs erwähnten Erfahrungen zeigen. Gleichzeitig bräuchte es – vor einer allgemeinen Einführung von Anreizsystemen – mehr Informationen darüber, welche Wirkungen (und Nebenwirkungen) mit welcher Interventi-

onskraft bei welchen Akteurgruppen in welchen zeitlichen Dimensionen zu erwarten sind. Auf der Basis dieser grundsätzlichen Fragen wären folgende Zielsetzungen für Forschungsvorhaben zu Anreizsystemen zu formulieren:

- Fördern von Gesundheitskompetenzen: Bis heute ist wenig über Bedeutung und Wirkung von Gesundheitskompetenzen bekannt. Grundsätzlich zu empfehlen sind also Studien, welche die Auswirkungen von hohen oder mangelnden Gesundheitskompetenzen auf

1. Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten
2. Unterschiede bezüglich Leistungsnachfrage im Krankheitsfall und
3. Kosten und Qualität der Gesundheitsleistungen

evaluieren. Im Speziellen wäre zu untersuchen, ob, warum und inwieweit Gesundheitskompetenzen bei MC-Versicherten wirkungsvoller zu fördern sind als bei traditionellen Versicherungen.

- Die Förderung von Integration und Vernetzung wird heute – mit unbefriedigender Wirkung – vor allem durch entsprechende Vergütungssysteme (z. B. Pauschalfinanzierung) und finanzielle Anreize (z. B. Prämiennachteile) betrieben. Ein wesentlich stärkerer Ansporn wird heute – auch auf politischer Ebene – von der Leistungsqua-

### **Viele Probleme der heutigen Finanzierung im Gesundheitssystem werden sich möglicherweise noch verschärfen.**

lität und Patientensicherheit erwartet, denn diese sind zunehmend abhängig von einer funktionierenden Vernetzung [5]. Relevante Forschungsfragen sind daher:

1. Welche Rahmen und Incentives können Leistungsanbieter zur Messung und Ausweisung von (patientenrelevanten) Ergebnisqualitäten ermuntern?
2. Welche Wirkungen haben Selbstdeklarationen von Outcome-Messungen und anonymisiertes Benchmarking auf die Optimierung von Behandlungsqualität, Patientensicherheit und Fehlerkultur?

3. Ob und inwieweit ist der Integrationsgrad beteiligter Leistungserbringer bedeutsam?

- Fördern neuer Finanzierungsmodelle: Viele Probleme der heutigen Finanzierung im Gesundheitssystem werden sich möglicherweise noch verschärfen. Vor allem bei Schwerstkranken könnten DRG-Fallpauschalen zu einer Verschlechterung (statt Verbesserung) der Leistungsqualität und eine fehlende Risiko- und Morbi-

### Welche Unterschiede bezüglich Leistungsqualität und Kosten würde ein Hochrisikopool bewirken?

ditätskorrektur zu mehr (statt weniger) Wettbewerbsverzerrung führen. Die heutigen Diskussionen zu diesen Themen – vielfach auf der Basis vorgefasster Meinungen und ungeprüfter, oft ideologisch motivierter Hypothesen geführt – zeigen die Richtung der wichtigsten Forschungsfragen auf:

1. Welche Wirkung hätte ein ausgebauter beziehungsweise differenzierter Risikoausgleich hin zu einem stärker morbiditätsorientierten Finanzierungssystem auf Risikoselektionstendenz, Prämienentwicklung, Attraktivität der MC-Modelle und Kostenmanagement seitens der Krankenkassen beziehungsweise Leistungserbringer?

2. Welche Unterschiede bezüglich Leistungsqualität und Kosten (in der Normalversorgung und bei der Behandlung Schwerkranker) würde ein Hochrisikopool bewirken?

3. Welche Patienten- oder Krankheitsgruppen wären in welcher Priorität und in welchem Ausmass einer Poolfinanzierung zuzuführen? [6,7]

- Verbinden von professionellem Handeln mit ökonomischer Logik: Indem Anbieter medizinischer Leistungen stärker von ökonomischen Logiken erfasst werden, wäre stärker und intensiver zu untersuchen, welcher Art die Auswirkungen einer ökonomischen Orientierung auf die professionellen Handlungen und das Verständnis der verschiedenen Akteure sind [8].

Die genannten Forschungsprioritäten zielen unter anderem in eine gemeinsame Richtung oder auf eine gemeinsame Frage: Wie kann auf Systemebene gewährleistet werden, dass die Steuerung unserer Gesundheitsversorgung stärker auf deren Qualität (statt nur auf deren Kosten) ausgerichtet wird? Trotz anhaltender Kostensteigerung wird die Versorgungsqualität *die* zukünftige Herausforderung sein.

#### PD Dr. Peter Berchtold

College-M  
Freiburgstrasse 41  
3010 Bern  
peter.berchtold@college-m.ch

#### Dr. Christof Schmitz

College-M  
Freiburgstrasse 41  
3010 Bern  
christof.schmitz@college-m.ch

#### Literatur:

1. Vogd W. Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Studien zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Verlag Hans Huber, Bern 2006.
2. Glouberman S, Mintzberg H. Managing the care of health and the cure of disease. *Health Care Manage Rev* 2001; 26: 56–92.
3. Ricka R. Was Versicherte und Patienten wissen wollen. *Managed Care* 1/2007.
4. Berchtold P, Michel-Alder E. X-und: Modell eines zukunftsfähigen Gesundheitssystems. In: Die Umarmung des Hippokrates – Systemintegration im Gesundheitswesen. EMH Schweizerischer Ärzteverlag, Basel, 2003.
5. Wehrli R, Bortoluzzi T, Gutzwiller F, Humbel R. Patient und Qualität im Zentrum der Spitalfinanzierung – ein überparteilicher bürgerlicher Modellvorschlag. *Neue Zürcher Zeitung* 30.8.2006.
6. Spycher S. Die Reform des Risikoausgleichs als Vorbedingung für die Aufhebung des Kontrahierungszwangs? *Schweiz. Ärztezeitung* 2004; 31: 1630–1635.
7. Beck K. Wettbewerb in der Krankenversicherung: Schlagwort oder Realität? *Schweiz. Ärztezeitung* 2005; 20: 1228–1231.
8. Ryhner M. Grenzen der Marktlogik. Die unsichtbare Hand in der ärztlichen Praxis. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2006.

# Forschung in der vernetzten Hausarztpraxis

**Relevante Forschung aus Sicht des ärztlichen Leistungserbringers – auch im Umfeld von Managed Care – sollte primär auf die Grundversorger in der ambulanten Hausarztmedizin ausgerichtet sein. Im Kanton Bern nimmt eine ärztliche Gruppenpraxis die Forschung selbst in die Hand und arbeitet mit der Universität Bern zusammen.**

**Markus Battaglia**

Für die hausarztmedizinische Forschung in unserem Land ist die Umschreibung «Luftschlösser bauen» zutreffend: Seit Jahren wird über die Notwendigkeit von Forschungsprojekten in der hausärztlichen Grundversorgung debattiert, und verschiedenste Gremien des Ärztestandes haben sich dieser Frage in vielen Sitzungen immer wieder angenommen, ohne wesentliche Fortschritte. Diese Situation betrifft auch den Kernbereich von Managed Care und veranschaulicht in aller Deutlichkeit, wo das Problem liegt. Die Strukturen in der ärztlichen Praxis ermöglichen zwar umfassende hausärztliche Dienstleistungen, hingegen sind Zeit, Geld und Beziehungsnetze für Forschung nicht vorhanden. Im Gegensatz zu vielen staatlich stärker organisierten Gesundheitswesen mit ausgeprägter Forschungskultur in der Hausarztmedizin besteht in der Schweiz somit wenig bis kein Anreiz für die einzelnen Leistungserbringer, Forschungsaktivitäten in der Praxis aufzunehmen.

Dieser Umstand erstaunt, besonders angesichts der gegenwärtigen Diskussionen über den Hausärztemangel und über die aus zahl-

reichen Gründen notwendige akademische Verankerung der Hausarztmedizin an den Universitäten. Möglich wird diese Verankerung jedoch erst mit einer eigenständigen und fundierten Forschung. Doch lassen jüngst erzielte Fortschritte bei der Förderung der Grundversorger-Forschung Hoffnung auf Verbesserung aufkommen. So hat die Arbeitsgruppe «Forschung in der Hausarztmedizin» (FoHAM) des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHM) eine Koordinationsfunktion übernommen und dient als Anlaufstelle für Ärzte, die an Hausarztforschung interessiert sind. Dort können Projektideen, bereits entwickelte Forschungsprojekte und Stipendiengesuche eingereicht werden [1].

## **Motivation für Forschung**

Im Unterschied zur durchschnittlichen ärztlichen Einzelpraxis besteht bei MC mit vernetzten Leistungserbringern ein systembedingtes Interesse, Forschungsaktivitäten aufzunehmen. Dabei stellt sich insbesondere die Frage, wie sich ökonomische Anreize auf die medizinische Behandlung auswirken. Dazu gehört auch die immer wieder geäußerte Befürchtung einer möglichen Unterversorgung in MC-Modellen. Dies treibt die Leistungserbringer an, mit Qualitätszirkeln, Guidelines und Evidence based Medicine (EBM) wissenschaftliche Erkenntnisse zu erhalten und umzusetzen sowie die eigene Behandlungsqualität fundiert zu untersuchen. Die Behandlungsqualität des einzelnen Leistungserbringers und damit auch des ganzen Behandlungsnetzes steht dabei im Vordergrund. Hier lässt sich eine erste Forschungs-



**Markus Battaglia**

priorität erkennen, welche primär in den Hausarztpraxen selbst umgesetzt werden muss und sekundär auf die beteiligten Netzpartner ausgedehnt werden sollte.

**Die Behandlungsqualität  
des einzelnen Leistungserbringers  
und damit auch des ganzen  
Behandlungsnetzes steht dabei  
im Vordergrund.**

Von den MC-Instrumenten interessieren den vernetzten Leistungserbringer in erster Linie jene, welche er selber einsetzt. Dazu gehört häufig Disease Management, das heisst systematische Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen, die auf die Erkenntnisse von EBM gestützt sind. Wenn hier ausländische Studien zu ausgewählten Krankheiten als nicht auf unsere MC-Verhältnisse übertragbar erachtet werden oder andere Krankheiten untersucht werden sollen, müssen Wirksamkeit und Nutzen dieser Programme mit randomisierten und kontrollierten Studien erforscht werden. Der Aufwand dafür ist jedoch sehr gross, besonders was die für solche Studien notwendigen Patientenzahlen betrifft.

Ein weiteres Instrument, welches in diesem Zusammenhang interessiert, ist das Demand Management. Das bedeutet Patientenführung mit dem Ziel, eine optimale Versorgung mit medizinischen Leistungen sicherzustellen. Als Beispiel sei hier die Telefontriage in medizinischen Callcentern genannt, die zunehmend Verbreitung findet. Dazu wurden bereits erste interessante Forschungsergebnisse für MC in der Schweiz publiziert [2]: So ergab eine telefonische Befragung, dass die Selbstbeurteilung von

**Ein weiteres Instrument,  
welches in diesem  
Zusammenhang interessiert, ist  
das Demand Management.**

Beschwerden bei 70 Prozent der Teilnehmenden von der medizinischen Beurteilung abwich und dass 63 Prozent nach telefonischer Beratung mit einem medizinischen Expertenzentrum ihre ursprüngliche Hand-

lungsabsicht änderten. Angesichts der Verbreitung von telefonischen Dienstleistungen, nicht zuletzt aufgrund der derzeit knappen ärztlichen Ressourcen im Notfalldienst, sollte vermehrt zu deren Akzeptanz, Qualität und den gewünschten Steuerungseffekten geforscht werden.

**Forschungsstrukturen für Managed  
Care**

Eigentlich würden strukturelle Faktoren die Forschungsaktivität für MC begünstigen. Dies hängt mit bestimmten Umständen zusammen, die häufig auf vernetzte ärztliche Leistungserbringer zutreffen:

- Grössere Gruppenpraxen eignen sich besser für Forschungsprojekte, da dort die Möglichkeit besteht, (Teilzeit-)Forschungsstellen zu schaffen, Spitzenzeiten im Dienstleistungsbetrieb besser abzufangen und der Grad der elektronischen Datenverarbeitung überdurchschnittlich hoch ist.
- Da sich diese Praxen häufig in der Nähe von Universitäten und Zentrumsspitalern befinden, sind Forschungsprojekte mit universitärer Kooperation leichter umsetzbar. Die Zusammenarbeit mit professionellen Forschern ist aufgrund des methodischen und administrativen Aufwandes unabdinglich, insbesondere wenn mit Patientendaten gearbeitet werden soll.
- Ressourcen zur Mitfinanzierung von Forschungsprojekten können aus dem Kerngeschäft, den Budgetverträgen mit Krankenversicherern, generiert werden.

**Forschung im Ärztenetz mediX bern**

mediX bern ist ein Netz von Hausärzten, welches medizinische Leistungen mit Budget-Mitverantwortung durch verschiedene Verträge mit Krankenversicherern erbringt. Zu den strategischen Zielen dieses Netzes gehört die Forschung in universitärer Kooperation. In der Praxis Bubenberg, der grössten Gruppenpraxis des Ärztenetzes mit mittlerweile elf Ärztinnen und Ärzten und über 10 000 Versicherten, wurden in den letzten Jahren verschiedene Forschungsprojekte initiiert. Primär geht es darum, die Strukturen für einen laufenden Forschungsbetrieb aufzubauen und das Verständnis für Forschung schweizweit im ganzen Netz zu fördern. Eine Untersuchung befasste sich

mit der Wirksamkeit eines Disease-Management-Programms für Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz und wurde in Zusammenarbeit mit der Kardiologie des Inselspitals Bern durchgeführt [3]. Weiter läuft

**Für die Zukunft erhoffen wir  
uns zudem vermehrt  
prozessorientierte und patienten-  
zentrierte Resultate.**

gegenwärtig eine kleine randomisierte Studie zum Thema akute Rückenschmerzen, die zusammen mit dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern durchgeführt wird.

Um die wichtige Frage der Behandlungsqualität zu klären, werden die Krankengeschichten vermehrt elektronisch geführt und wichtige Informationen wie Diagnosecodes, klinische Daten, Laborbefunde und verordnete Medikation systematisch erfasst. Damit soll die Erhebung von Forschungsdaten wesentlich erleichtert werden. Für die Zukunft erhoffen wir uns zudem vermehrt prozessorientierte und patientenzentrierte Resultate. Beispielsweise wäre es aufschlussreich zu erfahren, wie viele Patienten mit einer bestimmten Diagnose die wissenschaftlich empfohlenen Routineuntersuchungen, Tests oder Behandlungen erhalten haben. Dies neben strukturellen Variablen, welche zum Teil bereits für die Qualitätszertifizierung der Praxis erhoben werden (wie fachliche Qualifikationen, Teilnahme an Qualitätszirkeln oder das Vorhandensein von praxisinternen Instrumenten zur Fehlerreduktion).

