



managed care

2 • 2006

10. März

Vertrauensärzte

Berater und Vermittler

Einsicht für bessere Aussichten

In die Rolle des Leistungsprüfers gedrängt

Ungeliebter Appendix oder Drehscheibe des KVG?

Kann der Patient dem Vertrauensarzt trauen?

Ethische Kernaufgaben und das strukturelle Problem

Ärztennetze mit Budgetverantwortung und Vertrauensärzte

www.forummanagedcare.ch
www.tellmed.ch

en français:
www.managedcareinfo.net

Versicherungsmedizin

Jürg Zollikofer

Der ehemalige SGIM-Präsident, Werner Bauer¹, schrieb einst: «Wie die Promillegrenze nicht durch die Weinbauern festgelegt werden soll, gibt es Indikationsstellungen und Methoden, die nicht allein vom spezialisierten Promotor festgelegt werden können. Dies mag zwar für die Interessierten ärgerlich sein, liegt aber im Interesse aller.» Als Mitspieler meint der Autor wohl in erster Linie die Grundversorger. Die Aussage kann aber sinngemäss für die Vertrauensärzte angewendet werden. Dass diese in den Augen gewisser Leistungserbringer in erster Linie Leistungsverhinderer sind, ist nur so weit verständlich, als dass die Leistungserbringer eben unsere Arbeit in der Regel nur dann zur Kenntnis nehmen, wenn eine bestimmte Therapie auf Veranlassung des VA verweigert wird. Es wird eben nicht realisiert, dass der VA bei der Besprechung mit den Mitarbeitern der Medizinischen respektive Vertrauensärztlichen Dienste viel häufiger Anträge befürwortet als ablehnt und dass dies dazu führt, dass er in den Augen der Versicherer häufig als zu large dasteht.

Mit diesen lapidaren Überlegungen wird die Tatsache gut verständlich, dass die verschiedenen Autoren der Artikel dieses Heftes sehr kontroverse Sichtweisen über die VA und deren Arbeitsweise äussern.

Die Versicherungsmedizin befasst sich mit verschiedenen Aspekten. Zum einen handelt es sich um Lehre und Forschung und die daraus resultierende medizinische Beurteilung unter Beachtung der einschlägigen Gesetze und Versicherungsbestimmungen, wobei sowohl der

medizinische Fortschritt wie auch ökonomische und ethische Gesichtspunkte mit einbezogen werden müssen. Eine wesentliche Herausforderung spielt dabei sicher auch die Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit und Invalidität. Ebenso wesentlich in der Versicherungsmedizin ist die Beurteilung der medizinischen Fakten im Rahmen der Risikobeurteilung sowie der Einbezug der Versicherungsmediziner in die Produktgestaltung. Verschiedene Aspekte dieser versicherungsmedizinischen Umschreibung werden in den Artikeln durchleuchtet. Insgesamt darf man sagen: Die Diskussion ist eröffnet.



Jürg Zollikofer

Dr. med. Jürg Zollikofer

FMH Allg. Med. und Mitglied des hawa-Hausärztenetzes sowie nebenamtlicher Vertrauensarzt
Präsident der Schweizerischen Gesellschaft der Vertrauensärzte (SGV)

Im Zinggen 1
8475 Ossingen
E-Mail: juerg.zollikofer@hin.ch

¹ Bauer W. Innere Medizin: Vom Schlaglicht zum Beleuchtungskonzept Schweiz Med Forum 2006; 6: 6-7.

SCHWERPUNKTTHEMA:
VERTRAUENSÄRZTE

- 5** **Berater und Vermittler, der drei Hüte gleichzeitig trägt**
 Jürg Zollikofer
 Umgangssprachlich wird unter dem Begriff Vertrauensarzt jede beratende ärztliche Tätigkeit verstanden. Von Feinheiten abgesehen, trifft dies den Nagel auf den Kopf.
- 8** **Einsicht für bessere Aussichten**
 Hans Gruber, Jörg Stürmer
 Die Kataraktoperation im Spannungsfeld zwischen medizinischen und wirtschaftlichen Überlegungen.
- 11** **In die Rolle des Leistungsprüfers gedrängt**
 Rolf Meyer
 Ein Angestelltenverhältnis oder eine auftragsrechtliche Bindung zur Krankenversicherung wird oft zum Anlass genommen, die Unabhängigkeit des Vertrauensarztes infrage zu stellen.
- 13** **Der Vertrauensarzt – ungeliebter Appendix oder Drehscheibe des KVG?**
 Hans Heinrich Brunner
 Die Bedeutung der Vertrauensärzte wird in einem Ausmass zunehmen, welches das VA-System an die Grenzen der Leistungsfähigkeit bringt.
- 16** **Kann der Patient dem Vertrauensarzt trauen?**
 Guido Brusa
 Heute muss der Patient feststellen, dass der Vertrauensarzt der Sozialversicherung ihn nicht um seinetwillen, sondern nur um der Kosten willen, die es einzusparen gilt, ernst nimmt.
- 18** **Ethische Kernaufgaben und das strukturelle Problem**
 Ruth Baumann-Hölzle
 Bei der Behandlung und Betreuung in Medizin und Pflege trägt der Vertrauensarzt eine neue Verantwortung für die Entscheidungsqualität.
- 20** **Ärztetze mit Budgetverantwortung und Vertrauensärzte: Freund oder Feind?**
 Adrian Wirtner
 Für den Netzarzt mit Budgetverantwortung ist der Vertrauensarzt einerseits ein sinnloser Überwacher, aber andererseits ist er auf den Vertrauensarzt angewiesen.

PATIENTENORGANISATION

- 24** **Landschaft der Patientenorganisationen**
 Heidi Schriber, Vreni Vogelsanger
 Die Anerkennung minimaler einheitlicher Kriterien ist eine Voraussetzung für eine bessere Vernetzung von Patientenorganisationen.

SPITZENMEDIZIN

- 27** **Wettrüsten in der Spitzenmedizin?**
 Ein Gespräch mit dem GDK-Präsidenten, Regierungsrat Markus Dürr, über Spitzenmedizin und die Luzerner Trendtage Gesundheit.

SEITE DER PFLEGE

- 30** **«Mit Schauspielerpatienten das perfekte Zusammenspiel üben»**
 Werner Widmer, Stiftungsdirektor Diakoniewerk Neumünster, Schweizerische Pflegerinnen-schule, zur Rolle der Pflege im Spital der Zukunft.

AMBULANTE VERSORGUNG

- 32** **Mehr Ärztinnen in Grosspraxen**
 Maja Mylaeus-Renggli
 Unter welchen Bedingungen Ärzte arbeiten, hängt unter anderem von ihrer Lebenssituation ab, aber auch vom Geschlecht.

VERANSTALTUNGSBERICHT

35 **Das Gesundheitswesen der Zukunft besser steuern**
 Karin Diodà
 Wie das Gesundheitswesen die Hauptakteure Bürger, Patienten und Versicherte besser integrieren könnte, war Thema der 8. Tagung des Forums Santé-Gesundheit in Interlaken.

BUCHBESPRECHUNG

39 **«Jeder Mensch braucht die Medizin, die zu ihm passt.»**
 Heidi Schriber
 Ein neues Buch zum Thema Patientenkompetenz in der modernen Medizin stellt die Frage: «Was kann ich für mich selbst tun?»

RUBRIKEN

4 **Forum Managed Care**
 * Symposium 2006

22 **Kolumne**
 Morbi-Risikoausgleich: jetzt erst recht! – von Willy Oggier, Gesundheitsökonom.

23 **Seite von med-swiss.net**
 Forderungen zur Vermarktung der «Hausarztversicherungsmodelle»

41 **Resonanz**
 Keine Schikanen • Prozessoptimierung ist nur Teillösung • Dateneinsicht • Qualität fördern, wo Schwächen bestehen • Es sind alle Verlierer • Heute schon überreguliert

42 **Veranstaltungskalender**
 Veranstaltungen/Weiter- und Fortbildung

44 **In Kürze**
 Jede sechste Arztpraxis in Schwierigkeiten • Suchtverhalten von Männern • Deutschland-Schweiz: Zusammenarbeit im Gesundheitswesen • Tests für mangelernährte Senioren • Neues Departement Gesundheit an der ZHW *** Vorschau: Apotheker und Managed Care

managed care

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

Verlag:
 Rosenfluh Publikationen AG
 Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen

Redaktioneller Beirat:
 *Georges Ackermann, *Richard Altorfer,
 *Lorenz Borer, Otto Brändli, Martin Denz,
 Kurt E. Hersberger, *Kurt Hess, Claudio
 Heusser, Christian A. Ludwig, Josef Müller,
 *Regula Rička, Georges F. Roux, Stefan
 Schindler, Hans Schmidt, Heidi Schriber,
 *Ruedi Wartmann, Mechthild Willi Studer,
 Rolf Zwyygart

* Ausschuss des Redaktionellen Beirats

Betreuung des Schwerpunktthemas:
 Jürg Zollikofer

Redaktion:
 Karin Diodà (kd), Brigitte Casanova (bc)
 und Rita Schnetzler (rs)
 Stampfenbrunnenstrasse 40, 8048 Zürich
 Telefon und Fax 044-431 73 56
 E-Mails: k.dioda@rosenfluh.ch
 b.casanova@rosenfluh.ch
 r.schnetzler@rosenfluh.ch

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

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

Anzeigenverkauf:
 Doris Meier
 Burketstrasse 3
 8556 Lamperswil
 Telefon 052-770 01 54, 079-621 96 12
 E-Mail: doris.meier@rosenfluh.ch

DTP und Layout:
 Rosenfluh Publikationen AG, Regina Hauser

Druck:
 stamm+co. Grafisches Unternehmen
 8226 Schleithelm

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

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

Einzelheft-Bestellungen bitte an das
 Redaktionssekretariat

Diese Zeitschrift wird im
 EMBASE/Excerpta Medica indiziert.
 10. Jahrgang; ISSN 1422-6618

© Copyright by Rosenfluh
 Publikationen Neuhausen

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



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



V O R S C H A U

NAHTSTELLEN ZWISCHEN AMBULANT UND STATIONÄR – PROZESSHÜRDEN UND LÖSUNGSANSÄTZE RUND UMS SPITAL SYMPOSIUM 14. JUNI 2006 WORLD TRADE CENTER ZÜRICH

Mit renommierten Experten aus Gesundheitswesen, Wirtschaft und Verbänden.

Jedes Jahr werden gut 10 % aller Versicherten in einem Spital behandelt. Grosses Engagement und Qualität charakterisieren die stationären Behandlungen. Aber sie belasten auch: den einzelnen Patienten, weil niemand gern ins Spital geht und das Gesundheitssystem, weil diese Versicherten fast dreimal höhere Kosten verursachen. Nicht immer wäre eine Spitalbehandlung nötig. Oft könnte der Prozess über die verschiedenen Versorgungsstufen effektiver und effizienter gestaltet werden.

Welche Instrumente bewähren sich, um die ambulante-stationäre Schnittstellen in Nahtstellen zu verwandeln? Welche Strukturen und welche Anreizsysteme sind nötig, um inadäquate Hospitalisationen zu vermeiden? Diesen Fragen ist das nächste Symposium vom 14. Juni 2006 gewidmet.

Am Vormittag werden bekannte Experten aus dem In- und Ausland Erwartungen und Lösungsansätze aus verschiedenen Perspektiven präsentieren. Am Nachmittag bieten interaktive Workshops die Gelegenheit, eigene Erfahrungen und Konzepte zur Diskussion zu stellen und gemeinsam Lösungen zu erarbeiten. Neu kann parallel dazu Managed Care Wissen in Educational Workshops erworben werden. Zusätzlich geben Projektpräsentationen einen Überblick über aktuelle Studien und Projekte zur integrierten Steuerung der Behandlungsprozesse.

PROGRAMMÜBERSICHT

Moderation: Urs Zanoni, Redaktion Beobachter

8.45 Kaffee, Registrierung

9.15 Grusswort Erika Forster-Vannini, Ständerätin FDP SG, Präsidentin Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK-SR)

Managing Care - effective collaboration beyond hospitals

Andy Kennedy, Director of Lysis Consulting, formerly Senior Fellow at the King's Fund, London

Erwartungen, Defizite und Lösungsansätze aus der Perspektive der Patienten

Ruedi Josuran, Radio DRS Journalist, Autor des Buches „Mittendrin und nicht dabei“, Krisencoach (Gesprächstherapeut)

Erfahrungen mit integrierter Prozesssteuerung im UVG Bereich

Dr. med. Christian Ludwig, Chefarzt SUVA

Nieten an Nahtstellen?

Prof. Dr. Jürg Beer, Chefarzt Innere Medizin, Kantonsspital Baden

Der verlorene Patient: Anreize zur Förderung ambulant-stationärer Netze

Dr. oec. Leo Boos, Direktor Spital Limmattal

Plenardiskussion: Integration ambulant/stationär - Wie stabil ist die Naht?

Mit Referenten des Vormittags

12.30 Stehlunch

13.45 Erfahrungsaustausch (verschiedene Workshops, Durchführung parallel)

- Interaktive Workshops • Educational Workshops • Projektpräsentationen

16.20 Schlussdiskussion: Entwicklung und Optimierung - Alles paletti?!

mit abschliessendem e-voting, Moderation durch Urs Zanoni

17.15 Symposiumsende und Apéro

18.30 Managed Care Networking Dinner *fakultativ*

mit den Referenten des Symposiums und den drei starken Stimmen ‚VoiceThree‘ in der alten Giesserei Oerlikon

VERANSTALTER

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

INFORMATION / ANMELDUNG / KOSTEN

Bis am 5. Juni 2006 über www.forummanagedcare.ch
Die Kosten betragen Fr. 480.– (+ MwSt.), mit Dinner Fr. 580.– (+ MwSt.)

ORGANISATION

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

Berater und Vermittler, der drei Hüte gleichzeitig trägt

Umgangssprachlich wird unter dem Begriff Vertrauensarzt jede beratende ärztliche Tätigkeit verstanden. Lässt man formelle Feinheiten ausser Acht, trifft dies auch den Nagel auf den Kopf. Und was die drei Hüte betrifft, handelt es sich um die des Patienten, des Leistungserbringers und des Versicherers.

Jürg Zollikofer

Was aber sind die zentralen Aufgaben des Vertrauensarztes? Im Bereich des KVG¹ steht in erster Linie die Beratung der Versicherer bezüglich der wzw-Kriterien gemäss Art. 32, KVG, also Wirksamkeit (nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen), Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Dazu kommt noch ein vierter Faktor, der im KVG nicht erwähnt wird: Unangefochtenheit, das heisst, die betreffende Leistung muss allgemein (von Leistungserbringern wie von Versicherern) anerkannt sein. Ein Teil dieser Beurteilungen ist gesetzlich respektive per Verordnung vorgeschrieben: Sowohl die SL² wie auch der Anhang I, KLV³ kennen die Vorschrift: Nur nach vorgängiger Kostengutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes. Beispiele dafür sind stationäre Rehabilitationen, gewisse operative Eingriffe oder sehr

teure medikamentöse Therapien (Limitatio in der SL). Häufig sind auch Beurteilungen des Krankheitswertes bei plastischen Operationen oder von umstrittenen neuen Untersuchungsmethoden. Nicht zu den Aufgaben des Vertrauensarztes gehört in der Regel eine Qualitätsbeurteilung der Arbeit der Leistungserbringer, das heisst, der Vertrauensarzt ist in keiner Art und Weise deren fachtechnischer Vorgesetzter.

Beratung im Vordergrund

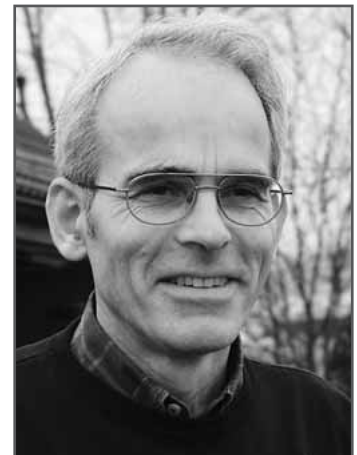
Doch kann der historisch gewachsene Begriff Vertrauensarzt unterschiedlich verstanden werden: Gesetzlich verankert ist die Bezeichnung Vertrauensarzt nur in Art. 57 KVG, der seine Stellung und Aufgaben regelt. Kreisärzte der Suva, beratende Ärzte der privaten Unfall- resp. Lebensversicherer sowie die Ärzte der IV wie auch Ärzte, welche für eine Firma oder einen Verband eine beratende Tätigkeit ausüben, fallen nicht unter die oben erwähnte KVG-Umschreibung. Das ist im Grund paradox, denn in allen beschriebenen Funktionen geht es stets um das Gleiche: Der Arzt berät seinen Auftraggeber, egal ob Versicherung oder Firma, aufgrund seiner ärztlichen und versicherungsmedizinischen Fachkompetenz. Selbst die KVG-Vertrauensärzte tragen da gleichzeitig zwei Hüte, denn sie beraten die Krankenversicherer nicht nur im Bereich der Grundversicherung nach KVG, sondern in allen versicherungsmedizinischen Belangen der

1 Krankenversicherungsgesetz

2 Spezialitätenliste

3 Vergütungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (gem. Krankenpflege-Leistungsverordnung)

4 Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag



Jürg Zollikofer

freiwilligen Zusatzversicherungen nach Privatrecht (VVG⁴), wie sie in praktisch allen Krankenversicherungen angeboten werden.

Der Patientenschutz

Wo liegen nun die wesentlichen Unterschiede zwischen dem Vertrauensarzt im KVG und den übrigen für Personenversicherer tätigen Ärzten? Sie finden sich hauptsächlich in zwei Absätzen im Art. 57, KVG: Absatz 5 sichert dem Vertrauensarzt zu, dass er in seinem Urteil unabhängig ist und ihm weder Versicherer noch Leistungserbringer oder deren Verbände Weisungen erteilen dürfen. Er hat insbesondere auch unabhängig von der Leistungsabteilung zu sein. Für die Wahrung des Patientengeheimnisses noch bedeutender dürfte Absatz 7 sein: Der VA gibt den zuständigen Stellen der Versicherer nur diejenigen Angaben weiter, die notwendig sind, um über die Leistungspflicht zu entscheiden. Diese Filterfunktion des Vertrauensarztes im KVG ist einmalig und besteht weder bei der obligatorischen Unfallver-

sicherung (UVG) noch in der Invalidenversicherung (IVG) oder bei den Zusatz- resp. Lebensversicherungen nach VVG. Erstaunlich aber immer wieder, dass dies gerade von Patientenseite nicht realisiert wird. Aus Sicht des Patientenschutzes ist deshalb der erwähnte Absatz (Art. 57, Absatz 7) durchaus ein Modell für sämtliche Personenversicherer, ist doch nicht einzusehen, warum diese Filterfunktion des VA nur für das KVG gelten soll. Die Erweiterung des VA-Statuts auf die übrigen Personenversicherungen, ein Wunsch auch der FMH, ist deshalb anzustreben.

Vermittler bei Konflikten

Neben der versicherungsinternen Funktion mit den wzw-Beurteilungen hat der VA auch eine Kommunikations-, Mediations- und Vermittlungsfunktion. Insbesondere bei Konflikten und beispielsweise Diskussionen um abgelehnte Kostengutsprache-Gesuche sollte der Vertrauensarzt persönlich zur Verfügung stehen. In der Regel beschränken sich diese Kontakte auf Leistungserbrin-

«Insbesondere bei Konflikten und beispielsweise Diskussionen um abgelehnte Kostengutsprache-Gesuche sollte der Vertrauensarzt persönlich zur Verfügung stehen.»

ger und Vertrauensärzte. Für die Kommunikation mit den Patienten sind ausschliesslich die behandelnden Ärzte zuständig.

Heikle Diagnosen

Jede medizinische Akte, das heisst nur schon die Tatsache, dass jemand einen Arzt aufsucht, ist sensibel. Dies wird nun in die Kategorien nicht heikel, heikel und besonders heikel unterschieden. Als Beispiel sei eine Meniskusverletzung erwähnt: Während diese Diagnose für wahrscheinlich sämtliche Leser dieser Zeitschrift nicht heikel ist, ist sie bei einem Profi-Fussballer, der in Ver-

Fortbildung und verbesserte Beziehungen

Fachlich sind die Vertrauensärzte in der Schweizerischen Gesellschaft der Vertrauensärzte (SGV, SSMC)⁵ zusammengeschlossen. Diese organisiert im Auftrage der beiden Dachverbände santésuisse und FMH die Weiterbildungskurse für den Fähigkeitsausweis Vertrauensarzt⁶. Seit 2003 haben rund 80 Teilnehmer den Kurs in Winterthur und 40 (auf Französisch) in Fribourg absolviert. Diese Weiterbildung beinhaltet einen 12-tägigen Intensivkurs und schliesst mit dem FMH-Fähigkeitsausweis Vertrauensarzt. Gemäss Vertrauensarztvertrag⁷ ist dieser Fähigkeitsausweis neben mindestens fünf Jahren Praxistätigkeit (oder leitender Stellung an einem Spital) Bedingung für ein VA-Mandat in der Grundversicherung.