Die Forschungsprioritäten für vernetzte Leistungserbringer in der Managed Care liegen aus Sicht der ärztlichen Grundversorger sehr nahe bei der täglichen Arbeit. Es sind einerseits die allgemeinen diagnostischen und therapeutischen Fragen, welche alle Hausärzte betreffen und in den sogenannten grossen Studien meistens nicht erforscht werden (Beispiele: praxistaugliches Screening für Osteoporose oder die Behandlung von Warzen bei Kindern). Andererseits existieren Managed-Care-spezifische Fragen, wie das erörterte Beispiel der Erforschung der Behandlungsqualität zeigt.

Autor:

**Dr. med. Markus Battaglia, MPH**

Arzt für Allgemeinmedizin  
und Prävention/Gesundheitswesen  
mediX bern

Bubenbergplatz 11, 3011 Bern

markus.battaglia@praxis-bubenberg.ch

**Literatur:**

1. FoHAM/ReMPR, Arbeitsgruppe Forschung in der Hausarztmedizin  
Groupe de travail Recherche en médecine de premier recours  
[www.kollegium.ch/rd/d.html](http://www.kollegium.ch/rd/d.html)
2. Meer A, Simonin C, Trapp A, Niemann S, Abel T: Einfluss der medizinischen computerassistierten Telefontriage auf das Patientenverhalten: erste Erfahrungen in der Schweiz. SÄZ, 2003, 41; 84.
3. Suter S, Suter T, Meier B, Wirthner A: Disease Management bei ambulanten Patienten mit Herzinsuffizienz verbessert die Symptomatik und vermindert Hospitalisationen. Kardiovaskuläre Medizin, 2002; 5: 50.



# Was Versicherte und Patienten wissen wollen

**Da Patientinnen und Patienten gleichzeitig Versicherte und Mitglieder der Gesellschaft sind, bedarf die Diskussion über Forschungsprioritäten für Managed Care vorweg einer Reflexion über die Trends und die sich verändernden Wertvorstellungen von Gesundheit und Krankheit in der Gesellschaft.**

## Regula Rička

Seit einigen Jahren lebt die schweizerische Bevölkerung länger bei guter Gesundheit. Die gute Gesundheit und die hohe Lebenserwartung werden allerdings nicht ausschlaggebend durch die medizinischen Leistungen bestimmt. Mehrere Studien weisen darauf hin, dass der Gesundheitszustand einer Bevölkerung in den Industrieländern stärker durch sozioökonomische Faktoren und durch den Lebensstil bestimmt wird als durch die erbrachten medizinischen Leistungen selbst [1]. Dies mag nicht weiter erstaunen, da die Leistungen im Wesentlichen so lange als möglich auf die Wiederherstellung der Gesundheit im Krankheitsfall hinwirken. Folglich wird gegenwärtig meistens von Krankheit gesprochen.

## Gesellschaftliche Trends und Wertvorstellungen

Die nicht übertragbaren Krankheiten sind in unserer Gesellschaft bestimmend. Kardiovaskuläre Erkrankungen und Krebs sind die häufigste Todesursache bei Erwachsenen. Bessere Diagnostik und neue biomedizinische Technologien ermöglichen, dass immer mehr

Menschen mit ernsten Krankheiten geheilt werden oder mit unterstützender Begleitung (zum Beispiel Case Management) länger aktiv am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können. Die dadurch steigenden Kosten werden von Politik und den Bürgerinnen und Bürgern zunehmend infrage gestellt.

Neue Produkte zur Erhaltung von Gesundheit und zur Krankheitsprävention (z.B. Lifestyle-Medikamente, ästhetische Chirurgie, etc.) erweitern zunehmend die Angebotspalette. Damit entsteht ein Spannungsfeld zwischen den herkömmlichen Angeboten zur Heilung von Krankheiten und denjenigen zur Förderung von Gesundheit. Ge-

**Damit entsteht ein Spannungsfeld zwischen den herkömmlichen Angeboten zur Heilung von Krankheiten und denjenigen zur Förderung von Gesundheit.**

sundheit und Krankheit entwickeln sich somit zu einem Konsumgut in einem wachsenden Markt [2].

Zahlreiche Patientenbefragungen über Präferenzen zeigen ein deutliches Bild: Die Patienten möchten Unterstützung und Begleitung für die Erhaltung der Gesundheit und sie möchten vermehrt mitbestimmen. Die Medizin soll zu einem gesellschaftlich akzeptierten Preis heilen und schwere Krankheitsfolgen verhindern. Folglich übernimmt der Einzelne bewusst oder unbewusst mehr Verantwortung für gesundheitsrelevante Entscheidungen.

Gemäss der letzten Gesundheitsbefragung

der Schweizer Bevölkerung (2002) [3] hat die Gesundheit im Alltag eine hohe bis sehr hohe Bedeutung. Das ist ein wichtiger Hinweis darauf, dass der Gesundheit mehr Aufmerksamkeit eingeräumt wird. Es sind drei Hauptthemen, die den kritischen Diskurs bestimmen und die in einem engeren Zusammenhang stehen [4]:

- steigende Anspruchshaltung für personalisierte, medizinische Lösungen von gesellschaftlichen Problemen
- zunehmende Kennzeichnung und Bekämpfung von gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen
- Verbesserungen der menschlichen Leistungsfähigkeit (Schönheit, Fitness, Selbst- und Sozialkompetenz, etc.).

Aufgrund der zunehmenden Komplexität des beruflichen und privaten Lebens sowie des beschleunigten Alltagsgeschehens wächst der Wunsch nach mehr Orientierung und zeitsparenden Angeboten, die zur verbesserten Leistungsfähigkeit unabhängig vom Alter führen. Es scheint aber einen Widerspruch zu geben: Offenbar ist vielen Menschen die natürliche Entscheidungsfähigkeit für die Gesundheit abhanden gekommen. Beispielsweise nehmen sie Risiken in Kauf, indem sie gesundheitsschädliche Verhaltensweisen beibehalten oder die Beurteilung des Gesundheitszustandes an das professionelle System delegieren.

### **Forschungsprioritäten aus Versichertenperspektive**

Was aber erwarten die Versicherten und Patienten vom Gesundheitswesen? Welche Leistungen nehmen sie in Anspruch im Hinblick auf Qualität, Zugang und zeitlicher Verfügbarkeit der Angebote und Preis? Worauf achten sie bei der Wahl eines Leistungserbringers oder eines Versicherungsprodukts

**Die Medizin soll zu einem gesellschaftlich akzeptierten Preis heilen und schwere Krankheitsfolgen verhindern.**

(ausser auf den Preis)? Auf welche Informationen erheben sie Anspruch?

Ebenfalls wichtig wäre zu wissen, weshalb die Akzeptanz von MC-Modellen bei Versi-

cherten zunimmt. Ist sie nur auf die finanzielle Belastung der steigenden Prämien zurückzuführen? Ist damit auch die Hoffnung auf eine bessere Beratung für die Gesundheitserhaltung verbunden? Wächst das Bewusstsein, dass bei komplexen Krankheiten das Zusammenspiel der verschiedenen Dienstleistungen, also der Integrationsgrad der Akteure, ein wichtiger Faktor für die Heilung ist?

Es gibt Schätzungen, wonach rund 3 Prozent der gesamten Gesundheitskosten auf die mangelnde Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung zurückzuführen sind [5]. Es müs-

**Es gibt Schätzungen, wonach rund 3 Prozent der gesamten Gesundheitskosten auf die mangelnde Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung zurückzuführen sind.**

ste daher interessieren, inwieweit MC-Organisationen besser in der Lage sind, bei ihren Versicherten die Selbstverantwortung für gesundheitsrelevante Entscheidungen zu stärken als dies bei einer traditionellen Arzt-Patient-Beziehung der Fall ist. Fehlende Kooperation bei belastenden und lang dauernden Therapien ist oft auf mangelnde Gesundheitskompetenzen zurückzuführen. Es wäre deshalb interessant zu erfahren, ob in MC-Modellen die Patientenkompetenz im Umgang mit Krankheit besser entwickelt werden könnte.

Im wachsenden Gesundheitsmarkt werden nicht mehr nur Kranke, sondern auch Gesunde angesprochen. Diese Entwicklung betrifft neue Industrien, die bisher nicht zu den medizinischen Leistungen zählten. Sigrüst [2] nimmt an, dass Netzwerke unter den Anbietern von Gesundheits- und Krankheitsprodukten immer wichtiger werden. Öffnet sich MC als eine Arbeitsorganisation von medizinischen Fachpersonen, die Angebot, Nachfrage und Finanzierung nach dem Solidaritätsprinzip steuert? Ist MC die Organisationsform, welche mit einer ganzheitlichen Betrachtung von Gesundheit und Krankheit arbeitet? Sind es die neuen Gesundheitsnetze, die das medizinische Personal, die Krankenversicherer, die Industrie und die Versicherten zusammenbringen?

Sind sie in der Lage, die ambivalenten Erwartungen zu managen? Kann sich MC im Geiste des schweizerischen Krankenversicherungsgesetzes weiterentwickeln? Welche Rahmenbedingungen benötigen die gesellschaftlichen Herausforderungen?

Für ein Erfolg versprechendes Steuerungsmodell nach den MC-Prinzipen braucht es vertiefte Kenntnisse über das Gesundheitsprofil von MC-Versicherten und Informationen, wie MC-Organisationen auf die steigenden Erwartungen der Versicherten reagieren. Solche Ergebnisse sind wichtige Indikatoren für die Steuerung und die Schaffung von Anreizen.

Autorin:

**Regula Rička**

Mitglied Redaktioneller Ausschuss

«Managed Care» a.p.

und Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Bundesamt für Gesundheit

rrick@bluewin.ch

**Literatur:**

1. OECD. Health at a Glance. Editions, Paris; 2005.
2. Sigrist S. Zukunftsperspektive des Gesundheitsmarkts. Eidgenössisches Departement des Innern. Bern; 2006.
3. Bundesamt für Statistik. Schweizerische Gesundheitsbefragung. Neuchâtel; 2003.
4. Kickbusch I. Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Gamburg; 2006.
5. Spycher S. Ökonomische Aspekte der Gesundheitskompetenzen. www.BUOBASS.CH. 2006.

# Mehr Forschung zu Effizienz und Qualität

**Bei Untersuchungen zu Kostenvorteilen von MC werden meist einzelne Massnahmen isoliert betrachtet. Um aussagestarke Ergebnisse zu erhalten, braucht es Untersuchungen, bei denen die Gesamteffekte von Massnahmen den Gesamtkosten gegenübergestellt werden. Ein weiterer Aspekt mit Forschungsbedarf ist die Qualität: Verbesserte Qualitätsmessungen würden nicht nur MC zugute kommen, sondern den Wettbewerb unter allen Leistungserbringern Richtung Qualitätswettbewerb lenken.**



Konstantin Beck

## Konstantin Beck

Die Schweizer Krankenversicherer verstehen sich als Dienstleister, die die Finanzierung der Gesundheitsausgaben ihrer Kunden erleichtern respektive ermöglichen. Gleichzeitig reduzieren sie die Schwankungen dieser Ausgaben – und damit die Unsicherheit. Damit stehen also die Finanzierung und die Kundenbeziehung im Vordergrund. Der Versicherer sucht das Angebot, das den Präferenzen möglichst vieler Kunden optimal entspricht. Da das Gesetz die Variation des Leistungsumfangs einschränkt, konzentrieren sich die Anstrengungen des Versicherers auf die Regulierung der Prämie und die Organisation der Leistungserbringung. Von Managed Care (verstanden als eine mögliche Organisationsform) verspricht er sich einen effizienteren Einsatz der Ressourcen. Diesen Effizienzgewinn kann er als Prämienrabatt an seine Kundschaft weitergeben.

## Pragmatische Fragestellungen

Das geschilderte Selbstverständnis macht deutlich, dass für den Versicherer äusserst pragmatische Fragestellungen im Zentrum stehen:

*Wissenstransfer:* Sollen in der Schweiz neue Formen der Krankenversicherung, der Zusammenarbeit mit Ärztinnen und der Arzt-Patienten-Beziehung zur Anwendung kommen, entsteht unmittelbar eine grosse Nachfrage nach vorliegenden Erfahrungen: Was hat sich bewährt, was wurde andernorts verworfen, wie entwickeln sich vergleichbare Märkte, so lauten die konkreten Fragestellungen. Den Transfer vor allem der US-amerikanischen Erfahrung stellten beispielsweise Zweifel/Pedroni [1] (historisch bedeutsam), Sommer [2] und jüngst Schlette et al. [3] sicher.

*Betriebswirtschaftliche Fragen:* Auf den Wissenstransfer und mit diesem verbunden folgen die betriebswirtschaftlichen Fragen. So war beispielsweise die Krise der Schweizer HMO- und Hausarztbewegung Ende der 1990er Jahre keine Frage «falscher» Medizin, sondern eine Frage «falsch organisierter» Medizin. Auffällig ist dabei, dass die dazu – zumindest uns bekannten – wichtigsten Arbeiten nicht aus der Schweiz, sondern aus Deutschland kommen [4].

*Optimale Finanzierung:* Es ist kein Zufall, dass die Krankenversicherer gerade auf diesem Gebiet am meisten eigene Untersuchungen vorweisen können. Werden MC-Organisationen in Betrieb genommen, stellt sich die Frage der richtigen Finanzierung. Da die Betreiber eine mögliche Unterfinanzierung, die Kassen dagegen eine Überfinan-

zierung befürchten, entsteht ein gewisser Antagonismus. Dieser ist nur mit der Suche nach der fairen, das heisst risikogerechten Finanzierung zu lösen. Beck [5] beschreibt diese Entwicklung, während Beck/Käser [6] die jüngsten Forschungsergebnisse auf diesem Gebiet aufzeigen. Konkret erläutern sie den Einbezug von Medikamenteninformationen zur Morbiditätsmessung von Versicherten. Auch sei hier das von Grund auf neu entwickelte Morbiditäts-Klassifikations-System der Blue Care erwähnt [7].

*Wirtschaftlichkeitskontrolle:* Zu den primären Interessen des Krankenversicherers gehört auch, die wirtschaftliche Effektivität der getroffenen MC-Massnahmen zu überprüfen. Schliesslich ist er es, der eventuelle Verluste als reduzierte Prämienrabatte seinen Kunden kommunizieren muss. Auch hier kommen wichtige Arbeiten aus dem Umfeld der Krankenversicherer, so die von der SWICA finanzierte Analyse der Einspareffekte [8, 9]. In seinen Arbeiten weist Lehmann nach, dass in (Staff-model-) HMOs die risikokorrigierte Kosteneinsparung 40 Prozent beträgt, während sie sich in den lockerer organisierten Hausarztmodellen auf lediglich 10 Prozent bis 20 Prozent beläuft.

*Analyse der Rahmenbedingungen:* MC spielt sich nicht im luftleeren Raum ab, sondern ist stark von den Rahmenbedingungen des Schweizer Gesundheitswesens abhängig. In-

**Zu den primären Interessen des Krankenversicherers gehört auch, die wirtschaftliche Effektivität der getroffenen MC-Massnahmen zu überprüfen.**

sofern könnten beispielsweise die wissenschaftliche Analyse der Spitalfinanzierung und des Risikoausgleichs indirekt zur Förderung von MC in der Schweiz beitragen. Die direkte Subventionierung der Spitalkosten durch die Kantone schmälert den beim Krankenversicherer ausgewiesenen Kostenvorteil von MC-Modellen, da diese ihren Effizienzvorteil unter anderem durch die Vermeidung unnötiger Spitaleintritte erwirtschaften [10]. Und solange sich Risikoselektion für die Kassen besser auszahlt als die In-

vestition in MC-Modelle, liegen die Aktivitäten in diesem Bereich unter dem volkswirtschaftlich optimalen Niveau [11]. Eine relativ geringfügige Änderung der aktuellen

**Eine relativ geringfügige Änderung der aktuellen Risikoausgleichsformel würde ausreichen, um die Attraktivität von MC zu steigern und die der Selektion erheblich zu reduzieren.**

Risikoausgleichsformel würde ausreichen, um die Attraktivität von MC zu steigern und die der Selektion erheblich zu reduzieren [12].

### Offene Fragen

Der oben beschriebene «tour d'horizon» erweckt fälschlicherweise den Eindruck, alle Forschungsbaustellen im Bereich MC seien bereits in Bearbeitung. Grundsätzlich ist es erfreulich, dass zahlreiche Themen in Angriff genommen und teilweise schon weit vorangetrieben worden sind. Abgesehen von der Aufrechterhaltung des Wissenstransfers oder der wiederholten Überprüfung der Organisationsformen sind jedoch Themen auszumachen, die einer Klärung durch wissenschaftliche Forschung harren. Vor allem zwei Punkte sind hier aus Sicht des Krankenversicherers zu nennen:

*Gesamtsicht der Effizienz:* Es gibt neben den genannten Studien zahlreiche Untersuchungen zu den Kostenvorteilen einzelner Massnahmen im Bereich MC. Doch relativiert die isolierte Betrachtung des jeweiligen Untersuchungsgegenstands häufig das gefundene Ergebnis. Es fehlen Untersuchungen mit dem Ziel, die Gesamteffekte (soweit messbar) von MC-Massnahmen den Gesamtkosten gegenüberzustellen. Mit Gesamtkosten sind hier alle Aufwendungen gemeint, die zur Umsetzung der betrachteten Massnahmen notwendig sind. Etwas plakativ ausgedrückt lautet die Forschungsfrage: Lohnt sich eine Kostensparmassnahme überhaupt? Gerade im Bereich Disease Management darf die Hypothese gewagt werden, dass dies nicht immer der Fall ist.

*Qualität:* Auch die Qualität ist ein Aspekt, der häufig zu wenig beachtet wird, da sich



Qualität, im Gegensatz zu den Kosten, nicht so einfach messen lässt. Eine verbesserte Qualitätsmessung würde der MC-Bewegung zugute kommen, da die Versorgungsqualität in HMOs im Schnitt vermutlich höher ausfällt als in der traditionellen Versorgung, wo der Patient viel stärker auf sich selbst gestellt ist. Trifft dies tatsächlich

**Es fehlen Untersuchungen  
mit dem Ziel, die Gesamteffekte  
(soweit messbar) von MC-Mass-  
nahmen den Gesamtkosten  
gegenüberzustellen.**

zu, wäre das Preis/Leistungsverhältnis einer HMO wesentlich attraktiver, da bessere Qualität zu einem tieferen Preis geboten werden kann. Zusätzlich würde eine verbesserte Qualitätsmessung aber auch den Wettbewerb unter den Leistungserbringern allgemein stärker Richtung Qualitätswettbewerb lenken, was sicher im Sinne der Versicherten ist.

**Die Frage der Finanzierung**

War bisher ausschliesslich von Finanzierung durch den Versicherer die Rede, soll abschliessend die Finanzierung der Forschung thematisiert werden. Wie bereits dargestellt, hat der Versicherer ein konkretes Interesse an der Erforschung bestimmter, zum Teil enger Fragestellungen. Wo dieses Interesse gegeben ist, sind sowohl Finanzierung universitärer Forschung oder aber eigene Forschungsanstrengungen nachweisbar. Dass hier weiterhin Forschungsbedarf besteht, wurde ebenfalls erwähnt. Problematisch ist hier jedoch das gespaltene Verhältnis des Versicherers zu MC, weil er – unter den heutigen Rahmenbedingungen – stets mit der Nebenbuhlerin «Risikoselektion» liebäugelt.

Doch benötigt Forschung zusätzlich Freiheit, um neue, möglicherweise unproduktive Wege zu gehen und Ideen zu prüfen, die nicht zwangsläufig zu umsetzbaren Produkten führen. Diese Forschungsperspektive käme zu kurz, würde ausschliesslich der Krankenversicherer zur Finanzierung herangezogen. Für die kreative, bereichernde, aber zuweilen auch im Elfenbeinturm verstiegene

Forschung braucht es öffentliche Mittel der Universitäten, des Nationalfonds und weitere Institutionen. Nur wenn beide Forschungsstränge finanziert werden, entsteht eine produktive Atmosphäre gegenseitiger Bereicherung.

Autor:

**PD Dr. Konstantin Beck**

Direktionsmitglied der CSS Versicherung  
Tribtschenstrasse 21  
6002 Luzern  
konstantin.beck@css.ch

Literatur:

1. Peter Zweifel & Gabriella Pedroni (1981): Die Health Maintenance Organization – Die Alternative im Gesundheitswesen? (Interpharma) Basel.
2. Jürg H. Sommer (1999): Gesundheitssystem zwischen Plan und Markt. (Schattauer) Stuttgart.
3. Sophia Schlette, Franz Knieps & Volker Amelung, Hrsg. (2005): Versorgungsmanagement für chronisch Kranke – Lösungsansätze aus den USA und aus Deutschland, (Bertelsmann Stiftung) Güterslohe.
4. Volker Eric Amelung/Harald Schumacher (2004): Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement, (Gabler) Wiesbaden.
5. Konstantin Beck (2004): Risiko Krankenversicherung – Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt, (Haupt) Bern.
6. Konstantin Beck & Urs Käser (2006): Durchbruch bei der Suche nach morbiditätsorientierter Capitationberechnung, zur Publikation eingereicht bei Managed Care.
7. Andreas Bühler & P. Y. Zaugg (2003): Der Thurgauer Morbiditätsindikator, in: Schweizer Ärztezeitung, 84 Nr. 6, S. 264–267.
8. Hansjörg Lehmann (2003): Managed Care – Kosten senken mit alternativen Krankenversicherungsformen?, (Rüegger) Chur.
9. Hansjörg Lehmann und Peter Zweifel (2004): Innovation and risk selection in deregulated social insurance, in: Journal of Health Economics, Vol. 23, S. 997–1012.
10. Robert E. Leu (2004): Monistische Spitalfinanzierung. Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt, Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.), Bern.
11. Stefan Spycher (2002): Risikoausgleich in der Krankenversicherung: Notwendigkeit, Ausgestaltung und Wirkungen, (Haupt) Bern.
12. Konstantin Beck, Maria Trottmann, Urs Käser, Bernhard Keller, Stefan von Rotz & Peter Zweifel (2006): Nachhaltige Gestaltung des Risikoausgleichs in der Schweizer Krankenversicherung, (Ott Verlag) Bern.

# «Die Vorteile von Managed Care müssen mit Fakten belegt sein»

**Erika Forster-Vanini, Ständerätin FDP St. Gallen und Präsidentin Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK-SR), erläutert, welche Forschungsthemen bei Managed Care für die Politik prioritär sind.**

*Managed Care: Die Vorlage Managed Care wird aktuell in Ihrer Kommission diskutiert. An welchen Forschungsergebnissen aus diesem Bereich sind Sie besonders interessiert?*

**Erika Forster-Vanini:** Ich hätte gerne konkrete Ergebnisse darüber, was die einzelnen MC-Modelle wie Gate Keeping, HMO, kleinere und erweiterte Netze an Qualitätsverbesserung bringen. Wichtig wäre auch zu wissen, ob bei gleichen Kosten eine bessere Qualität erzielt werden kann. Neben der Qualität interessiert mich die Effizienz. Man liest ja immer wieder, dass mit MC-Modellen Einsparungen möglich sind. Aber wie kommen diese Einsparungen zustande? Ist es tatsächlich so, dass allein durch Vermeidung von Doppelspurigkeiten die Effizienz gesteigert werden kann?

Ich staune immer wieder, wie enorm wichtig es den Leuten ist, ihren Arzt selbst aussuchen zu können. Deshalb sollten vermehrt die Patientenbedürfnisse untersucht und die MC-Modelle allenfalls erweitert werden. Wenn jemand unbedingt freie Arztwahl haben möchte, dann sollte dies möglich sein, allerdings mit einem höheren Selbstbehalt. Wäre dies vielleicht eine Lösung, um mehr Versicherte für MC-Modelle zu gewinnen? Umgekehrt könnte man aber auch fragen, weshalb bisher relativ wenige Leute in diese Modelle eingestiegen sind.

*Zum Thema Qualität wäre es aufschlussreich zu erfahren, wo die Umsetzung der Motion von Nationalrätin Bea Heim steht, in der es um Qualitätssicherung und Patientensicherheit geht.*

Mit einer parlamentarischen Initiative, eingereicht im Mai 2004, verlangte Frau Nationalrätin Bea Heim, dass dem Bund die Verantwortung für die Qualitätssicherheit und Patientensicherheit zu übertragen sei. Dies im Rahmen einer nationalen Plattform gemeinsam mit den Kantonen, Leistungserbringern, Krankenversicherungen und Patientenorganisationen. Im November 2004 hat Nationalrätin Heim die Initiative zurückgezogen, nachdem die zuständige Kommission beschlossen hatte, eine Kommissionsinitiative einzureichen. Der Nationalrat stimmte der Motion im März 2005 zu, der Ständerat mit einer Änderung im Juni 2005. Damit wird der Bundesrat beauftragt, Qualitätssicherung und Patientensicherheit in der medizinischen Behandlung zu steuern, zu regeln und zu koordinieren. Der Nationalrat hat dieser Änderung im März 2006 zugestimmt. Der Bundesrat ist somit beauftragt, im Sinne der Motion zu handeln.

*Höhere Kosteneinsparungen durch MC werden erst möglich sein, wenn sich mehr Versicherte diesen Modellen anschliessen, und dies geschieht nur, wenn gezeigt werden kann, dass MC ebenbürtige oder bessere Qualität bedeutet. Was kann oder wird das Parlament dazu beitragen, um diese Entwicklung zu fördern? Zur Qualität kann das Parlament eigentlich nichts beitragen, da die Qualität in erster Linie von den Leistungserbringern abhängt.*



Erika Forster-Vanini

Das Parlament kann aber die Entwicklung von MC insofern fördern, als es für Versicherer und Versicherte die richtigen Anreize setzt. Erlauben Sie mir dazu eine generelle Bemerkung: In zahlreichen Gesprächen ist mir aufgefallen, dass viele Leute gar nicht wissen, was MC ist. Offenbar können sie mit diesem englischen Begriff nichts anfangen. In Diskussionen muss ich jeweils erst erklären, dass es sich um gesteuerte Behandlung handelt, und mit Beispielen erläutern, worum es eigentlich geht. Erst dann verstehen es die Leute. Mir scheint, der richtige Begriff ist noch nicht gefunden.

*Sollen Forschungsinitiativen bei MC nur von den Leistungserbringern beziehungsweise den Versicherern ausgehen oder sind dazu Forderungen, Vorschläge oder Anreize von Bundesseite vorgesehen?*

In erster Linie müssen diese beiden Instanzen daran arbeiten. Denn es ist in ihrem Interesse zu erfahren, ob ihre Angebote etwas bringen oder ob sie allenfalls ergänzt werden müssen. Wo der Bund eingreifen sollte, ist bei der Qualitätssicherung, denn Qualität muss gegeben sein. Das ist auch in der MC-Vorlage festgehalten. Die Entwicklung der Qualität muss in unabhängigen Untersuchungen dokumentiert sein und in regelmäßigen Abständen vom Bund überprüft werden. Hat der Bund den Eindruck, er benötige mehr Informationen zur Qualität und es fehle an entsprechenden Untersuchungen, muss er einen Anstoss geben und allenfalls einen Forschungsauftrag erteilen. Ich komme immer wieder auf die Qualität zurück, denn ich höre häufig von Leuten, die sagen, MC sei eine Art Billigmodell, was so nicht stimmt. Deshalb ist es wichtig, aufzuzeigen, welche Qualität MC-Modelle bieten.

*Welche Rolle spielen die Kosten in dieser Diskussion?*

Gerade wenn Ärztenetze effizient sind und Qualität zu weniger Kosten bieten, sollten die Leistungserbringer wie auch die Patienten etwas davon haben. Aber das ist nicht möglich, solange der Risikoausgleich nicht stimmt. Es braucht einen verfeinerten Risikoausgleich, auch für die Netze. Ich hoffe sehr, dass dieser Antrag im Parlament durch-

kommt. Mit einem verfeinerten Risikoausgleich lässt sich zudem eine Risikoselektion vermeiden, weil dann Krankenkassen mit vielen älteren und chronisch kranken Personen einen Ausgleich von den anderen Kassen erhalten. Auch für die Netze sollten Anreize geschaffen werden. Wenn sie qualitativ gut und effizient arbeiten, sollen sie auch finanziell belohnt werden.

*Wer soll Forschung im Bereich Managed Care finanzieren?*

Zur Hauptsache die Versicherer, weil sie einen direkten Nutzen haben, wenn sie anhand von Forschungsergebnissen sehen, welche MC-Modelle für sie und ihre Versicherten vorteilhaft sind. Sie sind ja auch daran interessiert, dass die Managed-Care-Angebote den Erwartungen der Versicherten entsprechen. Um vermehrt Leute für MC-Modelle zu gewinnen, müssen die Versicherer anhand von Fakten belegen können, welches die Vorteile sind.

*Werfen wir einen Blick in die Zukunft: Was denken Sie, wo steht Managed Care in sieben Jahren?*

Wir werden bestimmt ein gutes Stück weiter sein, vorausgesetzt, es gelingt, den Risikoausgleich anzupassen und damit das Interesse aller Beteiligten deutlich zu erhöhen. Das gilt für die Leistungserbringer, aber vor allem für die Versicherer, welche diese Leistungspakete anbieten müssen. Und nicht zuletzt braucht es Versicherte, die gut über Managed Care informiert sind. Sobald diese überzeugt sind, dass die Qualität in diesen Modellen gleichwertig oder sogar besser ist, und wenn vielleicht sogar die Kostenbeteiligung verringert werden kann, ist für MC viel gewonnen. Da ich persönlich von diesen Modellen überzeugt bin, finde ich, es sollten möglichst viele, längerfristig sogar alle Versicherten in einem solchen Modell sein. Aber wenn es in sieben Jahren 20 oder 25 Prozent der Versicherten sind, bin ich schon sehr zufrieden.