Die SGV hat sich während der letzten Jahre von einer Gesellschaft der Vertrauensärzte zur versicherungsmedizinischen Fachgesellschaft entwickelt, in welcher sämtliche ärztlichen Vertreter der Versicherungsmedizin organisiert sind. Unter ihnen nunmehr 350 Mitgliedern sind weniger als die Hälfte gemäss KVG vertrauensärztlich tätige Kollegen. Bereits die Mehrheit bilden die übrigen in der Personenversicherung tätigen Ärzte (übrige Sozialversicherungen, VVG, Firmen). Es absolvieren zunehmend Ärzte der IV (RAD), der UVG-Versicherer und beratende Ärzte der Privatversicherer die SGV-Weiterbildung zum Fähigkeitsausweis Vertrauensarzt. Zu den Dienstleistungen der SGV gehört neben der KWFB (Kommission für Weiterbildung und Fortbildung) auch eine Kommission für versicherungsmedizinische Fachfragen (Fachkommission). Diese ist im Auftrag des Vorstandes tätig, indem sie fachtechnische Richtlinien ausarbeitet und mit einzelnen Spezialistengruppen klärende Gespräche führt. Letzteres hat bereits zu einer deutlich verbesserten Beziehung zwischen Leistungserbringern und Versicherern geführt, was der Vermittler- und Kommunikationsaufgabe der Vertrauensärzte entspricht. Als Fortbildung finden jährlich ein zweitägiger Kongress, das Bieler Forum sowie regionale Fortbildungsgruppen statt. Als vereinsinterne Fortbildung hat sich das Forum in der closed-usergroup auf der SGV-Homepage⁵ entwickelt.

tragsverhandlungen steckt, ohne Zweifel besonders heikel. Umgekehrt ist die Diagnose Depression bei einem Politiker besonders heikel, während dies bei einem Pflegeheiminsassen sicher nicht im gleichen Masse zutrifft.

Daraus folgt, dass die Archivierung medizinischer Akten besonders

beispielsweise Arzt- und Spitalberichte so abzuspeichern, dass sie nur einer klar definierten Zahl Leuten (VA und dessen Mitarbeiterinnen) zugänglich sind. Dass hier noch einiges bei den einen oder andern Versicherern zu tun ist, ist mehr als eine Vermutung. ■

«Jede medizinische Akte, das heisst nur schon die Tatsache, dass jemand einen Arzt aufsucht, ist sensibel.»

sorgfältig gehandhabt werden muss. Insbesondere muss verhindert werden, dass solche Angaben für die Risikoselektion missbraucht werden. Angesichts der unbeschränkten Möglichkeiten der Datenverarbeitung darf es doch kein Problem sein,

Autor:
Dr. med. Jürg Zollikofer
FMH Allg. Med. und Mitglied des hawa-Hausärztenetzes sowie nebenamtlicher Vertrauensarzt mehrerer Krankenversicherer und Präsident der Schweizerischen Gesellschaft der Vertrauensärzte (SGV)
Im Zinggen 1
8475 Ossingen
E-Mail: juerg.zollikofer@hin.ch

⁵ www.vertrauensaeerzte.ch und www.medecins-conseils.ch
⁶ Zollikofer J. Fähigkeitsausweis Vertrauensarzt. Schweiz. Ärztezeitung 2003; 84(24): 1267-9
⁷ Vertrauensarztvertrag zwischen sas und FMH (siehe www.vertrauensaeerzte.ch, Nachschlagewerke)

Einsicht für bessere Aussichten: Die Kataraktoperation im Spannungsfeld zwischen medizinischen und wirtschaftlichen Überlegungen

Kein Gebiet der Chirurgie hat sich in den letzten fünf Jahren auch nur annähernd so stark von der stationären zur ambulanten Chirurgie entwickelt wie die Ophthalmochirurgie (Augenchirurgie). Gründe dafür sind bessere, standardisierte Operationsverfahren, bessere Materialien, gerade bei der Kataraktoperation, eine verbesserte Ausbildung der Ophthalmochirurgen – aber auch der Druck seitens der Versicherer.

Hans Gruber, Jörg Stürmer

Bei einer Kataraktoperation (siehe *Kasten*) wird den Patienten oft suggeriert, es handle sich um einen kleinen Eingriff praktisch ohne Risiko, der en passant durchgeführt werden könne. Dabei wird gerne vergessen, dass die Augen nicht nur die «Fensterlein nach aussen» sind (mehr als 50% der cerebralen Afferenzen [Informationen] kommen von den Augen), sondern auch Sicherheit in der Mobilität vermitteln (Gehen, Treppensteigen) sowie intellektuelle Inputs (Lesen, TV) und wichtige soziale Kontakte ermöglichen.

Kataraktoperation gestern ...

Noch vor 40 Jahren wurde ein Patient für eine Kataraktoperation ein bis zwei Tage präoperativ hospitalisiert, blieb für sieben bis zehn Tage im Spital, erholte sich anschliessend während 14 Tagen (zum Beispiel in Orselina) und war erst nach der Anpassung der Starbrille (oder der Kontaktlinse) vier Monate später rehabilitiert. Neben der langen, damals noch günstigeren Hospitalisation kam noch ein volkswirtschaftlich wesentlich bedeutenderer Arbeitsausfall hinzu, weswegen auch bei Berufstätigen die Invalidenversicherung die Kataraktoperation als Massnahme zur Wiedereingliederung zu übernehmen hatte.

... und heute

Heute kann die Kataraktoperation bei den meisten Patienten ambulant durchgeführt werden, und die Rehabilitation findet meist innerhalb von wenigen Tagen statt. Würden die direkten und indirekten Kosten von damals auf heute indexiert aufgerechnet, entspräche dies einem Betrag von 40 000 Franken pro Auge. Dank der modernen Ophthalmochirurgie betragen die Gesamtkosten heute nicht einmal mehr 10 Prozent der damaligen Summe. Die Kataraktoperationen sind damit von der Anklage der Verteuerung der Medizin freigesprochen.

Der Trend zur ambulanten Ophthalmochirurgie begann mit der Kataraktchirurgie und greift jetzt auch auf andere ophthalmochirurgische Spezialitäten über, wie etwa Schieloperationen, Glaukomoperationen (Trabekulektomie, Viskokanalostomie, tiefe Sklerektomie), komplexe Lidoperationen inklusive Rekon-

struktionen und neuerdings sogar auf Netzhautoperationen mit Glaskörperentfernung zur Behebung von erworbenen Netzhautfalten (Parsplana-Vitrektomie mit Membrane Peeling) und Hornhautverpflanzungen (perforierende Keratoplastik).

Gestresste Patienten

Für sehr viele Patienten bedeutet eine Kataraktoperation – auch wenn die Komplikationsraten noch so gering sein mögen – eine erhebliche Belastung und löst damit Stress aus. Das den Chirurgen von Juristen aufgezwungene Aufklärungsgespräch mit der Aufzählung aller, auch seltener Komplikationsmöglichkeiten hilft hier auch nicht, sondern verunsichert die Patienten. Allein schon die Vorstellung einer nicht perfekt gelungenen oder gar misslungenen Operation und von deren Konsequenzen auf die Sehkraft und damit auch auf die Lebensqualität (Autofahren, Sport, Hobbies) setzt die Betroffenen unter Druck.

In einer solchen Situation reagieren Patienten sehr unterschiedlich und können die Operation unbewusst beeinflussen. Typisch sind: Vagusreaktion (Abfallen von Puls, Blutdruck) auf zum Teil gefährliche Werte, Hypertonie (Anstieg des Blutdrucks) durch Stress mit Gefahr der massiven Augendruckerrhöhung bis zur (suprachoroidalen) expulsiven Blutung – eine Blutung, die intraoperativ unter der Netzhaut entsteht und diese oft schwerst schädigt. Auftreten können auch Herzrhythmusstörungen bis hin zu schwerwiegenden Überleitungsstörungen wegen des Okulokardialen Reflexes, (ein Puls-Blutdruckabfall und Herzrhythmusstörungen, die bei Manipula-

tionen am Auge entstehen können), Entgleisung von Diabetes (Hyper- und Hypoglykämien) oder Klaustrophobie wegen der sterilen Abdeckung des Gesichtes.

Keine Kostenübernahme bei stationären Eingriffen

Obwohl die genannten Probleme bei ambulanten wie auch stationären Eingriffen vorkommen können, fühlen sich nicht wenige Patienten – ob zu Recht oder Unrecht ist irrelevant – im Spital sicherer, weil sie die Möglichkeiten zur medizinischen Intervention (Verfügbarkeit der Anästhesie/Kardiologie/Reanimation) als erfolgreicher einschätzen. Die Operation selbst wird unter ambulanten und stationären Bedingungen qualitativ absolut gleichwertig ausgeführt, nur bestehen für diese beiden Szenarien grosse Unterschiede beim Tarif. Während die ambulante Operation seit dem 1. Januar 2004 nach Tarmed für alle Patienten gleich abgegolten wird, ist dies bei stationären Kataraktoperationen abhängig vom Versicherungsstatus.

Unter dem Eindruck, im Zusatzversicherten Bereich Kosten einzusparen, sind viele Versicherungen dazu übergegangen, grundsätzlich überhaupt keine Kostenübernahmen mehr für stationäre Eingriffe auszustellen. Eine ganz schlaue Krankenkasse ging vor Jahren so weit, in ihrer Mitgliederzeitung den Zusatzversicherten Patienten die ambulante Operation zu empfehlen, den Grundversicherten Patienten im öffentlichen Spital die stationäre Operation, weil die Krankenkasse dann nur eine Tagespauschale (und der Steuerzahler den Rest ...) bezahlen musste.

Bagatellisierung nicht gerechtfertigt

Die schweizerische ophthalmologische Gesellschaft (SOG) hat eine Punkteskala¹ entwickelt. Wird eine bestimmte Punktezahl überschritten, müsste ein stationärer Eingriff bewilligt werden. Die Vertrauensärzte der Krankenkassen, die leider oft im Hintergrund bleiben und gegenüber

dem behandelnden Ophthalmochirurgen nur selten namentlich erwähnt werden, lehnen diese Punkteskala und damit die Kostengutsprache für stationäre Eingriffe mehrheitlich ab, ohne allerdings selber Vorschläge zu machen, wie dieses Problem anzugehen sei.

Vertrauensärzte und Krankenkassen negieren den Krankheitswert der Kataraktoperationen, bagatellisieren diese gegenüber den Patienten und setzen sich oft über deren Sorgen und Ängste hinweg. Leider stossen auch einige Augenärzte in einer Art Profilierungsneurose ins gleiche Horn.

Eine grosse Schweizer Tagesklinik, die ausschliesslich ambulante Augenchirurgie betreibt, hat zur perioperativen Morbidität (Erkrankungen in Zusammenhang mit der Operation) bei Kataraktoperationen folgende Zahlen erhoben (es handelt sich um eine interne Mitteilung der ambulanten Augenchirurgie ZH, die nicht veröffentlicht wurde):

Eingreifen durch Facharzt Anästhesie	11%
Critical incidents (ernsthafte Probleme)	1%
Critical incidents mit Verlegung in ein Akutspital	0,5%
Patientenalter unter 70 Jahre	30%
Über 70 Jahre	70%

Daraus geht zumindest hervor, dass die Kataraktoperation ein älteres Patientenkollektiv betrifft mit einem hohen Anteil an Zusatzmorbiditäten (zusätzlichen Erkrankungen). Die Bagatellisierung durch Vertrauensärzte und Krankenkassen ist deshalb nicht gerechtfertigt.