Interview:  
**Karin Diodà**  
Redaktion Managed Care

## Geringe oder andere Gesundheitskompetenz?

Das Gesundheitssystem verhindert, dass gesundheitsbewusste BürgerInnen ihre Mitverantwortung übernehmen können. Die daraus folgende «geringe Gesundheitskompetenz» in der Schweiz verursacht nicht nur hohe Kosten, sondern «begünstigt die Entwicklung einer Zwei-Klassen-Medizin, in der sozial Schlechtergestellte Nachteile erfahren». So die ersten Ergebnisse der neusten Studie des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich zur Gesundheitskompetenz in der Schweiz<sup>1</sup>. Die Botschaft ist klar: Die geringe Gesundheitskompetenz der sozial benachteiligten Gruppen – so auch der Migrationsbevölkerung – muss erhöht werden. Doch haben MigrantInnen wirklich eine geringe Gesundheitskompetenz? Die Tatsache, dass die im Herkunftsland erworbene Gesundheitskompetenz in der Schweiz nicht mehr oder nur noch teilweise anwendbar ist, hat wohl eher mit einer nicht mehr immer adäquaten beziehungsweise *anderen* als mit einer geringen Gesundheitskompetenz zu tun. Die Unterbenutzung der psychosozialen Dienste beispielsweise ist – neben Sprach- und Informationsbarrieren – auch darauf zurückzuführen, dass MigrantInnen psychosoziale Unterstützung und Hilfe primär in ihren eigenen sozialen Netzwerken suchen. Und unterschiedliche Gesundheits- und Krankheitskonzepte sind vielmehr Ausdruck einer anderen als einer geringen Gesundheitskompetenz von MigrantInnen. Eine andere und somit auch geringe lokale Gesundheitskompetenz erschwert nicht nur die Orientierung im Gesundheitssystem, sondern führt auch zu Interaktionsschwierigkeiten mit dem Gesundheitspersonal. Denn Fachpersonen reagieren auf eine andere Gesundheitskompetenz nicht immer transkulturell aufgeschlossen, sondern häufig auch ablehnend. Statt

die andere Gesundheitskompetenz von MigrantInnen behutsam und respektvoll in die Behandlung zu integrieren beziehungsweise daran anzuknüpfen, wird versucht, die «richtige» Gesundheitskompetenz durchzusetzen. Doch das biomedizinisch und individuumzentrierte Konzept der Gesundheitskompetenz hat meist wenig mit den lebensweltlichen Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit von MigrantInnen (aber auch vieler NichtmigrantInnen) zu tun.

Um die auf das hiesige Gesundheitssystem angepasste Gesundheitskompetenz zu erhöhen, braucht es demzufolge nicht nur ein gesundheitsbezogenes Empowerment von MigrantInnen, sondern muss ebenso die transkulturelle Kompetenz von Fachpersonen verbessert werden. Denn wie die eingangs erwähnte Studie aufzeigt, verhindert das Gesundheitssystem, dass vorhandene gesundheitsrelevante Kompetenzen genutzt werden können, was im Migrationskontext wohl noch gravierendere Konsequenzen als bei der übrigen Bevölkerung hat. Dass die andere Gesundheitskompetenz der MigrantInnen nicht einbezogen wird, verstärkt die Auswirkungen deren geringen Gesundheitskompetenz im hiesigen Gesundheitssystem. Das Konzept der Gesundheitskompetenz kann nur in einer migrationspezifisch angepassten Form auch bei der Migrationsbevölkerung Erfolge erzielen. Und diese Herausforderung gilt es anzunehmen, will man nicht in Kauf nehmen, dass eine der sozial am meisten benachteiligten Zielgruppen einmal mehr nicht erreicht wird.

### Dr. phil., lic.iur. Dagmar Domenig

Leiterin a.i. Departement Gesundheit und Integration  
Schweizerisches Rotes Kreuz  
Werkstrasse 18  
3084 Wabern  
dagmar.domenig@redcross.ch



Dagmar Domenig

<sup>1</sup> Jen Wang, Margrit Schmid: Swiss Health Literacy Survey 2006. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich. [www.gesundheitskompetenz.ch](http://www.gesundheitskompetenz.ch)



# Neue Capitationberechnung

**Für Managed-Care-Organisationen ist es entscheidend, dass die Kopfpauschale pro Versicherten (Capitation) risikogerecht berechnet ist. Eine neue Formel bezieht erstmals auch identifizierte chronische Erkrankungen mit ein. Die Autoren bezeichnen dies als Durchbruch.**

Konstantin Beck<sup>1</sup>, Urs Käser<sup>2</sup>

HMO und Hausarztmodelle mit Budgetverantwortung stehen und fallen damit, wie genau die Beiträge der Versicherer pro eingeschriebene Versicherte berechnet sind mit der sogenannten Capitationformel. Einerseits rechnen die Versicherer damit, dass sich eher gesunde Versicherte in die Modelle einschreiben (Selbstselektion) und dass damit die Capitation zu hoch ausfallen könnte. Demgegenüber befürchten die darin arbeitenden Ärzte einen unverschuldeten Konkurs, falls die Capitation zu knapp bemessen sein sollte. Nur eine risikogerechte Capitationformel kann beiden Befürchtungen angemessen Rechnung tragen. So ist denn in den letzten Jahren eine Entwicklung zu immer differenzierteren Capitationformeln zu beobachten [vgl. 1, 2].

Das Grundprinzip jeder Capitationformel ist sehr einfach: Man multipliziert die Anzahl HMO-Versicherter<sup>3</sup> mit den Durchschnittskosten. Die Frage ist nun: Was sind die relevanten Durchschnittskosten? Üblicherweise verwendet man dazu ein Kollektiv, das mit den HMO-Versicherten in möglichst vielen Aspekten vergleichbar ist. Anfänglich beschränkten sich die Versicherer auf die Vergleichbarkeit hinsichtlich Alter, Geschlecht und Geografie, was sich als äusserst unzulänglich herausstellte [7]. Ab 1999 führte die CSS mit dem Kriterium «Hospitalisation im Vorjahr» einen pragmatischen Gesundheitsindikator in die Formel ein, dessen Relevanz von der Forschung bestätigt wurde [7, 4], und der inzwischen von mehreren Versicherern in deren HMO-Verträgen angewandt wird.

Dennoch haftet allen bisherigen Modellen der Makel an, dass die wirklich teuren chronisch Kranken nicht gezielt und plausibel identifiziert werden konnten. Lamers und van Vliet [5, 6] lösten dieses Problem, indem sie eine Reihe teure Krankheiten über die Einnahme spezifischer Medikamente identifizieren. Mit den so entwickelten Pharmaceutical Cost Groups (PCGs) gelangt man zu objektiven Risikofaktoren, welche die Capitationberechnung signifikant genauer machen.

## Die Bestandteile der neuen Formel

■ **Risikoausgleichsstatistik:** Auch in der neusten Capitation-Formel bildet die Risikoausgleichsstatistik den Ausgangspunkt der Berechnung. Aus ihr können die jährlich aktualisierten (und durch eine



Konstantin Beck



Urs Käser

1 Dr. Konstantin Beck ist Direktionsmitglied der CSS Versicherung AG, langjähriger Leiter der Abteilung Mathematik und Statistik und Privatdozent für Gesundheitsökonomie an der Universität Zürich.

2 Urs Käser, Mathematiker, ist Mitarbeiter der CSS Abteilung Mathematik und Statistik.

3 Im Folgenden sprechen wir nur noch von HMOs, halten hier aber fest, dass alle Aussagen auch auf Hausarztmodelle anwendbar sind.



Revisionsstelle überprüfen) Durchschnittskosten von 16 Alters- und 2 Geschlechtsgruppen (pro Kanton) gewonnen werden (vgl. *Tabelle, Kolonne 5*). Diese Statistik stellt dank ihrer Objektivität die beste heute verfügbare Datenbasis für eine Capitationformel dar. Eine HMO mit vorwiegend älteren Personen wird dadurch grosszügiger entschädigt als eine mit tiefem Durchschnittsalter.

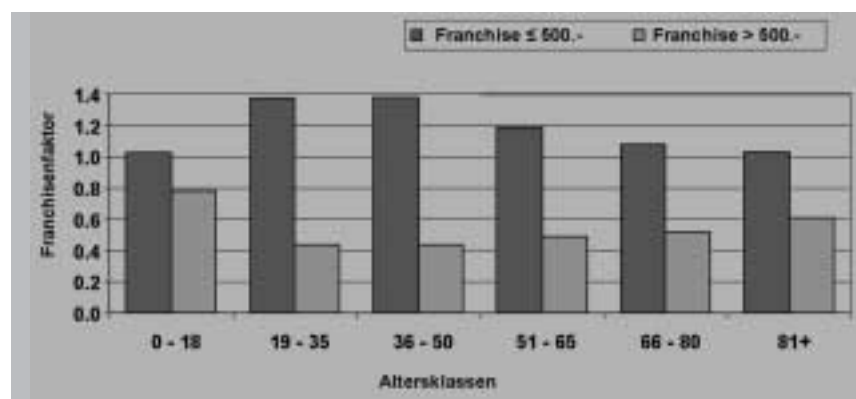
■ **Spitalaufenthalt:** Statistische Analysen zeigten, dass Versicherte, die in einem Jahr mindestens drei Tage im Spital behandelt wurden, im darauffolgenden Jahr im Schnitt viermal höhere Kosten verursachen, verglichen mit Versicherten, die im Vorjahr nicht stationär behandelt worden sind [2]. Gestützt auf diese Erkenntnisse wurden die Faktoren in Kolonne 6 der *Tabelle* berechnet, die angeben, um wie viel die Risikoausgleichsdurchschnitte anzuheben oder zu reduzieren sind. So sind zum Beispiel die Durchschnittskosten eines 25-jährigen Mannes, der im Vorjahr im Spital war, um den Faktor 5,564 anzuheben, während sie sich beim Gleichaltrigen ohne Hospitalisation im Vorjahr um den Faktor 0,862 reduzieren.

■ **Franchisenhöhe:** Auch wurde in den vergangenen Jahren zunehmend offensichtlicher, dass die Versicherten mit der Wahl der Franchisenhöhe ihren Risikotyp offen legen. Eher gesunde Personen wählen höhere Wahlfranchisen und umgekehrt. Um die statistische Stabilität zu gewährleisten, wurde nur zwischen Versicherten mit einer Wahlfranchise von minimal 1000.– Franken respektive solchen mit einer Franchise von maximal 500.– Franken unterschieden. Aufgrund dieser Einteilung unterscheiden sich beispielsweise Männer mit tiefen Franchisen um einen durchschnittlichen Faktor von 2,33 von Männern, die eine hohe Franchise gewählt haben (vgl. *Grafik 1*). In der *Tabelle*, Kolonne 7 sehen wir, dass die Durchschnittskosten des 25-jährigen Mannes ohne Hospitalisation im Vorjahr bei tiefer Franchise um den Faktor 0,436 zu reduzieren, andernfalls um 1,372 anzuheben sind.

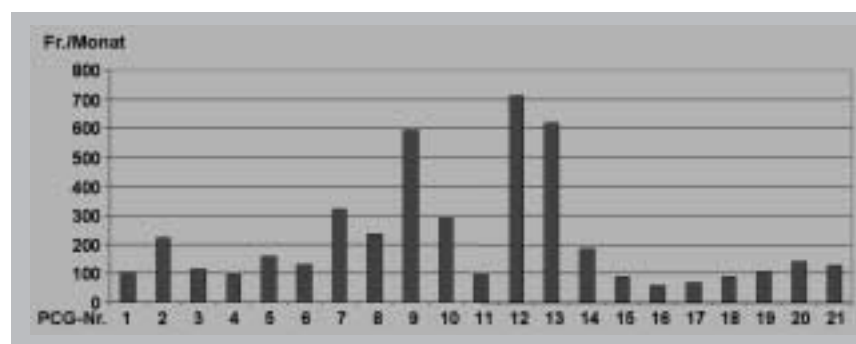
■ **Kosten chronischer Krankheiten:** Die Kosten der weiter unten noch zu definie-

renden chronisch Kranken sind in den globalen Durchschnittskosten bereits enthalten. Um eine doppelte Entschädigung zu vermeiden, sind diese überdurchschnittlichen Krankheitskosten zuerst abzuziehen. Kolonne 8 der *Tabelle* zeigt diesen reduzierenden Faktor.

■ **Rückversicherung für Hochrisikopatienten:** In der Schweiz sind die HMO-Kollektive relativ klein. Hochrisikopatienten fallen deswegen finanziell stark ins Gewicht und erhöhen die Konkurswahrscheinlichkeit einer HMO erheblich. Aus diesem Grund koppelt die CSS ihre Capitationverträge mit einer Rückversicherung von Grossrisiken (ab 10 000 Franken pro Individuum und Jahr übernimmt die CSS 90 Prozent der Kosten). Entsprechend kürzt sie die Capitationansätze um den Hochrisikoanteil. Der Kolonne 9 der



Grafik 1: Franchisefaktoren, welche anzeigen, um wie viel Prozent Versicherte, die eine tiefe Franchise gewählt haben, mit ihren eigenen Kosten über dem Gesamtdurchschnitt liegen und vice versa (Beispiel: Männer)



Grafik 2: Zuschläge für die Pharmaceutical Cost Group (PCG) in Fr./Monat

- |                    |                        |                                       |                            |
|--------------------|------------------------|---------------------------------------|----------------------------|
| 1: Asthma          | 2: Epilepsie           | 3: Rheuma                             | 4: Herzkrankheiten         |
| 5: Morbus Crohn    | 6: Reflux              | 7: Diabetes Typ 1                     | 8: Parkinson               |
| 9: Transplantation | 10: Krebs              | 11: ohne Cholesterol/Hypertonie (C/H) |                            |
| 12: AIDS           | 13: Niereninsuffizienz | 14: mit C/H                           | 15: Cholesterol/Hypertonie |
| 16: Glaukom        | 17: Schilddrüse        | 18: Osteoporose                       | 19: Migräne                |
| Diabetes Typ 2:    | 20: mit C ohne H       | 21: mit H ohne C                      |                            |

*Tabelle* ist zu entnehmen, dass bei 19- bis 25-jährigen Frauen (mit Spital im Vorjahr) im Durchschnitt 35,0 Prozent der Leistungen für Rechnungen über 10 000 Franken ausbezahlt werden. Da die HMO 10 Prozent dieser Hochrisikokosten selber trägt, wird dieser Faktor um einen Zehntel auf 31,5 Prozent reduziert, was dem tabellierten Faktor von 0,685 entspricht.

- **Regionenfaktor:** Schliesslich sei noch erwähnt, dass urbanitätsbedingte Kostenunterschiede [1] mit einem nach Gemeinden abgestuften Regionenfaktor der ETH Zürich [8] Rechnung getragen wird.
- **Einsparziel:** Nicht vergessen werden soll auch das von HMO und Versicherer auszuhandelnde Einsparziel, welches als letzter Faktor die Höhe der effektiv auszubehandelnden Capitation bestimmt.

Multipliziert man in der *Tabelle* die Kolonne 5 mit den Kolonnen 6, 7, 8 und 9, dann resultiert Kolonne 10, der individuelle Capitationansatz für nicht chronisch Kranke. Beispielsweise für alle 19- bis 25-jährigen Frauen mit Hospitalisation im Vorjahr und tiefer Wahlfranchise resultiert gemäss elfter Datenzeile in der *Tabelle*: Fr. 187.93 x 3.567 x 1.163 x 0,900 x 0.685 = Fr. 480.63. Diese Frauen bekommen demnach Fr. 292.70 mehr an Capitation, als ihnen aufgrund einer einfachen demografischen Formel zugestanden würde, nämlich Fr. 187.93. Auch chronisch Kranke – wobei hier immer nur die identifizierbaren Chroniker gemeint sind – bekommen diesen Ansatz, erhalten aber aufgrund ihrer höheren Gesundheitskosten einen Zuschlag.

**Tabelle:**  
Auszüge aus der Capitationkalkulation (Kanton Genf, 2005)

Alter	M/F	Spital im Vorjahr	Hat hohe Wahlfranchise (Fr. 1000.– und mehr)	RA-Ø-Kosten	Faktoren:				Capitation pro Monat
					Spital im Vorjahr	Franchisen-Effekt	PCG-Ausschluss	Grossrisiko	
0–18	F	Nein	Nein	98,68	0,939	1,025	0,938	0,959	85,44
0–18	F	Nein	Ja	98,68	0,939	0,786	0,938	0,959	65,51
0–18	F	Ja	Nein	98,68	3,686	1,025	0,938	0,670	234,31
0–18	F	Ja	Ja	98,68	3,686	0,786	0,938	0,670	179,67
0–18	M	Nein	Nein	100,47	0,957	1,024	0,929	0,960	87,81
0–18	M	Nein	Ja	100,47	0,957	0,782	0,929	0,960	67,06
0–18	M	Ja	Nein	100,47	2,801	1,024	0,929	0,729	195,16
0–18	M	Ja	Ja	100,47	2,801	0,782	0,929	0,729	149,04
19–25	F	Nein	Nein	187,93	0,900	1,163	0,900	0,926	163,94
19–25	F	Nein	Ja	187,93	0,900	0,611	0,900	0,926	86,13
19–25	F	Ja	Nein	187,93	3,567	1,163	0,900	0,685	480,63
19–25	F	Ja	Ja	187,93	3,567	0,611	0,900	0,685	252,51
19–25	M	Nein	Nein	105,08	0,865	1,372	0,895	0,872	97,33
19–25	M	Nein	Ja	105,08	0,865	0,436	0,895	0,872	30,93
19–25	M	Ja	Nein	105,08	5,555	1,372	0,895	0,590	422,90
19–25	M	Ja	Ja	105,08	5,555	0,436	0,895	0,590	134,39
...									
66–70	F	Nein	Nein	520,11	0,836	1,048	0,655	0,820	244,75
66–70	F	Nein	Ja	520,11	0,836	0,471	0,655	0,820	110,00
66–70	F	Ja	Nein	520,11	2,594	1,048	0,655	0,563	521,41
66–70	F	Ja	Ja	520,11	2,594	0,471	0,655	0,563	234,33
66–70	M	Nein	Nein	551,40	0,825	1,076	0,617	0,787	237,68
66–70	M	Nein	Ja	551,40	0,825	0,515	0,617	0,787	113,76
66–70	M	Ja	Nein	551,40	2,513	1,076	0,617	0,575	528,96
66–70	M	Ja	Ja	551,40	2,513	0,515	0,617	0,575	253,17
...									
91+	M	Nein	Nein	1854,71	0,502	1,029	0,938	0,761	683,88
91+	M	Nein	Ja	1854,71	0,502	0,605	0,938	0,761	402,09
91+	M	Ja	Nein	1854,71	1,626	1,029	0,938	0,537	1563,11
91+	M	Ja	Ja	1854,71	1,626	0,605	0,938	0,537	919,03

## Zuschlag für (identifizierbare) chronisch Kranke

Lamers und van Vliet [6] entwickeln 13 Gruppen von Medikamenten, die bestimmte chronische Erkrankungen beschreiben. Genau genommen fassen sie bestimmte Medikamentenwirkstoffe zu 13 Gruppen zusammen. Derselbe Wirkstoff (z.B. Insulin) kann in verschiedenen Medikamenten vorkommen; für die Behandlung ist in erster Linie der Wirkstoff relevant. In Abweichung von der niederländischen Vorlage wurden lediglich die Medikamente zur Behandlung der cystischen Fibrose<sup>4</sup> ausgeschlossen, weil die betreffenden Patienten in der Schweiz hauptsächlich durch die Invalidenversicherung abgedeckt sind. Daneben erweiterte und präziserte die CSS-Mathematik & Statistik die Gruppierung auf (momentan) 21 Gruppen, beispielsweise durch die Unterscheidung zwischen Diabetikern mit und ohne Bluthochdruck. Zudem wurde eine den Pharmaceutical Cost Groups (PCG) entsprechende zusätzliche Klasse für Pflegeheimpatientinnen eingeführt.

Grafik 2 zeigt die jeweiligen PCG-Zuschläge für alle über ihren Medikamentenkonsum identifizierten Chroniker. Dort, wo es statistisch sinnvoll war, sind die Ansätze zusätzlich nach Altersgruppen differenziert (in Grafik 2 nicht ersichtlich). Bei der Auszahlung stellt sich das Problem multimorbider<sup>5</sup> Versicherter. Die Lösung dieses Problems ist sehr einfach: Für Multimorbide werden mehrere PCG-Ansätze ausbezahlt, sodass diese Patienten tendenziell überzahlt werden. Allerdings fällt das Problem der Multimorbidität statistisch nicht allzu sehr ins Gewicht [3].

## Selektions- und Einspareffekt besser unterschieden

Die beschriebene Formel budgetiert Schweizer HMOs erstmals auf einer den Medizinern vertrauten Optik, sie baut nämlich auf identifizierbaren chronischen Krankheiten auf. Die Relevanz für den Versicherer il-

lustriert ein abschliessendes Beispiel: Wies ein reales HMO-Kollektiv aufgrund einer demografischen Formel einen Kostenspareffekt von 29 Prozent aus, so schrumpfte dieser mit der «Spital im Vorjahr»-Formel auf 26 Prozent. Die neuste PCG-Formel vermag noch genauer zwischen Selektions- und Einspareffekten zu unterscheiden und reduziert die reale Einsparung dieses Modells auf 14 Prozent. Auf jeden Fall kommt die so revidierte Formel dem eingangs begründeten Anspruch näher, HMO-Modelle risikogerechter und für beide Seiten fairer zu finanzieren.

Autoren:

### Dr. Konstantin Beck

Direktionsmitglied CSS Versicherung AG

Tribtschenstrasse 21

6002 Luzern

konstantin.beck@css.ch

### Urs Käser

Mathematiker der CSS Abteilung Mathematik und

Statistik

urs.kaeser@css.ch

Literatur:

1. Beck, Konstantin (2001): Capitationberechnung in der Schweiz: The State of the Art, in: *Managed Care*, 1/2001, S. 12–16.
2. Beck, Konstantin (2004): Risiko Krankenversicherung – Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt, Haupt, Bern.
3. Beck, Konstantin, Maria Trottmann, Urs Käser, Bernhard Keller, Stefan von Rotz und Peter Zweifel (2006): Nachhaltige Gestaltung des Risikoausgleichs in der Schweizer Krankenversicherung, Ott Verlag, Bern.
4. Holly, Alberto, Lucien Gardiol, Yves Eggli und Tarik Yalcin (2003): Health-based risk adjustment in Switzerland: an exploration using medical information from prior hospitalization, Schlussbericht zum nationalen Forschungsprogramm 45, Sozialstaat Schweiz, Bern.
5. Lamers, Leida M. (1999): Pharmacy Cost Groups: a Risk-Adjuster for Capitation Payments based on the Use of Prescribed Drugs, in: *Medical Care*, Vol. 37, No. 8, S. 824–830.
6. Lamers, Leida M. und René C.J.A. van Vliet (2003): Health-based risk adjustment: improving the Pharmacy-based Cost Group model to reduce gaming possibilities, in: *European Journal of Health Economics*, 4, S. 107–114.
7. Spycher, Stefan (2002): Risikoausgleich in der Krankenversicherung: Notwendigkeit, Ausgestaltung und Wirkungen, Haupt, Bern.
8. Stahel, Werner und Hürzeler, Markus (2000): Prämienregionen für Krankenversicherungen auf Grund der Nettoleistungen der Versicherer, mimeo, KSK Solothurn.

<sup>4</sup> Cystische Fibrose: genetisch bedingte Stoffwechselerkrankung, welche die Lunge und das Verdauungssystem stark beeinträchtigt und häufig zum frühen Tod der Betroffenen führt.

<sup>5</sup> Multimorbid: Bei einem Patienten bestehen gleichzeitig mehrere Krankheiten.

# Soziale Gerechtigkeit im Spital

**Ein neues Buch liefert gründliche Antworten zu Organisationsethik, Anreizen in Entgeltsystemen, Rationierung und Zwei-Klassen-Medizin. Die dringenden Fragen zur heutigen Situation in den Spitälern beantwortet es aber nicht, so das Fazit unseres Rezensenten.**

**Werner Widmer**

«Das Krankenhaus verdankt seine heutige Bedeutung und Stellung gerade dem historischen Bemühen um soziale Gerechtigkeit und kann als eine ihrer wesentlichen Institutionen angesehen werden.» Dies schreibt Hans-Jürgen Firnkorn im ersten Beitrag des Sammelbands «Krankenhaus und soziale Gerechtigkeit», herausgegeben von Manfred G. Krukemeyer, Georg Marckmann und Urban Wiesing. Das Buch will zu einem vertieften Verständnis des Begriffs der sozialen Gerechtigkeit in Bezug auf das Spital beitragen und praktische Konsequenzen erörtern. Dazu vereinigt der Band auf rund 180 Seiten acht Beiträge von insgesamt zwölf deutschen Autoren. Sie behandeln folgende Themen: Was ist unter sozialer Gerechtigkeit zu verstehen? Wie verhält sich der Begriff zu den klassischen Formen der Gerechtigkeit? Was heisst soziale Gerechtigkeit für Patienten (Zugang, Behandlung, Partizipation) und was für Mitarbeitende (Verteilung der Leistungslast zwischen den verschiedenen Berufsgruppen, Entlohnungsgerechtigkeit)?

1 DRG: Diagnosis Related Group. Abrechnungssystem in den Spitälern nach Fallpauschalen.

**Für Patienten und Mitarbeitende gerecht**

Zum Stichwort Organisationsethik weist Matthias Kettner auf die bereits 1995 von der amerikanischen Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations aufgestellten organisationsethischen Standards und die zunehmende Bedeutung des Begriffs auch in Deutschland hin. Dabei geht es unter anderem um Themen wie «Egomanie auf Kosten von Organisationszielen» oder «die Unterdrückung von Kritik im Spital».

Es folgt ein gut strukturierter Beitrag von Axel Paeger über die Anreize verschiedener Krankenhausentgeltsysteme. Dabei stellt Paeger hohe Ansprüche: «Gelingt es, die Anreize so zu setzen, dass sich das, was medizinisch und/oder ethisch richtig ist, auch finanziell auszahlt, lässt sich der klassische Konflikt zwischen Medizin und Wirtschaftlichkeit auflösen.» In diesem Sinn werden verschiedene Spitalfinanzierungen diskutiert: Tagespauschalen, DRG, Kopfpauschalen (Capitation) und degressive DRG<sup>1</sup>, bei denen ab einer bestimmten Fallzahl die Entgeltung pro Fall abnimmt, um einer (regionalen) Überversorgung vorzubeugen.

In den beiden Kapiteln über Rationierung wird einmal mehr deutlich, wie schwer sich unsere Gesellschaft mit diesem Thema tut. Natürlich bleibt der Leser auch hier ohne konkrete Antwort auf die gestellte Frage, wie denn eine explizite und sozial gerechte Rationierung im Spital zu praktizieren sei.

Zur Gerechtigkeit im Krankenhaus aus der Patientenperspektive werden von Walter Satzinger und Angelika Werner im längsten Bei-



Werner Widmer

trag des Sammelbands bekannte Stichworte erläutert: Patientenbefragungen, Gerechtigkeit und Gleichheit, Zwei-Klassen-Medizin, Zugänglichkeit zu Krankenhausleistungen, Patientenwürde, Autonomie im Abhängigkeitsverhältnis, Integrität. Erörtert wird auch die Beteiligung der Patienten am Versorgungsgeschehen: die Gemeinsamkeit von Behandelnden und Behandelten, Informed Consent und Shared Decision Making, «sprachlose» Patienten, Privilegierung gesundheitlich und sozial ohnehin Begünstigter, Diskriminierungsverbot versus Personalitätsgebot. Als «ein praktischer, wenn auch nicht leicht praktikabler Vorschlag» wird die individuelle Patientenkoordination als eine neue Funktion auf den Bettenstationen vorgeschlagen, bei der eine bestimmte Person die Patientin oder den Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung verantwortlich begleitet, das heisst ihren ganzen Versorgungsprozess organisiert. In der Schweiz kennen wir das unter der Bezeichnung Bezugspflege. Da diese individuelle Patientenkoordination nicht in jedem Fall im gleichen Ausmass angebracht ist, kommen die beiden Autoren zum Schluss, dass Patientengerechtigkeit eine Art von «Diskriminierung» verlange.

Schliesslich mündet das Schlusskapitel über Planung und Wettbewerb im Zusammenhang mit der Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen in der Feststellung, dass «künftig (...) dem allgemeinen Wettbewerbsrecht streng Vorrang zu gewähren» sei.