Welche Rechte hat der Patient?

Eine Lösung für dieses Problem zu finden ist schwierig, weil die Fronten bereits bezogen und verhärtet sind. Auf der einen Seite der berechnete Sparwille der Krankenkassen, die den Zusatzversicherten Patienten mit der ambulanten Operation in die Grundversicherung verschieben wollen, auf der andern Seite Ophthalmochirurgen, die nach fachlichen Kriterien eine Indikation stellen und zugebe-

Katarakt (Grauer Star)

Bezeichnung für jede Trübung der Augenlinse unabhängig von deren Ursache. Durch die Trübung entsteht ein zunehmendes Blendungsgefühl, und die Sehschärfe nimmt allmählich ab.

Bei der Kataraktoperation wird heute die bimanuelle Phakoemulsifikation (Zertrümmern des harten Teils der Linse mit einer hochfrequent schwingenden Titanhohlnadel) angewendet. Während der gleichen Operation wird anstelle des entfernten trüben Teils der Linse eine faltbare Kunstlinse eingesetzt.

nermassen im stationären Bereich auch mehr verdienen würden. Es stellt sich die Frage, ob für den Zusatzversicherten Patienten ein «Recht auf stationäre Behandlung im Spital seiner Wahl» besteht und für den Grundversicherten Patienten das «Recht auf eine stationäre Operation der allgemeinen Abteilung des öffentlich subventionierten Spitals».

Die Autoren vertreten die Meinung, dass ein Satz von 15 bis 20 Prozent stationären Operationen gerechtfertigt ist, unabhängig von der Versicherungssituation, und dass Krankenkassen und Vertrauensärzte erst bei Überschreiten dieser Marke aktiv werden sollten. Dieser Prozentsatz müsste alterskorrigiert indexiert werden, zum Beispiel 10 Prozent der unter 75-Jährigen und 35 Prozent der über 75-Jährigen). Weiter müsste die Augenklinik eines öffentlichen Spitals als fachärztliches Zentrum (tertiary referral) einen höheren stationären Index bekommen, und sei es nur deswegen, weil die einfacheren 80 Prozent der Operationen ausserhalb solcher Institutionen durchgeführt werden können und die Augenklinik damit ein negativ vorselektioniertes Patientengut versorgt.

Die Aussichten verbessern

Es darf auch nicht vergessen werden, dass die Ophthalmologen mit den ambulanten Kataraktoperationen weit über dem Schnitt anderer Fachspezialitäten liegen. In den OECD Health Data von 2004 beträgt die durchschnittliche Rate der 2002 ambulant operierten Katarakte in Dänemark,

¹ Siehe unter http://www.sog-ss0.ch/index.asp?topic_id=31&m=31&g=1

Finnland, Irland, Italien, Portugal und der Schweiz 62 Prozent, während in denselben Ländern nur 8,5 Prozent der laparoskopischen Cholezystektomien (endoskopische Gallenblasenoperationen ohne «grosse» Eröffnung der Bauchhöhle), 42 Prozent der venösen Ligationen und Strippings (Krampfaderoperationen), 33,5 Prozent der Inguinal- und Femoralhernien (Leistenbrüche) und 22 Prozent der Tonsillektomien (Mandeloperation) ambulant durchgeführt wurden. Die Ophthalmologen werden also für ihre Vorreiterrolle auch noch bestraft.

Das heisst: Ambulante Operationen könnten einen viel höheren Gesamtanteil sämtlicher Operationen ausmachen; die Hemmschwelle seitens der Versicherer zum Eingreifen und zur Kurskorrektur wird bei den Augenärzten sehr tief, bei den anderen chirurgischen Spezialitäten – aus Gründen, die uns Augenärzten nicht verständlich sind – sehr hoch angesetzt.

Die Kataraktoperation erlaubt eine bessere Sicht. Möge diese EINSicht die AUSSichten verbessern für eine noch bessere Versorgung der Patienten und für weniger Stress und Bürokratie im Umgang mit Ärzten und Versicherungen. ■

Autoren:

Dr. med. Hans Gruber
Ophthalmologie FMH
spez. Ophthalmochirurgie

Fraumünsterstrasse 11
8001 Zürich

E-Mail: hgruber@cybercity.ch

PD Dr. med. Jörg Stürmer
Ophthalmologie FMH
spez. Ophthalmochirurgie

Augenklinik

Kantonsspital Winterthur
Brauerstrasse 15

8400 Winterthur

E-Mail: joerg.stuermer@ksw.ch

In die Rolle des Leistungsprüfers gedrängt

Als Vermittler zwischen Versicherern, Leistungserbringern und Versicherten benötigt der Vertrauensarzt hohe fachliche und persönliche Kompetenzen. Im Gegenzug ist er darauf angewiesen, allseits Vertrauen zu genießen.

Rolf Meyer

Die Unabhängigkeit des Vertrauensarztes wird immer wieder hinterfragt und sogar in Zweifel gezogen. Ein Angestelltenverhältnis oder eine auftragsrechtliche Bindung zur Krankenversicherung wird oft zum Anlass genommen, seine Unabhängigkeit in Frage zu stellen. Dieser Vorwurf erscheint auf den ersten Blick nachvollziehbar, denn in einem Angestelltenverhältnis ist der Arbeitnehmer verpflichtet, die Interessen seines Arbeitgebers zu wahren. Kein anderes Ergebnis lässt sich aus dem auftragsrechtlichen Verhältnis ableiten. Auch hier ist der Auftragnehmer (Vertrauensarzt) gehalten, die Interessen des Auftraggebers (Krankenversicherung) nach bestem Wissen und Gewissen zu vertreten.

Position eines Mediators

Diese oberflächliche Beurteilung des Vertrauensarztes als blossen Interessenvertreter einer Krankenversicherung ist unzutreffend und widerspricht der gesetzlichen Logik. Denn nach dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) nimmt er eine beratende Funktion ein. Was gehört nun aber konkret zu seinem Aufgabengebiet, wem muss er rapportieren, und welche Interessen muss er vertreten?

Bereits die Bezeichnung «Vertrauensarzt» weist darauf hin, dass der medizinische Berater auf das Vertrauen aller Beteiligten angewiesen ist. Er ist klug waltender Mittler zwischen auseinander strebenden Interessen und nimmt die Position eines Mediators ein. Es kann demnach nicht sein Auftrag sein, Recht zu sprechen oder Entscheidungen gegenüber dem Leistungserbringer oder den Versicherten zu treffen. Seine Aufgabe besteht vielmehr darin, eine Verbindung zwischen dem praktizierenden Kollegen und dem Kostenträger sicherzustellen, gegen aufkeimende Missverständnisse anzukämpfen oder Interessenkollisionen vorzubeugen¹.

Vielfältige Aufgaben
Die Stellung des Vertrauensarztes ist bei der letzten Gesetzesrevision gefestigt worden. Obschon der Gesetzgeber bemüht war, die Funktion des VA möglichst neutral zu formulieren, wird er von vielen Exponenten zu Unrecht als «Kontrollarzt» oder als Interessenvertreter des Krankenversicherers betrachtet. Ist dieser Vorwurf berechtigt, und müssen sich die Leistungserbringer zu Recht als Opfer von ungerechtfertigten Kostenkontrollübungen der Krankenversicherer fühlen? Wird der Vertrauens-



Rolf Meyer

ensarzt von den Krankenversicherern als Kontrolleur vorgeschoben? – Nun, Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Kostenkontrollen in Einzelfällen sollen, respektive müssen im Pflichtenheft des medizinischen Beraters Platz finden. Doch machen sie nur einen Teil seiner vielfältigen Aufgaben aus. Die Beratung der Leistungserbringer und der Sachbearbeiter des Krankenversicherers stehen in seinem Alltag eindeutig im Vordergrund.

Kein Entscheid in seinem Namen

Es kann nicht genug darauf hingewiesen werden, dass der Vertrauensarzt eine beratende und unabhängige Funktion innerhalb der Organisation des Krankenversicherers einnimmt. Er berät den Versicherer, nimmt ihm die Entscheidung aber nicht ab. Ein Vertrauensarzt, der entscheidet, nimmt Partei und verliert damit umgehend Neutralität und Glaubwürdigkeit. Er wird sich deshalb hüten, einem Leistungserbringer oder einem Versicherten einen Entscheid in seinem Namen zu unterbreiten. In der Praxis wird die-

¹ Vergleiche dazu auch Fritz Schären in «Stellung des Arztes in der sozialen Krankenversicherung». Obschon die Ausführungen noch das alte KUVG betreffen, beschreibt der Autor die verbindende Funktion des Vertrauensarztes sehr treffend. Neben den beratenden Tätigkeiten soll nach Schären aber auch die vernünftige Kontrolltätigkeit Platz finden.

ses Bild indessen oft getrübt. Immer wieder kommt es vor, dass sich der Sachbearbeiter eines Krankenversicherers auf den Ratschlag des Vertrauensarztes beruft. Hinweise wie «Gemäss der Auffassung unseres Vertrauensarztes besteht keine Leistungspflicht» oder «Unser Vertrauensarzt muss eine Leistungspflicht verneinen» sind Ablehnungsgründe, die leider oft anzutreffen sind.

Ungerechtfertigte Kritik

Es ist und bleibt Aufgabe des Krankenversicherers, Entscheidungen zu fällen und diese auch zu kommunizieren. Dabei muss der wahre Grund einer Ablehnung dem Adressaten gegenüber genannt werden. Der blosser Hinweis auf die Person «Vertrauensarzt» ist ungenügend. Es kommt immer wieder vor, dass eine Leistungspflicht nicht aus medizinischen, sondern aus Gründen der Rechtsprechung verneint werden muss. Der Ratschlag des Vertrauensarztes ist deshalb nur als ein Glied im Entscheidungsfindungsprozess anzusehen. Die Verantwortung über den Entscheid selber kann konsequenter- und logischerweise nicht der Vertrauensarzt übernehmen.

Schreiben der Krankenversicherer, die sich einzig auf eine Auskunft des Vertrauensarztes berufen, sind meist auf die mangelnde Erfahrung oder auf eine ungenügende Schulung der Mitarbeitenden zurückzuführen. Mit einer forcierten Fachausbildung der Sachbearbeiter können die Krankenversicherungen dafür sorgen, dass die Kundeninformationen fachkompetent begründet und nachvollziehbar sind, und den Vertrauensarzt gleichzeitig vor ungerechtfertigter Kritik schützen.