### Politische Rahmenbedingungen sind entscheidend

Mich hat die Lektüre nicht gepackt. Vielleicht liegt es daran, dass der Sammelband zwar gründliche Antworten enthält, aber vielfach auf die Fragen, die ich für unsere Spitäler nicht als dringend erachte. Spitäler haben doch im Wesentlichen einen sozialen Auftrag zu erfüllen, nämlich den Menschen bei der Geburt, bei Krankheit und im Sterben einen Mehrwert (aus der Sicht der Patienten) zu verschaffen. Darauf sollten sie sich ausrichten und davon sollten sie leben können. Die Politik dagegen soll mit geeigneten Rahmenbedingungen sicherstellen, dass Krankenhäuser, die das gut machen, reich

werden und dass Krankenhäuser, die das nicht gut machen, mangels Patienten den Betrieb von selber einstellen. Wenn nun aber im besprochenen Buch die «deutliche Verknappung der Kapazitäten» (in Deutschland) zum Anlass genommen wird, «die Frage nach der sozialen Gerechtigkeit im Krankenhaus» neu zu stellen, scheint mir das Symptombekämpfung zu sein. Die Ursache wird kaum thematisiert: Ich habe den Verdacht, dass sich die Frage nach «sozialer Gerechtigkeit» im Zusammenhang mit Spitälern weniger stellen würde, wenn die politisch motivierte Regulierung die Spitäler nicht zu unvernünftigem Verhalten (Leistungen ohne Mehrwert für Patienten, ineffiziente Investitionen, Tolerieren von ungeeigneten Kadermitarbeitenden) provozieren würde. Diese übergeordnete Thematik auf der strukturellen Ebene des Gesundheitswesens kommt mir in diesem Buch zu kurz.

Wie Hans-Jürgen Firnkorn im ersten Kapitel selber festhält, ist soziale Gerechtigkeit eine unglückliche Begriffswahl, denn Gerechtigkeit ist ja immer zu verstehen «als das Bemühen um einen gerechten Ausgleich zwischen Menschen und den Gruppen, denen sie angehören, und damit als etwas originär Soziales. Eine unsoziale Gerechtigkeit wäre so etwas wie ein nicht weisser Schimmel.»

Das Buch bietet kaum Neues, das nicht schon unter anderem Titel bekannt ist. Die Zusammenfassung unter der Klammer «Krankenhaus und soziale Gerechtigkeit» erscheint auch nach der Lektüre nicht zwingend zu sein.

Autor:

**Werner Widmer, Dr. rer. pol.**

Stiftungsdirektor

Stiftung Diakoniewerk Neumünster

Schweizerische Pflegerinnenschule

Trichtenhauserstrasse 24

8125 Zollikerberg

werner.widmer@diakoniewerk-neumuenster.ch

### Literatur:

Manfred G. Krukemeyer, Georg Marckmann, Urban Wiesning (Herausgeber): *Krankenhaus und soziale Gerechtigkeit*. Schattauer, Stuttgart 2006. 200 Seiten. ISBN: 3-7945-2445-4. 55.90 Franken.



# Case Management durch die Spitex



Maja Nagel Dettling

**Die demografische Entwicklung und kürzere stationäre Aufenthalte beschweren den Spitex-Organisationen immer komplexere Fälle. Ein Case Management durch speziell ausgebildete Spitex-MitarbeiterInnen könnte die ambulant-stationäre Schnittstelle verbessern und die Versorgung optimieren – ein Modell.**

Maja Nagel Dettling, Hanspeter Inauen, Dominik Holenstein



Hanspeter Inauen

Die Grundversorgung im alltäglichen Lebensumfeld gehört zum Kerngeschäft der Spitex-Organisationen, welche meistens privat-rechtlich als Vereine organisiert sind. Der Kostendruck der öffentlichen Hand, die höheren Qualitätsanforderungen der Versicherer und die steigende Nachfrage aufgrund der demografischen Entwicklung verlangen, dass sich die Spitex-Organisationen neu ausrichten. In Zukunft werden noch mehr KundInnen gepflegt und betreut, die einen komplexen, langfristigen und kostenintensiven Versorgungs- und Betreuungsbedarf haben. Das Management der Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung wird durch sich weiter verkürzende Aufenthaltszeiten in Spitälern und Kliniken immer wichtiger. Hier kann die Spitex einen wichtigen Beitrag leisten.

## Vorhandene Ressourcen nutzen

Die Spitexmitarbeiterinnen kennen die betreuten KundenInnen und deren soziales Umfeld über einen langen Zeitraum. Es besteht häufig eine intensive Beziehung mit

einem grossen Vertrauensverhältnis. Die Spitex ist lokal gut vernetzt und hat viel Erfahrung in der Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern. Auch heute schon organisiert die Spitex weitere Leistungen wie Entlastungsdienste, Tagesheim-Aufenthalte, Mahlzeitendienste, Gesundheitsligen oder temporäre stationäre Aufenthalte. Hier kann das Case Management in der Spitex optimal anknüpfen und die vorhandenen Ressourcen nutzen. Eine Spitex-Case-Managerin kann bewirken, dass eine Kundin nach einer stationären Behandlung schnell wieder in ihr gewohntes Lebensumfeld zurückkehren kann. Die Spitex managt die Schnittstelle und gewährleistet eine kontinuierliche Betreuung. Damit macht sie die Versorgung effizienter, spart Kosten und entlastet die ÄrztInnen.

## Das Modell

Ein Case Management, das von der Spitex betrieben wird, kann wie folgt ablaufen: Spitäler, ÄrztInnen, Sozialdienste oder Versicherer weisen der Spitex komplexe Fälle zu, die von einem Case Management profitieren könnten (vgl. *Grafik 1*). Dazu zählen insbesondere folgende KundInnengruppen:

- KundInnen, welche stationäre Behandlungen benötigen
- chronisch Erkrankte
- KundInnen mit Mehrfachdiagnosen
- KundInnen mit psychischen Erkrankungen
- KundInnen in schwierigen Lebenslagen
- KundInnen mit fehlenden Ressourcen in ihrem Versorgungsumfeld



Dominik Holenstein



gement-Funktion leisten kann. Regionale Verbundsysteme oder grössere Organisationen können Träger sein. Auch Teilfunktionen des Case Managements können der einzelnen Organisation nützlich sein, um zum Beispiel die individuellen Kundenprozesse zu steuern und/oder die Gesamtsicht eines Versorgungsgeschehens einzubeziehen. Viele Spitex-Organisationen haben in den letzten Jahren ihre Prozesse auf eine durchgehende, interdisziplinäre Betreuung der Kundinnen ausgerichtet. Sie haben dafür verschiedene Namen verwendet, wie Bezugspflege, Fallverantwortung oder Kunden-Koordination. Diese bereits installierten Funktionen und Rollen bieten eine gute Grundlage, um Case Management in die Spitex zu integrieren.

Die gesetzlichen Grundlagen für die Implementierung eines Case Managements in der Spitex sind noch ungeklärt, ebenso die Finanzierung. Es braucht ein politisches En-

**Auch Teilfunktionen des  
Case Managements können der  
einzelnen Organisation  
nützlich sein, um zum Beispiel  
die individuellen Kundenprozesse  
zu steuern und/oder  
die Gesamtsicht eines Versorgungs-  
geschehens einzubeziehen.**

agement, sowie den Mut der Spitex-Organisationen und des Spitex-Verbands, um Verantwortung und Initiative zu übernehmen und einen politischen Vorstoss zu lancieren. Die Spitex muss aus ihrem Schatten heraustreten und sich für die regionale, integrierte Gesundheits- und Sozialversorgung stark machen. Richtige und sinnvolle Anreizsysteme sind zu fördern und zu verlangen. Die Spitex soll sich öffnen und die Kommunikation und Zusammenarbeit mit möglichen Case-Management-Zuweisern verstärken.

### Ausblick

Gibt es Alternativen, um die Versorgung besser zu koordinieren? Alle Koordinationsanstrengungen, die im Gesundheitswesen bereits laufen, sind zu unterstützen. Oft fehlt aber das Verständnis des Zusammen-

spiels von Einzelfall- und Systemebene. Es besteht die Gefahr, dass die Akteure aus den einzelnen Bereichen des Gesundheits-, Sozial- und Versicherungswesens die Probleme zwar erkennen, aber an der Lösung auf der Einzelfall- und der Systemebene nicht zusammenarbeiten. Der Bedarf an einer integrierten Versorgung wird zunehmen. Die Spitex mit einem gut funktionierenden Case Management kann hier eine zentrale Rolle spielen.

Unseres Wissens gibt es noch keine Spitex-Organisation in der Schweiz, die ein vollständiges Case Management betreibt. Ansätze und konzeptionelle Überlegungen werden in einigen Regionen diskutiert. Das Autorenteam ist überzeugt, dass die Spitex – in ihrem Aufgabenfeld der ambulanten Versorgung – für das Case Management sehr geeignet ist, weil sie dank ihrer Organisationsform ein umfassendes Case Management hinsichtlich medizinischer und sozialer Fragen anbieten kann. Wir würden es sehr begrüßen, wenn in der Schweiz Modellprojekte entstünden, um den Nutzen und den Erfolg des Case Managements in der Spitex belegen zu können.

AutorInnen:

**Maja Nagel Dettling**

Ausbildungs- und Organisationsberatung  
Binzstrasse 51  
8712 Stäfa  
m.nagel@bluewin.ch

**Hanspeter Inauen**

Geschäftsleiter Spitex Kriens  
und dipl. Organisationsberater BSO  
beraten und entwickeln  
Berglistrasse 31  
6005 Luzern  
hp.inauen@bluewin.ch

**Dominik Holenstein**

Fallmanager Sanitas AG  
und ehemaliger Spitex- Betriebsleiter  
Weiherweg 3  
4133 Pratteln  
holenstein.dominik@bluewin.ch

### Literatur:

1. Maja Nagel, Dominik Holenstein, Hanspeter Inauen. Case Management in der Spitex – Ein Konzeptbeitrag als Arbeitshilfe für Spitexorganisationen. Ausgezeichnet mit dem Spitex-Förderpreis 2006. Per Internet zu bestellen für 50 Franken: [www.casemanagement-spitex.ch](http://www.casemanagement-spitex.ch)

# Psychotherapie per E-Mail: «Wie ein Tagebuch, das mir antwortet.»

**Psychotherapie ohne dem Therapeuten auch einmal in die Augen zu schauen? Viele können sich telemedizinische Methoden in der Psychiatrie und Psychologie nicht vorstellen. Doch die Psychotherapie via Internet kann sehr erfolgreich sein. Am Psychologischen Institut der Universität Zürich hat man damit bereits Erfahrung.**

**Renate Bonifer**

Ärztliche Call-Center gehören heutzutage zum medizinischen Alltag. Auch die Krankenkassen haben das Einsparpotenzial der Telemedizin erkannt und viele bieten bereits spezielle Spartarife an, wenn man seinen Arzt nicht gleich persönlich aufsucht, sondern zunächst bei einer der «Telepraxen» telefonisch oder per Internet Rat sucht. Rund 1500 Anfragen pro Tag verzeichnen die einschlägigen Dienstleister zurzeit in der Schweiz. Für banale Wehwechen wie ein Kratzen im Hals, Magenverstimmung oder juckende Insektenstiche, dürfte dies kaum noch jemand befremdlich finden. Ganz anders sieht die Sache freilich aus, wenn es um die Seele geht. «Wenn ich mit meinen Fachkollegen über die telemedizinische Psychotherapie spreche, stosse ich häufig auf Skepsis und Ablehnung», sagt Andreas Maercker, Professor am Psychologischen Institut der Universität Zürich.

## **Kurze Therapiedauer und gute Resultate**

Andreas Maercker und seine Mitarbeiterinnen haben bereits mehr als 200 Patienten

mit Depressionen oder posttraumatischen Belastungsstörungen mithilfe einer internetgestützten Psychotherapie behandelt. Die Methode mit der Bezeichnung interapy<sup>®</sup> wurde in Holland entwickelt, und sie wird dort bereits von den Krankenkassen bezahlt. Die Kommunikation zwischen Therapeut und Klient läuft ausschliesslich über E-Mail. Zu fest abgesprochenen Terminen verfassen die Klienten – in der Regel Personen mit Depressionen und/oder posttraumatischen Belastungsstörungen – per E-Mail Texte, die ihnen mit Kommentaren, Ratschlägen und neuen Fragen des Therapeuten zu einem ebenfalls abgesprochenen Termin zurückgeschickt werden.<sup>1</sup>

Die Therapiedauer ist mit zirka 20 Stunden relativ kurz und die Resultate sind gut: «Es gab eine deutliche Verbesserung der traumabedingten Symptome (Vermeidung, Intrusion<sup>2</sup>, Übererregtheit) bei der Behandlungsgruppe nach Beendigung der Behandlung und nach drei Monaten. Ebenso konnten für die traumabedingte Symptomatik und für allgemeine psychopathologische Symptome (Depression und Angst) signifikante Behandlungseffekte gefunden werden», schreibt Maercker im Abschlussbericht einer durch den Weissen Ring in Deutschland geförderten Studie mit 96 Personen mit posttraumatischen Belastungsstörungen.

1 Weitere Informationen im Internet: [www.psychologie.unizh.ch/psypath/praxisstelle/therapie\\_internet/interapy/index.htm](http://www.psychologie.unizh.ch/psypath/praxisstelle/therapie_internet/interapy/index.htm)

2 Intrusion: unauslöschliche, seelische Prägung durch eine traumatische Erfahrung, die sich in ungewollt aufdrängenden, wiederkehrenden und belastenden Gedanken an das traumatische Ereignis äussert.



Gemäss einer Umfrage eineinhalb Jahre nach Therapieende bleibt die positive Wirkung auch über die letzte Therapiestunde hinweg bestehen. Etwa ein Fünftel der Personen begann im Anschluss eine konventionelle Psychotherapie. Maercker sieht seine Methode in diesen Fällen als eine Art «Türöffner» für weitere Interventionen. Eine grosse Stärke des Internetkontakts sei die Anonymität, die den ersten Schritt für den Patienten erleichtert.

### Vor- und Nachteile des Schreibens

Genau diese Anonymität wird von Kritikern der telemedizinischen Psychotherapie als Gegenargument ins Feld geführt. Sie sehen darin eine Gefahr, das Vermeidungsverhalten gewisser Patienten noch zu unterstützen. Besonders gefährlich könnte es bei neurotischen Störungen, Psychosen und Selbstmordgefahr werden. Solche Patienten will jedoch auch Andreas Maercker nicht per Internet therapieren. Personen mit psychotischen, dissoziativen<sup>3</sup> Symptomen, aktuellem Suchtmittelgebrauch und Suizidgefahr sind von dieser Therapieform ausgeschlossen. Das Gleiche gilt für Jugendliche unter 18 Jahren. Dass die Validität der Diagnose bei dem fehlenden direkten Kontakt leiden und es zu Missverständnissen in der schriftlichen Kommunikation kommen kann, bestreitet Maercker indes nicht. Er und seine Kollegen greifen denn auch zum Telefon, wenn sie den Eindruck haben, ihr Klient drohe in eine Krise abzurutschen.