Gesetzliche Patientenaufklärung

Trotzdem, der Vertrauensarzt prüft Rechnungen seiner Kollegen auf eine korrekte Auslegung von Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit. Wird er damit doch zum Kontrollarzt beziehungsweise zum Kostenoptimierer? Die Beurteilung der Zweckmässigkeit einer Behandlung nach Art. 56 KVG fusst immer auch auf medizinischen Sachverhalten, und deshalb ist der Rat des medizinischen

Beraters gefragt. Dazu ein Beispiel: Stehen mehrere Behandlungsmethoden zur Verfügung, entscheidet in erster Linie der Patient zusammen mit seinem Arzt, welcher Weg gewählt werden soll. Wenn der Vertrauensarzt einen Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeits- beziehungsweise Zweckmässigkeitgebot erkennt, kann und wird er auf das Behandlungskonzept des behandelnden Arztes keinen Einfluss ausüben. Er wird ihn aber darauf hinweisen, dass sich die Leistungen des Krankenversicherers auf wirtschaftliche Behandlungsmethoden erschöpfen und dass darüber hinaus kein weiterer Leistungsanspruch besteht. Der Vertrauensarzt wird so seiner Mittlerbeziehungsweise Mediatorenrolle gerecht. Denn er berät seinen Kollegen, weist ihn auf die finanziellen Folgen einer nichtversicherten Behandlung hin und ist ihm damit direkt bei der Erfüllung der gesetzlichen Patientenaufklärung behilflich².

Der ursprüngliche Auftrag

Der Vertrauensarzt wird in jüngster Zeit auch von Bundesstellen vermehrt in die Rolle des Leistungsprüfers und -entscheiders gedrängt. Während er bei psychotherapeutischen Behandlungen nach Art. 2 Ziff. 3 KLV dem Versicherer noch einen Vorschlag über die Fortführung der Behandlung unterbreitet, muss er sich bei stationären Rehabilitationen bereits mit einer «Bewilligung» zu einem Behandlungskonzept äussern. Ähnliche Bestimmungen finden sich im Bereich der Spezialitätenliste (SL). Auch hier wird der Vertrauensarzt zu einer konkreten Aussage veranlasst. Dadurch wird er ungewollt in die Rolle des Kontrollarztes gelenkt und verliert seine gesetzlich vorgesehene Rolle als neutraler Berater. Dabei muss der Vertrauensarzt überhaupt nicht in die Rolle des Entscheidungsträgers gedrängt werden. Neben medizinischen Gesichtspunkten muss bei jedem Entscheid auch der gesetzliche Wortlaut und die rechtliche Situation konsultiert werden. Ferner sind ökonomische Aspekte zu berücksichtigen, die naturgemäss in den Zuständigkeitsbereich der Verwaltung fallen. Auch

wenn bei WZW-Prüfungen³ immer medizinische Sachverhalte zur Diskussion stehen, richtet sich der Entscheid letztlich nicht nach einer medizinischen, sondern nach einer abstrakten gesetzlichen und rechtlichen Anschauung. Es bleibt zu hoffen, dass sich die Behörden hier auf den ursprünglichen Auftrag des Vertrauensarztes nach Art. 57 KVG besinnen und seiner Beraterrolle wieder gerecht werden.

Aufklärung und klare gesetzliche Bestimmungen

Zu vermeiden gilt die voreilige Schlussfolgerung, der Vertrauensarzt müsse die Interessen seines Arbeitgebers vertreten. Dies lässt sich wohl nur durch Aufklärungsarbeit der Fachverbände und durch klare gesetzliche Bestimmungen entkräften. Werden diese Anforderungen eingehalten, ist das Konstrukt des neutralen Beraters ein Erfolgsrezept. Im Gegensatz zum Kontrollarzt – nach dem Vorbild des UVG – tritt der Vertrauensarzt eben nicht als Kontrolleur, sondern als Brückenbauer auf. Dies ist wiederum ein fruchtbarer Boden für eine Partnerschaft zwischen Leistungserbringer und Kostenträger. Und nur eine partnerschaftliche Zusammenarbeit bietet ein tragbares Fundament für einen kostenbewussten Umgang mit den verfügbaren finanziellen Mitteln. ■

**Autor:
Rolf Meyer**

Eidg. dipl. Krankenversicherungsexperte

Wincare Versicherungen

Konradstrasse 14

8401 Winterthur

E-Mail: rolf.meyer@winterthur.ch

² Gebhart Eugster weist in «Wirtschaftlichkeitskontrolle ambulanter ärztlicher Leistungen mit statistischen Methoden» darauf hin, dass mit der Ablehnung einer Behandlungsmethode durch den Sozialversicherer die Therapiefreiheit eines Arztes nicht tangiert wird. Es besteht wohl ein grundrechtlicher Anspruch auf die freie Wahl der Behandlungsmethode, nicht aber auch ein grundrechtlicher Anspruch darauf, dass die Behandlung durch das Sozialversicherungssystem bezahlt wird.

³ WZW-Beurteilungen, Prüfung der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit einer Behandlung nach Art. 32 des KVG. Die Prüfung solcher Sachverhalte stützt sich letztlich auf Art. 56 Abs. 1 KVG, wonach sich die Leistungen auf das Mass beschränken müssen, das im Interesse der Versicherten liegt.

Der Vertrauensarzt – ungeliebter Appendix oder Drehscheibe des KVG?

Die Bedeutung der Vertrauensärzte wird in einem Ausmass zunehmen, welches das VA-System an die Grenzen der Leistungsfähigkeit bringt. Damit wird auch die Frage nach dem aktuellen Finanzierungssystem aufgeworfen.

Hans Heinrich Brunner

Als Diener dreier Herren – Versicherer, «ÄrztKollegen» und Versicherte – sassen die Vertrauensärzte (VA) immer gleichsam auf drei Verwerfungszonen zwischen drei tektonischen Platten, die sich durchaus nicht nach medizinisch rationalen Regeln bewegen. Für die Versicherer waren sie akademische Sachbearbeiter in ihrem Lohn, für die Ärzte ein Ärgernis, über das man geflissentlich hinwegsah. Wohl kam es nie zu einem Tsunami, doch regelmässige kleine und grosse Beben waren an der Tagesordnung und füllten thematisch Traktandenlisten der FMH wie auch der kantonalen Gesellschaften.

Entwicklung des VA-Vertrags

1995 kam Bewegung in dieses Patt eines endlosen Kleinkrieges: Die FMH ergriff mit der Schweizerischen Gesellschaft der Vertrauensärzte (SGV) die Initiative, die VA zu professionellen Vermittlern in einem schwierigen Umfeld zu machen und sie in Stand zu setzen, um den Bestimmungen des

revidierten KVG vom 18. März 1994 zu genügen.

Die SGV leistete eine beachtliche Aufbauarbeit, die mit der Schaffung eines Fähigkeitsausweises (FA) Vertrauensarzt durch die ordentliche Ärztekammer 2003 und vorgängig durch einen Vertrauensarzt-Vertrag, in Kraft seit 1.1.2002, belohnt wurde. Der Elan der VA führte zu einer ste-

«Der Elan der VA führte zu einer steten Verbesserung der Strukturen und fachlichen Kompetenz durch eine wirksame, überprüfte Weiter- und Fortbildung.»

ten Verbesserung der Strukturen und fachlichen Kompetenz durch eine wirksame, überprüfte Weiter- und Fortbildung. Ausdruck hierfür ist das Manual für Vertrauensärzte. Ein Elan, der sich seit 2004 seitens der FMH wie von Santésuisse doch in sehr strategisch-ätherische Höhen verflüchtigt hat. So kann es nicht erstaunen, dass die Umsetzung bei vielen Versicherern doch noch sehr im Argen liegt.

Aktuelle Probleme Datenschutz

Viele Ärztinnen und Ärzte, vor allem in der Westschweiz, weigern sich konsequent, medizinische Angaben über ihre Patienten an andere Personen eines Versicherers zu übermitteln als an dessen persönlich bezeichnete VA. Folgende Gründe werden angeführt:



Hans Heinrich Brunner

■ Der Datenschutz seitens des Versicherers ist nicht gewährleistet. Dieser Vorwurf ist ernst zu nehmen, umso mehr, als die wenigsten Versicherer über ein glaubhaftes Datenschutzkonzept verfügen, das insbesondere eine externe, unabhängige Kontrolle erlaubt.

■ Angaben aus der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) werden von den Versicherern gebraucht, um Risikostratifizierung oder -selektion im Zusatzversicherungsbereich zu betreiben. Auch dieser Verdacht be-

«Kleinere Kassen haben oft ihre liebe Mühe, fachlich kompetente, unabhängige VA zu finden.»

ziehungsweise Vorwurf wurde bis jetzt nie systematisch entkräftet.

Diese Vermutungen sind gewichtig und haben, wie zum Beispiel die Einführung des elektronischen Rechnungsverkehrs zeigt, eine öffentlichpolitische Dimension. Die Versicherer

wären gut beraten, dies sehr ernst zu nehmen. Böse Überraschungen sind sonst in den anstehenden Kämpfen um Initiativen oder Referenden angesagt.

Entgegen der in Ärztekreisen verbreiteten Auffassung, das Gesetz verlange zwingend eine Übermittlung von medizinischen Daten ausschliesslich an den VA, verlangt das Gesetz dies ausdrücklich nur für sensible Daten oder auf Verlangen des Patienten (Art. 42 Abs. 5). Konkret wäre hier – vgl. gesetzliche Vorgaben von Art. 57 Abs. 8 – seitens der Standesorganisationen noch einiges zu tun.

Umsetzung bei den Versicherern

Einige Krankenversicherer haben effiziente Vertrauensärztliche Dienste, ihre Ärzte genügen in jeglicher Hinsicht den gesetzlichen Ansprüchen. Dies kann leider nicht von allen Krankenversicherern gesagt werden: Kleinere Kassen haben oft ihre liebe Mühe, fachlich kompetente, unabhängige VA zu finden. In den Chefetagen vieler Krankenversicherer hält sich gleichsam in den Mauern die Meinung, der beste VA sei der Billigste und Willfährigste.

Fachliche Fortbildung und Kompetenz

Den Ansprüchen an einen VA zu genügen, ist ein unmöglich Ding: Er müsste ein geradezu herkulisches

«Viele Versicherer behandeln ihre VAs als angestellte, von ihnen besoldete Funktionäre, eine Position, in der sie ihre Wirkung unmöglich entfalten können.»

Fachwissen haben und gleichzeitig ein halber Sozialversicherungsrechtsspezialist sein. Neben dem Anspruch auf ein breites Fachwissen führt die Zunahme von Streitigkeiten und deren Komplexität zu einer immer stärkeren Überforderung. Die Lösung dieses Problems liegt nicht in einer – unrealistischen –

Gesetzliche Bestimmungen

Art. 42 Abs. 5 KVG

Der Leistungserbringer ist in begründeten Fällen berechtigt und auf Verlangen der versicherten Person in jedem Fall verpflichtet, medizinische Angaben nur dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin des Versicherers nach Art. 57 bekannt zu geben.

Art. 57 KVG

- Abs. 1: Die Versicherer oder ihre Verbände bestellen nach Rücksprache mit den Kantonalen Ärztegesellschaften Vertrauensärzte bzw. Vertrauensärztinnen. Diese müssen die Zulassungsvoraussetzungen gemäss 36* erfüllen und mindestens 5 Jahre in einer Arztpraxis oder in leitender spitalärztlicher Stellung tätig gewesen sein.
- Abs. 2: Vertrauensärzte, die in der ganzen Schweiz zuständig sein sollen, müssen im Einverständnis mit der Ärztegesellschaft des Kantons bestellt werden, in dem der Versicherer seinen Hauptsitz oder der Verband seinen Sitz hat.
- Abs. 3: Eine kantonale Ärztegesellschaft kann einen Vertrauensarzt oder eine Vertrauensärztin aus wichtigen Gründen ablehnen; in diesem Fall entscheidet das Schiedsgericht nach Art. 89.
- Abs. 4: Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen beraten die Versicherer in medizinischen Fachfragen sowie in Fragen der Vergütung und Tarifierung. Sie überprüfen insbesondere die Voraussetzungen der Leistungspflicht des Versicherers.
- Abs. 5: Sie sind in ihrem Urteil unabhängig. Weder Versicherer noch Leistungserbringer noch deren Verbände können ihnen Weisungen erteilen.
- Abs. 6: Die Leistungserbringer müssen den Vertrauensärzten und Vertrauensärztinnen die zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 4 notwendigen Angaben liefern. Ist es nicht möglich, diese Angaben anders zu erlangen, so können Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen Versicherte auch persönlich untersuchen; sie müssen den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin vorher benachrichtigen und nach der Untersuchung über das Ergebnis informieren.
- Abs. 7: Die Vertrauensärztinnen und Vertrauensärzte geben den zuständigen Stellen der Versicherer nur diejenigen Angaben weiter, die notwendig sind, um über die Leistungspflicht zu entscheiden, die Vergütung festzusetzen oder eine Verfügung zu begründen. Dabei wahren sie die Persönlichkeitsrechte der Versicherten.
- Abs. 8: Die eidgenössischen Dachverbände der Ärzte und Ärztinnen sowie die Versicherer regeln die Weitergabe der Angaben nach Absatz 7 sowie die Weiterbildung und die Stellung der Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen. Können sie sich nicht einigen, so erlässt der Bundesrat die nötigen Vorschriften.

Art. 58 Abs. 3

- Er (eg. Bundesrat) regelt, mit welchen Massnahmen die Qualität oder der zweckmässige der Leistungen zu sichern oder wiederherzustellen ist. Er kann insbesondere vorsehen, dass
 - a. vor der Durchführung bestimmter, namentlich kostspieliger Diagnose- oder Behandlungsverfahren die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin eingeholt wird.

* Massgeblich vor allem Art. 36 Abs. 1, der ein eidgenössisches Diplom hat und über eine vom Bundesrat anerkannte Weiterbildung verfügt.

massiv verstärkten Fortbildung, sondern in der Anwendung moderner Kommunikations- und Kooperationsmethoden.

■ «Paper Work» hat unwiederbringlich ausgedient; aus einer prozessorientierten Sicht können die Vorgänge nur elektronisch abge-

wickelt werden. Und da gibt es ja wahrlich viele Möglichkeiten.

■ Wichtiger noch: Wissen und seine Entwicklung befinden sich heute in Netzstrukturen, die immer stärker internationale Dimensionen annehmen. Viele schweizerische Fachspezialisten haben heute Zugang zu sol-

chen Netzen und arbeiten aktiv an deren Weiterentwicklung. Eine zentrale Aufgabe der SGV muss es sein, ihren Mitgliedern Zugang zu solchen Netzwerken zu verschaffen.

Psychische Belastung

Es ist nicht jedermanns Sache, Entschiede seiner Fachkollegen in Frage zu stellen, nicht zuletzt deshalb, weil die medizinischen Fachkollegen weder inhaltlich noch formal mit ihren Überzeugungen hinter dem Berg zu halten pflegen. Gerade hier wäre es eine vornehme Aufgabe der Standesorganisation, zu unterstützen und immer wieder auf die auch für alle Ärzte wichtige Tätigkeit der Vertrauensärzte hinzuweisen.

Die Funktion eines VA sollte attraktiv sein; das für ihre Ausübung wichtige Wissen wie auch die Vielseitigkeit der Tätigkeit sollte qualifizierte Ärztinnen und Ärzte anziehen.

VA: Unabhängiger Makler oder Versicherungsfunktionär?

Viele Versicherer behandeln ihre VAs als angestellte, von ihnen besoldete Funktionäre, eine Position, in der sie ihre Wirkung unmöglich entfalten können.

Der Gesetzgeber war sich dieser Gefahr wohl bewusst und hat die Unabhängigkeit des VA gesetzlich stipuliert, vgl. Art. 57 KVG, Abs. 1 und 2, vor allem aber Abs. 5 und 7. Es wäre dringlich, dass diese gesetzlichen Bestimmungen nun zur selbstverständlichen Realität werden, aus der Versicherer wie Ärzte Gewinn ziehen können.

Wie geht es weiter?

Vorab und in einem Satz gesagt: Die Bedeutung der Vertrauensärzte wird in einem Ausmass zunehmen, welches das VA-System an die Grenzen der Leistungsfähigkeit bringen und damit auch Fragen nach dem aktuellen Finanzierungssystem aufwerfen wird. Konkret und in nächster Zeit

**«Es wäre dringlich,
dass diese gesetzlichen
Bestimmungen nun zur
selbstverständlichen
Realität werden, aus der
Versicherer wie Ärzte
Gewinn ziehen können.»**

schon gilt es folgende Aufgaben zu lösen:

■ Die Vergütung von Leistungen wird vermehrt an den Nachweis einer entsprechenden fachlichen und kontinuierlichen Fortbildung geknüpft werden. In diesem Prozess werden die VA auf der operativen Drehscheibe eine zentrale Position haben.

■ Die institutionalisierte Second Opinion wird eine Selbstverständlichkeit werden. Gemäss Art. 58 Abs. 3 lit.a kommt hier dem VA zentrale Bedeutung zu: Er gibt die Zustimmung, die er seinerseits häufig auf der Meinung eines beurteilenden Facharztes abstützen wird.

■ Damit ist generell die Mitwirkung des VA in der konkreten Umsetzung von Art. 58 /Qualitätssicherung angesprochen, eine Pendeuz, die seit zehn Jahren hängig ist und von den beauftragten Verbänden schlicht skotomisiert (aufgrund eines Abwehrmechanismus negiert) wurde.

Wer die Parlamentsdiskussionen um die Motion Heim¹ verfolgt hat, weiss, dass die Geduld der Gesetzgebung erschöpft ist und nun ultimativ konkrete Schritte gefordert werden.

■ Die staatlichen Instanzen haben häufig Mühe in einem System, das an eine Felswand mit multiplen ökologischen Nischen für Goldschnäbel erinnert, wirklich neutrale Experten und Ratgeber zu finden. Sie hoffen, in den VA Partner zu finden für Prozesse, die in staatliche Erlasse münden.

■ Der wichtigste Punkt wurde angesprochen: Neue, auf moderne Kommunikationstechniken abgestützte Arbeitsprozesse und internationale fachliche Vernetzung, die neben einem soliden medizinischen Grundwissen und realer Praxiserfahrung die Pfeiler einer erfolgreichen VAtätigkeit sein werden. ■

Autor:

**Dr. med. Hans Heinrich Brunner
MPH Harvard**

Delegierter für Sonderprojekte
KUVG BAG

Bundesamt für Gesundheit
3003 Bern

E-Mail:

hansheinrich.brunner@bag.admin.ch

¹ Die von beiden Kammern etwas korrigierte, überwiesene Motion verlangt vom Bund, die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen wenn möglich zu erweitern und vor allem energischer voranzutreiben.

Kann der Patient dem Vertrauensarzt trauen?

Der Vertrauensarzt in der Sozialversicherung, insbesondere der sozialen Krankenversicherung, aus der Sicht der Patienten.

Guido Brusa

Die Entwicklung ist eindeutig: Versicherer, insbesondere Sozialversicherer, suchen ihr Heil – auch auf gesetzgeberisches Geheiss – mit zunehmender Regelmässigkeit bei der medizinischen Fachperson, beim medizinischen Berater. Der Suva-Verwaltungsarzt stand dieser Entwicklung Pate, noch bevor die Frage nach der krankmachenden Wirkung des Verwaltungsarztes diskutiert war¹. Dieser Entwicklung vorausgegangen ist das Phänomen der «Kostenexplosion», der Kumulation der Zunahmen von medizinischem und sozialversicherungsrechtlichem Angebot einerseits und patientischer Nachfrage andererseits. Mit dem verlorenen Mass gingen die Kosten aus dem Zügel, schnell nahm latentes Misstrauen diese in die Hand, Misstrauen gegenüber den Patienten, Misstrauen gegenüber den Ärzten, welche prima vista für die Kosten und deren Explosion verantwortlich erscheinen.

Vertrauensarzt als Kontrollarzt

Es erstaunt nicht, dass die Institutionalisierung des Vertrauensarztes in den beiden akuten (fiskal)politischen Problemfeldern der sozialen Invalidenversicherung und der sozialen Krankenversicherung besonders vorangetrieben wurde: In der

Krankenversicherung wurde die Rechtsfigur des Vertrauensarztes² mit der KVG-Revision vom 18.03.1994 eingeführt, mit der vierten Revision des Invalidenversicherungsgesetzes vom 20.03.2003 das Institut des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), und auf den 31.07.2003, beziehungsweise 01.01.2004 in Kraft gesetzt³.

Das Krankenversicherungsgesetz regelt «den Vertrauensarzt» im Rahmen der obligatorischen Krankenpflege, im Kapitel über die Leistungserbringer, als Mittel zur «Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen». Es geht um Kontrolle – der Vertrauensarzt ist also ein «Kontrollarzt», ein Euphemismus.