Auf der anderen Seite kann die schriftliche Kommunikation auch vorteilhaft sein: «Es liegt in der Natur der Sache, dass sich Menschen mit Depressionen und Belastungen gerne schriftlich ausdrücken», sagt Andreas Maercker, während zum Beispiel bei Problemen wie Essattacken, Rückfällen, Bulimie oder Anorexie das Telefon das geeignetere telemedizinische Medium sein kann. Ein

<sup>3</sup> Dissoziation: seelisch-körperliche Abspaltung des Bewusstseins von Selbstwahrnehmung und Umwelt. Zu den dissoziativen Phänomenen gehören auch Alltagserfahrungen wie «automatische» Handlungen oder das Ausblenden von Umweltreizen bei konzentriertem Arbeiten. Dissoziative Störungen wie beispielsweise Entfremdungsgefühle, Gedächtnislücken oder Identitätsstörung (multiple Persönlichkeit) können bei traumatischen Situationen auftreten (Verkehrsunfall oder Tod eines nahestehenden Menschen).

weiterer Vorteil des Schreibens sei die intensivere Auseinandersetzung, das Ausfeilen der Aussagen. In Briefe werde «mehr hinein-gepackt» als in Worte. Mehr als die Hälfte der Klienten lesen ihre Briefe und den Rat ihrer Therapeuten von Zeit zu Zeit erneut und könnten so Rückfällen unter Umständen vorbeugen.

### Telepsychotherapie mit Potenzial

Die Idee der telemedizinischen Psychotherapie ist nicht neu. Erste Versuche gab es bereits in den Fünfzigerjahren des 20. Jahrhunderts. Für viele, häufige psychische Störungen wurden seitdem telemedizinische Diagnose- und Therapieverfahren entwickelt. Trotzdem gibt es bis heute nur wenige Studien, welche die Wirksamkeit der direkten, konventionellen Psychotherapie mit telemedizinischen Methoden vergleichen. Unter 380 zwischen 1956 und 2002 publizierten Untersuchungen zur Telepsychiatrie fanden Steven E. Hyler und seine Kollegen von der Columbia Universität New York gerade einmal 14 mit einem direkten Vergleich, die sie für eine Metaanalyse verwenden konnten [1]. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass es zwischen beiden Methoden hinsichtlich der Wirksamkeit und Patientenzufriedenheit keine Unterschiede gab, beides also gleich gut sei. Man könne darum erwarten, dass die Telepsychotherapie künftig die konventionelle Psychotherapie teilweise ersetzen wird, so Hyler. In den USA ist die Telepsychotherapie schon lange keine Seltenheit mehr: «Es war eine Art Tagebuch, nur dass das Tagebuch eben antwortete», beschrieb eine der Klientinnen ihre Erfahrungen bereits vor acht Jahren in einer Reportage des Nachrichtenmagazins Spiegel.

Autorin:

**Dr. Renate Bonifer**

Redaktorin Rosenfluh Publikationen AG

Schaffhauserstrasse 13

8212 Neuhausen

renate.bonifer@rosenfluh.ch

### Literatur:

1. Hyler S.E. et al.: Can telepsychiatry replace in-person psychiatric assessments? A review an meta-analysis of comparison studies. *CNS Spectr* 2005; 10 (5): 403–413.



Andreas Maercker, Professor am Psychologischen Institut der Universität Zürich, stellte die telemedizinische Psychotherapie am eHealthCare-Kongress vom 28. bis 29. September 2006 in Nottwil vor.



# Sicht der (älteren) Patienten vergessen

**Zu: Rolf Malk, Katrin Rachinger:  
DRG-Kodierung: Interpretationsspiel-  
raum mit Budgetfolgen.  
Managed Care 7/2006.**

In verdankenswerter Weise wird die Problematik der Einführung der Swiss DRG beleuchtet und auf die Notwendigkeit einer unabhängigen Kontrollinstanz hingewiesen, was sich möglicherweise für die Malk Medizin Controlling AG finanziell günstig auswirken dürfte. Leider wird mit keinem Wort erwähnt, dass die Einführung und die spätere Durchführung horrende administrative Kosten verursachen werden.

Als erstes Ziel der neuen Swiss DRG wird die Verkürzung der «Liegezeit in Schweizer Spitälern» genannt. Dies leuchtet jedem Ökonomen ein. Leider wird im ganzen Artikel überhaupt nicht auf die Sicht der Patientin und des Patienten eingegangen. Zwar wird erwähnt, dass das Alter als Kriterium für die Zuordnung des Behandlungsfalls eine Rolle spielt, doch ist unschwer vorzusehen, dass es insbesondere die älteren Leute einschliesslich deren soziale Probleme sind, welche mit dieser Regelung bestraft werden. Es ist wohl eine Volksweisheit, dass im Alter alles etwas langsamer geht, doch beim Spitalaufenthalt wird keine Rücksicht darauf genommen.

Bezahlt wird die medizinische Dokumentation. Darunter fällt als erstes Kriterium der Ein- und Austrittsbericht des Arztes. Leider entgeht dem Autor und der Autorin, dass es nicht nur Blinddarmentzündungen und Schienbeinbrüche beim jungen, gesunden Menschen gibt, bei denen die Ein- und Austrittsuntersuchung vollauf genügt, sondern beispielsweise auch Schmerzerkrankungen und psychische Erkrankungen, bei denen ein tägliches längeres Gespräch, zusätzlich auch mit Angehörigen, dazu angetan ist, dem Leiden auf die Spur zu kommen. Alle diese Belange werden im Artikel nicht erwähnt. Ebenso wie die alten Menschen werden diese Menschen mit der DRG-Codierung zusätzliches Leid erfahren.

Basis für die Berechnung von Therapien sind die Operationen (CHOP-Version 8.0) und Interventionen. Die bisher günstige Medizin, die nicht interventionelle, wird nicht bezahlt.

Das Spital der Zukunft wird finanziell überleben, wenn es möglichst viele Interventionen und Operationen durchführt, was die Medizin der Zukunft nicht verbilligen wird. Es ist bedauerlich, dass die Sicht von Patientinnen und Patienten und insbesondere von älteren Leuten nicht wahrgenommen wird.

## Dr. Marcel Weber

Leitender Arzt  
Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation  
Stadtpital Triemli Zürich

### Ihr Feedback?

Bestimmt sind Sie nicht mit allem einverstanden, was Sie in der Zeitschrift Managed Care lesen, oder Sie haben wichtige Ergänzungen. Ihre Meinung interessiert uns und unsere Leserinnen und Leser. Wir bieten deshalb Platz zum offenen Meinungsaustausch.

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

Redaktion Managed Care  
Brigitte Casanova  
Rue Denis-de-Rougemont 36  
2000 Neuchâtel

Fax: 052-558 83 00  
b.casanova@rosenfluh.ch

## Stimmen zum Gesundheitswesen

### Versachlichte Diskussion

«Wer sich vertieft mit dem Gesundheitswesen auseinandersetzt, weiss: Das Problem sind nicht die Krankenversicherer, sondern die falschen Anreize und der damit verbundene Anstieg der Kosten.» Marc-André Giger, scheidender Direktor von Santésuisse, zieht im Interview Fazit: «Von manchen Reformen habe ich gedacht, dass sie schneller vorankämen: Die Vertragsfreiheit, mehr Eigenverantwortung für die Versicherten und generell das Setzen der richtigen Anreize.» Giger weiter: «Positiv werte ich die Versachlichtung der Diskussion: (...) Niemand erwartet mehr ernstlich, dass er keine Konzessionen mehr machen muss.» (bc)

Quelle: «Ich verlasse einen Betrieb mit tollen Menschen». Im Gespräch: Marc-André Giger. Interview von Peter Kraft. In: infosantésuisse Nr. 11, November 2006.

### Geschlechtergerechte Pflege

Die Gespräche geschlechtergerecht zu führen und Verhaltensweisen und Symptome präziser interpretieren zu können, dies sind gemäss Ulrike Nigl-Heim die Vorteile von genderspezifischer Pflege. Die Berner Pflegefachfrau und Erwachsenenbildnerin ist Genderspezialistin. Wie äussern Patienten, und wie Patientinnen ihre Symptome? Was beeinflusst das Verhalten des Pflegefachmanns, was das der Pflegefachfrau? Ulrike Nigl-Heim: «Tatsächlich handelt es sich bei solchen Rollenmustern immer nur um Tendenzen. Man kann nicht sagen, dass etwas generell so ist bei Frauen und bei Männern.» Und es gehe auch nicht darum, eine geschlechtergetrennte Pflege zu fordern: «Es kann durchaus auch sein, dass Männer besser mit Frauen kommunizieren können und umgekehrt.» Entscheidend sei das Wissen über geschlechtsspezifisches Verhalten. (bc)

Quelle: «Eigene Rollenbilder kritisch hinterfragen». Interview mit Ulrike Nigl-Heim. In: Krankenpflege Nr. 11/2006.

### Alte Babyboomer

Kontroverse Diskussionen am 7. Zürcher Gerontologietag vom 5. Oktober 2006. Angeline Fankhauser, Alt-Nationalrätin, statuierte, dass die Alten bereit seien, ihre Erfahrung,

ihr Wissen und ihre Zeit in die Gesellschaft einzubringen. Trotzdem bleibe ihr Einfluss marginal: «Es wird für sie geplant und konzipiert, aber selten mit ihnen.» Hingegen Thomas Held, Direktor vom Think Tank Avenir Suisse, die politische Übermacht der alt gewordenen Babyboomer befürchtet und von «Altersherrschaft» spricht. Zudem, so Held, wollten diese Alten die gleichen Leistungen beanspruchen wie ihre Eltern, nur weit länger.

Die Ressourcen der Alten und chronisch Kranken müssen gefördert werden, diese Meinung vertrat Albert Wettstein, Chefarzt des Stadtärztlichen Dienstes Zürich. Das klassische medizinische Modell werde den chronischen Krankheiten, an denen alte Menschen oft leiden, nicht gerecht. Die Babyboomer seien Bewegungsfreiheit gewöhnt, so Wettstein, Empowerment werde für sie zum Behandlungsstandard. (bc)

Quelle: Barbara Steiner: Die neuen Alten sind anders. 7. Zürcher Gerontologietag. In: Curaviva, November 2006.

### Kumpanei im Gesundheitsspiel

«Wir haben im Gesundheitsbereich kein funktionierendes Kontrollsystem, wo beispielsweise die Institution A der Institution B auf die Finger schaut und eingreift, wenn sie Mängel oder Fehlentwicklungen feststellt.» Für Hans Heinrich Brunner, ehemaliger Vizedirektor des Bundesamts für Gesundheit und heute Leiter der Forschungsabteilung des Inselspitals Bern, sind die nur auf Papier existierenden Kontrollen ein Hauptfehler im Gesundheitssystem. Brunner: «Sonst herrscht unter den verschiedenen Playern im Gesundheitsspiel eine grosse Kumpanei und Mausehelei. Etwas vornehmer ausgedrückt könnte man von megakartellähnlichen Strukturen reden.» Und: «Es gibt niemanden, nicht einmal die Patienten, der wirklich daran interessiert ist, dass die Kosten unseres Gesundheitswesens gesenkt werden. Jeder profitiert von jedem, jeder profitiert vom System, so wie es ist.» (bc)

Quelle: «Es herrscht eine grosse Mausehelei». Hans Heinrich Brunner im Interview mit Jürg Auf der Maur. In: Luzerner Zeitung, 27. Oktober 2006.

22.–23. Februar, Düsseldorf (D)	<b>Integrierte Versorgung</b>	Euroforum Deutschland GmbH, Prinzenallee 3, D-40549 Düsseldorf. Tel. 0049-211 9686 3000. Fax 0049-211 9686 4000. info@euroforum.com; www.euroforum.com
1.–3. März, Winterthur	<b>Evidence based Medicine</b>	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG, Im Park, St. Georgenstrasse 70, Postfach 958, 8401 Winterthur. Tel. 052-267 78 97. caroline.tiedemann@zhwin.ch; www.wig.ch
8. März, Bern	<b>Telematiktage: Healthcare Forum</b>	MKR Consulting AG, Steinerstrasse 37, 3006 Bern. Tel. 031-350 40 55. franziska.goldinger@mkr.ch; www.mkr.ch
15. März, Frankfurt (D)	<b>11. Symposium zum Gesundheitsmanagement</b>	Philipps-Universität Marburg, Tino Kessler-Thönes (Projektleitung), Universitätsstrasse 24, D-35037 Marburg. Tel. 064-212 863 767. Fax 064-212 826 598. kessler@wiwi.uni-marburg.de; www.unimarburg.de/fb02/hcm
21.–22. März, Luzern	<b>3. Luzerner Trendtage Gesundheit</b>	Forum Gesundheit Luzern, Dr. Christof Wicki, Horwerstrasse 87, 6005 Luzern. Tel. 041-318 37 97. Fax 041-318 37 10. info@trendtage-gesundheit.ch; www.trendtage-gesundheit.ch
21.–22. März, Berlin (D)	<b>2. Kongress für Gesundheits- netzwerker</b>	Agentur WOK GmbH, Palisadenstrasse 48, D-10243 Berlin. Tel. 030-49 85 50 31. Fax 030-49 85 50 30. info@gesundheitsnetzwerker.de; www.gesundheitsnetzwerker.de
25.–27. März, Nashville (USA)	<b>8<sup>th</sup> Annual International Summit on Redesigning the Clinical Office Practice</b>	Institute for Healthcare Improvement IHI, 20 University Road, 7 <sup>th</sup> Floor, Cambridge, MA 02138 USA. Tel. 617-301 48 00. Fax 617-301 48 48. info@ihi.org; www.ihi.org
29. März, Bern	<b>Die ambulante Notfall- versorgung im Umbruch</b>	Medvantis AG, Bolligenstrasse 54, 3006 Bern. Tel. 031-340 05 00. Fax 031-340 05 55. info@medi24.ch; www.medi24.ch
31. März, Winterthur	<b>Evidence based Medicine (Intensivkurs)</b>	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG, Im Park, St. Georgenstrasse 70, Postfach 958, 8401 Winterthur. Tel. 052-267 78 97. caroline.tiedemann@zhwin.ch; www.wig.ch
16.–17. April, Lissabon (P)	<b>5<sup>th</sup> Quality Improvement Research Network (QIRN)</b>	BMA House, Tavistock Square, London WC1H 9JR, UK. Tel. 0044-20 7383 6409. Fax 0044-20 7383 6869. quality@bmjgroup.com; www.quality.bmjgroup.com
16.–20. April, Berlin (D)	<b>E-Health-Week Berlin 2007</b>	Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG), Jürgen Dolle, Hansaring 43, D-50670 Köln. Tel. 0221-912 867 23. Fax 0221-912 867 6. j.dolle@gvg-koeln.de; http://ehealth.gvg-koeln.de
18.–20. April, Barcelona (E)	<b>International Forum on Quality and Safety in Health Care</b>	BMA House, Tavistock Square, London WC1H 9JR, UK. Tel. 0044-20 7383 6409. Fax 0044-20 7383 6869. quality@bmjgroup.com; www.quality.bmjgroup.com
19.–20. April, Berlin (D)	<b>6. Nationales DRG-Forum</b>	Bibliomed-Medizinische Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 11 50, D-34202 Melsungen. Tel. 056-61 734 40. Fax 056-61 83 60. info@bibliomed.de; www.bibliomed.de
10. Mai, Zürich	<b>9. Schweizerisches Forum der sozialen Krankenversicherung</b>	RVK, Marco Fäh, Bereichsleiter Bildung, Haldenstrasse 5, 6006 Luzern. Tel. 041-417 01 14. Fax 041-417 69 65. m.fah@rvk.ch; www.rvk.ch
6. Juni, Zürich	<b>Symposium Forum Managed Care</b>	Forum Managed Care, Pflanzschulstrasse 3, 8400 Winterthur. Tel. 052-235 19 35. Fax 052-235 19 20. info@forummanagedcare.ch; www.forummanagedcare.ch
13.–15. Juni, Nashville (USA)	<b>3<sup>rd</sup> Annual International Summit on Redesigning Hospital Care</b>	Institute for Healthcare Improvement IHI, 20 University Road, 7 <sup>th</sup> Floor, Cambridge, MA 02138 USA. Tel. 617-301 48 00. Fax 617-301 48 48. info@ihi.org; www.ihi.org
20.–22. Juni, Berlin (D)	<b>Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit</b>	Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit, Palisadenstrasse 48, D-10243 Berlin. Tel. 030-498 550 31. Fax 030-498 550 30. info@hauptstadtkongress.de; www.hauptstadtkongress.de
21.–22. Juni, Olten	<b>Swiss Public Health Conference:</b>	Public Health Schweiz, Zentralsekretariat, Effingerstrasse 54, Postfach 8172, 3001 Bern. Tel. 031-389 92 86. Fax 031-389 92 88. info@public-health.ch; www.public-health.ch

# Weiter- und Kontakt Fortbildung

5.–8. März, Zürich	<b>Intensivkurs Gesundheitswesen Schweiz</b>	eHealthCare.ch, Josef-Müller-Weg 2, 6210 Sursee. Tel. 041-925 76 89. Fax 041-925 76 80. info@ehealthcare.ch; www.ehealthcare.ch
Beginn: 7. März (22 Tage), Luzern	<b>Ethische Prozesse und Organisationsentwicklung im Sozialbereich</b>	Curaviva Weiterbildung, Abendweg 1, 6000 Luzern 6. Tel. 041-419 72 62. Fax 041-419 72 51. wb.management@curaviva.ch; www.weiterbildung.curaviva.ch
Beginn: 8. März (13,5 Tage), Winterthur	<b>Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik Schweiz und Ausland</b>	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG, Im Park, St. Georgenstrasse 70, Postfach 958, 8401 Winterthur. Tel. 052-267 78 97. caroline.tiedemann@zhwin.ch; www.wig.ch
Beginn: 12. März, Basel	<b>Health Care and Management in Tropical Countries</b>	Swiss Tropical Institute, Course Secretariat, P.O. Box, 4002 Basel. Tel. 061-284 82 80. Fax 061-284 81 06. courses-sti@unibas.ch; www.sti.ch
Beginn: 12. März (22 Tage), Aarau	<b>Leadership in Gesundheitsinstitutionen</b>	Hplus, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. bildung@hplus.ch; www.kurse.hplus.ch
Beginn: 19. März, Zürich	<b>Medical Ethics</b>	Ethik-Zentrum der Universität Zürich, Sekretariat, Anna Racca de Oliveira Lima, Zollikerstrasse 117, 8008 Zürich. Tel. 044-634 85 15. Fax 044-634 85 08. mae@ethik.unizh.ch; www.ethik.unizh.ch/asae
Beginn: 12. April (10 Tage), Aarau	<b>Medizincontrolling</b>	Hplus, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. bildung@hplus.ch; www.kurse.hplus.ch
Beginn: 19. April (20 Tage), St. Gallen	<b>Planungs- und Führungsinstrumente im Gesundheitswesen</b>	FHS Hochschule für Technik, Wirtschaft und Soziale Arbeit St. Gallen, Management-Weiterbildungszentrum, Teufener Strasse 2, Postfach 630, 9001 St. Gallen. Tel. 071-228 63 28. Fax 071-228 63 20. management@fhsg.ch; www.fhsg.ch/management
Beginn: 30. April (5 Tage), St. Gallen	<b>Business Engineering im Gesundheitswesen</b>	eHealthCare.ch, Josef-Müller-Weg 2, 6210 Sursee. Tel. 041-925 76 89. Fax 041-925 76 80. info@ehealthcare.ch; www.ehealthcare.ch
Beginn: 31. Mai (13,5 Tage), Winterthur	<b>Finanzielle Führung im Gesundheitswesen</b>	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG, Im Park, St. Georgenstrasse 70, Postfach 958, 8401 Winterthur. Tel. 052-267 78 97. caroline.tiedemann@zhwin.ch; www.wig.ch
Beginn: 18. Juni (40 Tage), Aarau	<b>Management in Gesundheitsinstitutionen</b>	Hplus, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. bildung@hplus.ch; www.kurse.hplus.ch
Beginn: 25. Juni (40 Tage), Aarau	<b>Interdisziplinäre Führung</b>	Hplus, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. bildung@hplus.ch; www.kurse.hplus.ch
Beginn: 25. Juni (22 Tage), Aarau	<b>Leadership in Gesundheitsinstitutionen</b>	Hplus, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. bildung@hplus.ch; www.kurse.hplus.ch
Beginn: 24. August (13,5 Tage), Winterthur	<b>Informations- und Wissensmanagement</b>	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG, Im Park, St. Georgenstrasse 70, Postfach 958, 8401 Winterthur. Tel. 052-267 78 97. caroline.tiedemann@zhwin.ch; www.wig.ch
Beginn: 3. September (28 Tage), Luzern	<b>Disability Management</b>	HSA Hochschule für Soziale Arbeit Luzern, Werftstrasse 1, 6002 Luzern. Tel. 041-367 48 48. rwoodtly@hsa.fhz.ch; www.hsa.fhz.ch/casdm
Beginn: 6. September (13,5 Tage), Winterthur	<b>Gesundheitsökonomie</b>	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG, Im Park, St. Georgenstrasse 70, Postfach 958, 8401 Winterthur. Tel. 052-267 78 97. caroline.tiedemann@zhwin.ch; www.wig.ch

## Hinweise erwünscht:

Hinweise auf Publikationen und Veranstaltungen rund um Managed Care, Public Health, Gesundheits- und Sozialökonomie senden Sie bitte an: Redaktion Managed Care, Brigitte Casanova, Rue Denis-de-Rougemont 36, 2000 Neuchâtel.  
Fax 052-558 83 00. b.casanova@rosenfluh.ch. Über die Aufnahme in die Hinweisseite entscheidet die Redaktion.

## Offene Turnhallen

Midnight Basketball gibt es seit 1999 in der Schweiz: Regelmässig werden am Samstag Abend zwischen 21 und 24 Uhr die Turnhallen geöffnet, wo Jugendliche gratis und ohne Anmeldung Basketball und andere Sportarten ausüben können. Grundlegend ist die Mitarbeit der Jugendlichen, sei es als Juniorcoach, Kioskverantwortliche, DJ oder Betreuung des Eingangs. Neu sollen Turnhallen am Sonntagnachmittag öffnen für Kinder zwischen 8 und 12 Jahren. Anstelle von Fernseher und Computerspielen treten Spielsportarten und aktive Beteiligung. Turnhallen, so die Organisatoren, gibt es in jeder Schweizer Gemeinde. (bc)

Quelle: Öffnet die Turnhallen an Wochenenden! Bewegte Freizeit für Kinder und Jugendliche. In: Prävention & Gesundheitsförderung im Kanton Zürich, Nr. 20, Oktober 2006. Internet: [www.mb-network.ch](http://www.mb-network.ch)

## Estland: Nationales Gesundheitssystem geplant

Bis 2008 soll für jede Bürgerin und jeden Bürger Estlands eine elektronische Akte mit den wichtigsten Gesundheitsdaten von Geburt bis zum Tod entstehen. Einschliessen soll das System ein Unfallregister, das Krankheitsregister, Datenbanken für bildgebende Verfahren und Blutbanken, Leistungsabrechnungen und Terminbuchung. Finanziert wird das Projekt zu einem grossen Teil aus dem Strukturfonds der Europäischen Union, umsetzen soll es eine vom Sozialministerium gegründete Stiftung, welche mit Spitälern und Berufsverbänden zusammenarbeitet. Patienten- und Verbraucherverbände sind kaum beteiligt, Estlands 1,35 Millionen Einwohner stehen dem Projekt jedoch positiv gegenüber. (bc)

Quelle: Reinhard Busse, Annette Zentner, Sophia Schlette (Hrsg.): Gesundheitspolitik in Industrieländern Ausgabe 6. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh 2006.

## Selbstmord mit 70

30 Prozent aller Menschen, welche Selbstmord begehen, sind über 65 Jahre alt. Besonders häufig töten sich 70-jährige Männer. Bei Jungen ist einer von 200 Selbstmordversuchen erfolgreich, bei älteren Menschen jeder vierte, sie sind also besonders «effizient». Zudem wird geschätzt, dass 10 Prozent der Todesfälle bei Betagten «stille Suizide» sind – bei der Obduktion lässt sich keine

## Schwerpunktthema: Der Patient als Experte

Partnerschaftliche Entscheidungsfindung  
Behandlungszufriedenheit von Schmerzpatienten

Erleben der Patienten

Prognostische Relevanz der Patientenkompetenz

Erfahrungen aus Grossbritannien

Förderung von Patientenkompetenz

Empowerment und Ethik

Die DRG werden kommen, aber wie?

Erscheint am 9. März 2007

natürliche Todesursache finden. Für Andreas Stuck, Geriatrieprofessor in Bern, ist Alterssuizid ein «alarmierendes gesamtgesellschaftliches Problem». Das Wohlbefinden im Alter solle stärker beachtet werden, und auch im hohen Alter sei eine psychiatrische Behandlung sinnvoll. (bc)

Quelle: Birgit Schmid: Mit 80 zum Psychiater? Ja. In: NZZ am Sonntag, 22. Oktober 2006.

## Selbstmanagement bei Diabetes

Von den 8740 Stunden des Jahres muss der Diabetes-Patient in 8737 Stunden seine Therapie selber umsetzen: seine Ernährung anpassen, den Stoffwechsel kontrollieren, sich sportlich betätigen und die Medikamente einnehmen. Selten bespricht ein Diabetes-Patient mehr als drei Stunden pro Jahr die Therapie mit seinem Arzt. Das Selbstmanagement hat also einen immensen Stellenwert. Damit eine Lebensstiländerung wahrscheinlich wird, sollte der Patient die Erfahrung machen, dass seine Bemühungen wirksam sind – dass zum Beispiel der Blutglukosespiegel durch eine Velotour positiv beeinflusst wird. Deswegen schlussfolgert Karin Lange in ihrer Studie zum Selbstmanagement bei Typ-2-Diabetes, dass Blutglukose-Selbstkontrollen früh eingesetzt werden sollen, nicht erst im fortgeschrittenen Stadium. Nur so sei eine eigenverantwortliche Therapie möglich. (bc)

Quelle: Karin Lange: Förderung der eigenverantwortlichen Therapie bei Typ-2-Diabetes. In: Der Diabetologe 6, 2006.



**Healthcare Forum, Donnerstag, 8. März 2007**

## Regionale E-Health-Projekte – Lösungsansätze und Erfolgsfaktoren

Die heutige Situation im Schweizer Gesundheitswesen ist gekennzeichnet durch unzureichende Steuerung, mangelnde Vernetzung zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern, fehlende Normen und Standards sowie isolierte, nicht aufeinander abgestimmte Anwendungen. Sollen Effektivität und Effizienz der medizinischen Leistungsprozesse gesteigert werden, müssen die heute bestehenden Insellösungen mittels neuer Organisationsformen, Technologien und Prozesse verbunden werden.

### Vernetzt statt isoliert agieren

Regionale integrierte Gesundheitsnetze sind der grosse Hoffnungsträger im Gesundheitswesen. Als Prämisse für künftige Prozessinnovationen sollen sie Haus- und Fachärzte, Spitäler, Apotheken und Labors, aber auch Pflegeangebote, Rehabilitationskliniken, Versicherer und Patienten optimal miteinander vernetzen – zum Nutzen und zum Wohl der Patientinnen und Patienten. Heute sind in verschiedenen Regionen Netzwerke im Aufbau, und aus dem Ausland liegen bereits erste konkrete Erfahrungen vor.

### Mit zukunftsgerichteten Strukturen zum Erfolg

Wo steht die Umsetzung von E-Health in der Schweiz heute? Welche regionalen Lösungsansätze haben sich diesseits und jenseits der Landesgrenze bewährt? Wo gibt es Gemeinsamkeiten, und wo liegen die Unterschiede? Welches sind die bestimmenden Erfolgsfaktoren? Wo liegen die Hürden in der Umsetzung?

Die Plenumsreferate des Healthcare-Forums im Rahmen der Telematiktage Bern 2007 geben Antwort auf diese Fragen. Die Solutions-Präsentationen vom Nachmittag zeigen Konzepte und erprobte Lösungen auf. Projektverantwortliche und Anwender legen ihre Lösungsansätze und Erfahrungsberichte vor, sprechen über Erwartungen, Hemmnisse und realisierten Nutzen. Während der Kaffeepausen und der Mittagspause besteht Gelegenheit, sich in der Foyerausstellung eine Übersicht über das Leistungsspektrum führender Anbieter zu verschaffen.

### Angesprochen sind:

Entscheidungsträger, Manager, Ärzte, Kader und Dienstleister aus allen Bereichen des Gesundheitswesens, Mitarbeitende von Unternehmen, die im Schweizer Gesundheitswesen Beratungs- oder Informatikdienstleistungen erbringen sowie Mitarbeitende wissenschaftlicher Institute oder Verbände, die sich mit E-Health befassen.

### Die Telematiktage Bern gliedern sich in ein Education-, ein Gemeinde-, ein Government-, ein Healthcare- und ein Business-Forum und finden wie folgt statt:

Veranstaltung: Telematiktage Bern 2007  
 Umfang: 5. März Education-Forum (NEU)  
 6. März Gemeinde-Forum  
 7. März Government-Forum  
 8. März Healthcare-Forum  
 9. März Business-Forum  
 Täglich ab 08.30 Uhr geöffnet  
 Kongressbeginn jeweils um 09.00 Uhr  
 Ort: Kongresszentrum auf dem Gelände der BEA bern expo,  
 Mingerstrasse, 3000 Bern 22  
 Tagessponsor: IBM (Schweiz) AG  
 Sprache: Deutsch  
 Weitere Informationen: MKR Consulting AG, Bern,  
 Franziska Goldinger,  
 Tel. 031-350 40 55,  
 franziska.goldinger@mkr.ch  
 www.telematiktage.ch