Das fehlende Wahrnehmen des Patienten

Eigentlich ist, beziehungsweise wäre der Patient, die Patientin die zentrale Figur des Krankenversicherungswesens: Um ihre Gesundheit kümmert sich der Arzt, für die Patienten und anstelle der Patienten bezahlt der Krankenversicherer ein Honorar. Dieses Honorar hat nun in jedem Sinne des Wortes die Rolle des Patienten okkupiert, übernommen, ist als «Tarif» ins Zentrum gerückt, gibt den Tarif auch an⁴. Wen erstaunt es da, dass man das Wort «Patient» im KVG vergeblich sucht, und wen wundert es, dass auch das Institut und die Organisation des Vertrauensarztes den Patienten praktisch ausblendet: So sind es die Verbände der Versicherer und der Ärzte, welche Parteien des Vertrauensarztvertrages sind, der Patient hat in diesen Verträgen keinerlei Rechtsstellung. Über den Patienten wird bestenfalls

verfügt, zum Beispiel mit der Bestimmung, dass der Vertrauensarzt ihn – mit Zustimmung des behandelnden Arztes – persönlich untersuchen kann. Der Vertrauensarzt selber macht sich um die Patienten als solche ganz offensichtlich keinerlei Gedanken. So suchen wir auf der Homepage der Schweizerischen Gesellschaft der Vertrauensärzte SGV⁵ vergeblich nach dem Patienten, der Patientin, finden hingegen «unsere Sponsoren» ausdrücklich angesprochen. In der Linkliste wird auf verschiedene Verbände verwiesen, unter anderem auf die Swiss Insurance Medicine SIM⁶, einen 2003 im Geiste des gleichen Misstrauens gegründeten und der Versicherungswirtschaft sehr nahe stehenden Verband⁷, nicht aber auf eine einzige

1 Vgl. Guido Brusa, Was die Verwaltung für gut erachtet, Eine kritische Auseinandersetzung mit der Praxis zum Verwaltungsgutachten in der Sozialversicherung, SZS 1987 S. 234 f.

2 Das KVG will den Begriff «Vertrauensarzt» monopolisieren, bzw. für den Kontrollarzt im KVG reservieren (vgl. Vertrauensarztvertrag Art. 2). Der damit verbundene Missbrauch des Wortes «Vertrauen» ist KVG-typisch: in mehreren anderen KVG-Bereichen, wo umfassend Misstrauen regiert, werden Organe der beteiligten Verbände mit dem Attribut «Vertrauen» versehen, beispielsweise im Bereich der auch rechtsstaatlich höchst bedenklichen Pauschalbeanstandungsverfahren. Hier erlebt unter dem Regime des Tarmed die Paritätische Vertrauenskommission PVK (Art. 10 Rahmenvertrag) als Nachfolgerin der Blauen Kommission BK ihr Revival.

3 Im KVG durch die Inkraftsetzung des Vertrauensarztvertrages am 01.01.2002, bzw. des Fähigkeitsprogramms am 01.07.2003, im IVG durch bundesrätliche Verordnung vom 21.05.2003.

4 In diesem Sinn wird denn auch die Leistung des behandelnden Arztes nach der Höhe der von ihm «verursachten» Kosten beurteilt. Der Patient, bzw. der Schweregrad der behandelten Krankheit, wird bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung in der Praxis mit dem Verweis auf die Relevanz des Durchschnittes vollständig ausgeblendet.

5 www.vertrauensaeerzte.ch, Homepage besucht am 25.10.2005.

6 Die SIM ist eher versicherungspolitisch ausgerichtet und tritt als solche neben die «alte» fachmedizinisch motivierte «Schweizerische Gesellschaft für Traumatologie und Versicherungsmedizin».

7 Der Präsident der SGV hat denn auch die SIM aufgebaut und bis Mitte 2005 in Personalunion geführt.

Patienten- oder Konsumentenorganisation⁸.

Die Organisation der vertrauensärztlichen Dienste ist denn auch «systemgerecht» im Grundsatz patientenunfreundlich. Die medizinischen Dienste der Krankenversicherer sind nie nach Bereichen getrennt, die gleichen Personen beurteilen sozialversicherungsrechtliche und privatversicherungsrechtliche Sachverhalte⁹. Bei verbundenen grossen Versicherern werden die ärztlichen Dienste regelmässig verbunden geführt, der Sozialversicherungsarzt beurteilt auch medizinische Fragen im Auftrag des Haftpflichtversicherers¹⁰. Den unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen, Auskunftspflichten und Geheimhaltungspflichten – und den Interessen der Patienten – wird so keine Rechnung getragen. Sollte in Anbetracht dieser beschriebenen Umstände der Patient genauere Informationen nachfragen, wird er auf die von den Verbänden der Ärzte und Versicherer erstellte Liste der Vertrauensärzte verwiesen¹¹. Diese Liste hilft allerdings nicht viel weiter¹², informiert sie doch «nur» über die Adresse der Dienste des Vertrauensarztes oder dessen verantwortlichen Chefarztes¹³. Die wenigsten Versicherer informieren auf konkrete Nachfrage umfassend¹⁴.

Der Patient muss Gesprächspartner werden

Heute muss der Patient feststellen, dass der Vertrauensarzt der Sozialversicherung ihn nicht um seinetwillen, sondern nur um der Kosten willen, welche es einzusparen gilt, ernst nimmt. In der sozialen Krankenversicherung ist dies besonders eklatant¹⁵. Der Patient kann heute dem Vertrauensarzt seines Krankenversicherers vieles zutrauen, sicher aber nicht vertrauen!

Damit der Kontrollarzt des Krankenversicherers aber zum Vertrauensarzt, welcher diesen Namen auch tatsächlich verdient, mutiert, braucht es ein Umdenken, welches strukturelle Änderungen zur Folge haben muss: Der Patient muss im System der Krankenversicherung zum Gesprächspartner werden. Die Patientenorgani-

sationen als Konsumentenorganisationen sind mutmasslich am besten geeignet, diese Rolle zu übernehmen: So sollen Organisation und Auswahl der Vertrauensärzte nicht mehr nur Sache der Verbandsinteressen von Leistungserbringer und Versicherer sein (vgl. Art. 57 Abs. 1 und 2 KVG), sondern es sollen zugelassene Patientenorganisationen mitbestimmen können^{16,17}. Zugelassenen Patientenorganisationen muss auch ein Klagerecht, ein Parteirecht in Streitigkeiten über Fragen des Vertrauensarztwesens, eingeräumt werden¹⁸, (vgl. Art. 57 Abs. 3 KVG). Der Patient muss ein gesetzlich verankertes direktes Zugangsrecht zum vertrauensärztlichen Dienst seines Krankenversicherers erhalten^{19,20}.

Vertrauen ist ein kostbares Gut

Das Vertrauen des Patienten in den beratenden Arzt des Krankenversicherers gedeiht nicht von selbst, es braucht dafür geeignete Bedingungen von der Art der soeben aufgezählten. Das Vertrauen des Patienten ist ein kostbares Gut, es ist ganz sicher mit dem euphemistisch benannten Institut des Vertrauensarztes in seiner heutiger Form nicht zu gewinnen. Die fehlende Pflege dieses kostbaren Gutes ist Mitursache der «Kostenexplosion», die einzudämmen der Vertrauensarzt gerufen wurde. Der Umbau des Institutes des Vertrauensarztes in einer Art, welche Vertrauen des Patienten verdient, lässt viel gewinnen. Insbesondere wird dann das Auftreten des Vertrauensarztes, sein «Eingreifen» in das Behandlungsverhältnis zwischen Arzt und Patient, nicht mehr in erster Linie Anlass dafür sein, dass der Patient – und immer häufiger auch der Arzt – die Kanzlei des Rechtsanwaltes aufsucht. ■

Autor:
Dr. Guido Brusa
Rechtsanwalt
Strassburgstrasse 10
8004 Zürich

- 8 Vgl. dazu die Homepage des Eidgenössischen Büros für Konsumentenfragen, www.konsum.admin.ch. Die Patientenorganisationen sind als Konsumenteninformationsstellen im Sinn des Konsumenteninformationsgesetzes KIG anerkannt, siehe in der genannten Homepage: Information und Schutz des Konsumenten/aussergerichtliche Streitbeilegung/Stiftung schweizerischer Patienten- und Versichererorganisationen SPO, Homepage besucht am 25.10.2005.
- 9 Das datenschutzrechtliche Problem ist bekannt. Der Eidgenössische Datenschutzbeauftragte EDSB hat sogar im Zusammenhang der haftpflichtrechtlichen und privatrechtlichen Bearbeitung eines Versicherungsfalles durch den gleichen Mitarbeiter/die gleiche Abteilung eines Versicherers (die so genannte «Bearbeitung aus einer Hand») diese als rechtswidrig beurteilt. Er verlangt a fortiori organisatorische Trennung der Daten von Sozialversicherer einerseits und Privatversicherer andererseits.
- 10 Siehe Fussnote 9.
- 11 Vgl. Homepage santésuisse, www.santesuisse.ch, auffindbar nur unter dem Suchbegriff «Liste Vertrauensärzte», Stand 08.08.2005, Homepage besucht am 25.10.2005.
- 12 Die Liste richtet sich an den Arzt, der vertrauliche Akten, die er nicht direkt der Verwaltung aushändigen will, an den Vertrauensarzt adressieren kann.
- 13 Mit der Einführung des Tarmed obliegt die Publikation der Liste der Vertrauensärzte der santésuisse (formell ab 01.01.2004, tatsächlich erfolgte das aber erst mehr als ein Jahr später). Die entsprechenden Publikationen der kantonalen Ärztesellschaften (beispielsweise derjenigen der ÄGZH) waren wesentlich konsumentenfreundlicher, insbesondere alphabetisch geordnet und detailliert.
- 14 Von den sechs grössten Krankenversicherern, welche mehr als 50 Prozent der Versicherten repräsentieren und in Hinblick und unter Verweis auf die vorliegende Publikation angefragt wurden, erteilte lediglich ein einziger die erbetene Auskunft.
- 15 Bei den anderen Sozialversicherern stösst der nachfragende Patient – oder sein Rechtsanwalt – auf grundsätzliche Zurückhaltung: Bei der IV verweist die zuständige Bundesaufsichtsbehörde – anstelle einer Auskunft – an die namentlich bekannt gegebene Leitung der einzelnen Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD). RAD Mittelland publiziert ihre sieben ÄrztInnen im Internet, alle anderen, insbesondere RAD Nordostschweiz, verweigern auch auf Nachfragen mit fadenscheinigen Erklärungen die Information. Beim öffentlichrechtlich organisierten UVG-Versicherer sind die Kreisärzte bekannt, eine Liste der Mitarbeiter der zentralen medizinischen Dienste wird nicht abgegeben. Die privaten UVG-Versicherer geben seit dem Jahrtausendwechsel die Liste der PKU-Vertrauensärzte nicht mehr an Patienten ab, bestreiten sogar deren Bestand.
- 16 An der fehlenden Beachtung der Patienten und Konsumenten im Gesundheitsrecht ändert bis heute die Tatsache nichts, dass die internationale Organisation der Verbraucherverbände den 15. März zum «Tag der Konsumentenrechte» erhebt und acht «Grundrechte der Konsumenten» deklariert, wovon die Rechte auf Information, auf Anhörung und auf Beschwerde eigentlich zur Rechtfertigung der von uns postulierten Stellung des Patienten im Gesundheitsrecht mehr als nur ausreichen.
- 17 Damit wird auch datenschutzrechtlichen (als persönlichkeitsrechtlichen) Anliegen der Patienten erhöhtes Gewicht zukommen, vgl. die Kritik an der verbundenen Organisation der vertrauensärztlichen Dienste.
- 18 Eine analoge Situation treffen wir im Streit um die Aufhebung des so genannten «Kontrahierungszwanges» an, beziehungsweise um die Organisation der Vertragszulassung, wo die sachlich geschuldete Mitsprache der Patienten, beziehungsweise ihrer Patientenorganisationen, vorderhand kaum ein Thema ist, vgl: Guido Brusa, Die Zulassung zur ärztlichen Tätigkeit unter dem Regime des KVG de lege ferenda, in *AJP* 2002 S. 367, insbesondere: X, Der Patient im Mittelpunkt, S. 370.
- 19 Der kluge Versicherer handhabt das Institut so, dass die Patienten darin ein Recht auf Zweitmeinung als Versicherungsleistung erkennen. Das Recht auf Zweitmeinung ist im Übrigen heute schon längst vom behandelnden Arzt als Mittel der Entscheidungsfindung und Vertrauensbildung (sic!) geschätzt.
- 20 Von selbst beantwortet sich dann die Frage nach Sinn und Zweck umfassender Transparenz der Liste der Vertrauensärzte und nach dem Platz der Patienten und ihrer Verbände auf der Homepage des SVA.

Ethische Kernaufgaben und das strukturelle Problem

Bei der Behandlung und Betreuung in Medizin und Pflege trägt der Vertrauensarzt eine neue Verantwortung für die Entscheidungsqualität, und beim Patientenschutz im schweizerischen Gesundheitswesen besteht Handlungsbedarf. Gefragt sind strukturierte Entscheidungsbildungsverfahren, welche inhaltlich den medizinischen Entscheid nicht vorwegnehmen.

Ruth Baumann-Hölzle

«Der Vertrauensarzt hat eine Scharnierfunktion zwischen Patient, behandelndem Arzt und Versicherung» [1], so lautet der zentrale Satz im Leitbild des Vertrauensarztes vom Januar 1997. «Er prüft für den Versicherer die zur Diskussion stehende Behandlung auf Angemessenheit gemäss den gesetzlichen Kriterien Wirksamkeit (nach wissenschaftlichen Methoden), Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Dabei behält er neben der Wirtschaftlichkeit und der Zweckmässigkeit in Diagnostik und Therapie das Wohl des Patienten im Auge» [2]. Entsprechend «werden dem Vertrauensarzt häufig Konfliktfälle zur Begutachtung vorgelegt. So steht der Vertrauensarzt oft als eine Art Friedensrich-

ter (und manchmal auch Puffer) an vorderster Front, obwohl er keine Entscheidungskompetenz hat. Er gibt dem Versicherer, dessen Rechtsdienst beziehungsweise Leistungsabteilung dann rechtsgültig entscheidet, lediglich Empfehlungen ab» [3]. In diesen Konfliktsituationen hat der Vertrauensarzt die Aufgabe, «die Gleichbehandlung aller Versicherten aufgrund einheitlicher Beurteilungskriterien» [4] zu ermöglichen.

Handlungs- und Entscheidungsqualität

Bei der individualethischen Beurteilung der Angemessenheit einer medizinischen Handlung überprüft der Vertrauensarzt die Handlungsqualität dahingehend, ob sie lege artis nach wissenschaftlich objektiven und vom Einzelpatienten unabhängigen Kriterien entsprechend den Richtlinien der zuständigen Fachgesellschaften durchgeführt worden ist. Angemessenheitsentscheide lassen sich aber nicht allein mit medizinischer Expertise und Richtlinien fällen, sondern es bedarf einer sorgfältigen medizinethischen Güterabwägung der verschiedenen Entscheidungsfaktoren im Einzelfall. Eine medizinische Handlung im Einzelfall kann durchaus plausibel sein, ohne dass sie für alle Menschen sinnvoll sein muss. Dieser Zwang zur Wahl ist durch den medizinischen Fortschritt entstanden, der im Einzelfall verschiedene Handlungsoptionen anbietet. Diese neue Entscheidungssituation hat zusammen mit der Pluralität der individuellen Lebensentwürfe in der Moderne auch in der Medizinethik zu neuen Entscheidungsparadigmen geführt. Das Paternalismusmodell wurde vom Au-



Ruth Baumann-Hölzle

tonomiemodell abgelöst. Das Autonomiemodell ist ein Abwehrkonzept: Es sagt nur aus, dass ein Mensch nicht instrumentalisiert werden darf, nicht aber, welche Leistungen und Mittel ein Mensch einfordern kann. Auf diesem Hintergrund wird einsehbar, warum die Richtlinien über die Angemessenheit von medizinischen und pflegerischen Leistungen im KVG sehr vage gehalten sind.

Stellvertreterentscheid

Bei einer konsequenten Anwendung des Autonomiemodells liegt die letzte Entscheidungsverantwortung bezüglich einer Therapie nicht beim Arzt, sondern beim Patienten. Angesichts beschränkter Leistungen und Mittel im Gesundheitswesen kann jedoch ein Patient oder eine Patientin aus Gerechtigkeitsgründen nicht beliebig Leistungen einfordern. Dies würde eine Gleichbehandlung verunmöglichen. Die Rolle des Vertrauensarztes steht nun genau in diesem Spannungsfeld: Er hat die Aufgabe, die Plausibilität von Therapieent-

scheiden bei einem Autonomiekonflikt zwischen Patient und Arzt und/oder Patient und Versicherer zu prüfen.

Entsprechend ist der Handlungsauftrag des Vertrauensarztes nicht gegenüber der Patientenautonomie, sondern dem Patientenwohl formuliert. Der Vertrauensarzt erhält damit die Aufgabe, für den Patienten in Bezug auf dessen Wohl einen Stellvertreterentscheid zu treffen.

7-Schritte ethischer Urteilsbildung

In diesen Situationen ist die Anwendung von ethischen Entscheidungsverfahren sinnvoll: Sie strukturieren den anstehenden Entscheidungsfindungsprozess, ohne den inhaltlichen Entscheid vorwegzunehmen. Entscheide werden dadurch nachvollziehbar und transparent. Bei diesem so genannten «Verfahrensmodell» werden an den Entscheidungsprozess Qualitätsanforderungen gestellt. Eine verbindliche Entscheidungsstruktur soll die Patientinnen und Patienten vor Entscheidungswillkür und Instrumentalisierung schützen.

Die Struktur hat Vergleichbarkeit, Verallgemeinerbarkeit, Kohärenz und Kausalität der Argumente im Entscheidungsprozess sicherzustellen, wenn die ethischen Prinzipien der Autonomie und des Wohlergehens einerseits und der Gerechtigkeit andererseits mit den Prinzipien der Schadensvermeidung und des Guten miteinander abgewogen werden. Die 7-Schritte ethischer Urteilsbildung sind ein Beispiel solch eines verbindlichen Urteilsbildungsverfahrens.¹ Die ethische Kernaufgabe des Vertrauensarztes ist die Sicherstellung eines medizinethischen Entscheidungsfindungsprozesses, der den Einbezug aller relevanten Fakten und eine sorgfältige Güterabwägung zum Wohle des Patienten gewährleistet. Bei der Erfüllung dieser Aufgabe hat der Vertrauensarzt jedoch ein strukturelles Problem.

Handlungsbedarf beim Patientenschutz

Strukturell steht der Vertrauensarzt auf der Seite des Versicherers, da er von diesem bezahlt wird. Insofern ist der Name «Vertrauensarzt» für den Patienten irreführend. Die ihnen zugedachte Rolle eines Friedensrichters können sie deshalb gar nicht wahrnehmen, da sie strukturell nicht unabhängig sind und faktisch keine Entscheidungskompetenz besitzen. An dieser Tatsache ändern auch die Aussagen im Leitbild nichts, wonach der Vertrauensarzt in seiner Urteilsbildung unabhängig sein soll [5]. Der Vertrag für die Vertrauensärzte der Dachverbände FMH/KSK gemäss Artikel 57, Abs. 8 KVG versucht dieses Problem anzugehen und zeigt diese Probleme deutlich.

Für medizinische Behandlungs- und Betreuungsfragen gibt es in der Schweiz einzig die allgemeine Ombudsstelle des Bundesamtes für Sozialversicherungen, wo Beschwerden im Rahmen des KVG eingereicht werden können. Für den Privatversicherungsbereich, welcher dem Bundesamt für Justiz zugeordnet ist, gibt es keine solche Ombudsstelle. Wohl schreibt das Bundesrecht in der Schweiz vor, «dass das Verfahren in allen Zweigen des Sozialversicherungsrechts grundsätzlich kostenlos ist (vgl. Rechtsquellen; SVR 1998 AHV Nr. 7 S. 21 f. Erw. 2b; AHV-Praxis 1998 S. 198 Erw. 2b)» [6]. Weil aber die beschwerdeführende Partei ihre Vertretungskosten selber bezahlen muss [7], wird dieses Recht zur Farce. Denn welcher Patient hat den Mut, nach einem negativen Entscheid des Vertrauensarztes zudem noch Anwaltskosten auf sich zu nehmen und gegen ein ganzes System anzutreten?

Friedensrichteramt für das Gesundheitswesen

Auf dem Hintergrund wäre es sinnvoll, von staatlicher Seite ein unabhängiges Friedensrichteramt für das Gesundheitswesen einzurichten, welches allen drei Parteien, das heisst den Patientinnen und Patienten, den Leistungserbringern und den Versicherern, erlauben würde, Beschwerde einzureichen. Bei einem solchen Sys-

tem wären die Vertrauensärzte nicht mehr einzelnen Versicherern unterstellt, sondern sie würden gemeinsam in einer unabhängigen Beschwerde-stelle amten, die den Allgemeinversicherungs- und den Zusatzversicherungsbereich abdecken würde. Ein solches Amt könnte auch auf den UVG- und den IV-Bereich ausgedehnt werden.

Klar zurückzuweisen ist hingegen die sozialetische Verantwortung des Vertrauensarztes für eine faire Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen. Die Verteilungsproblematik im Gesundheitswesen würde dadurch individualisiert und zum Gewissenskonflikt des Vertrauensarztes. Der Vertrauensarzt trägt nur die Verantwortung für die Einzelfallgerechtigkeit. Seine Aufgabe hinsichtlich der Gleichbehandlung kann er eigentlich nur im Rahmen einer demokratisch festgelegten Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen wahrnehmen. Leider fehlt bis heute in der Schweiz eine nationale Prioritätensetzung. Stattdessen findet eine verdeckte Rationierung ohne Verteilungsgerechtigkeit statt. ■

Autorin:

Dr. Ruth Baumann-Hölzle

Institutsleiterin Dialog Ethik
Interdisziplinäres Institut für Ethik
im Gesundheitswesen
Sonneggstrasse 88
8006 Zürich
E-Mail: rbaumann@dialog-ethik.ch

Literatur:

1. Vaucher/Zollikofer: Manual des Vertrauensarztes. 1998: 44
2. Vaucher/Zollikofer: Was zahlt die Krankenversicherung? Manual für die Vertrauensärzte. Schwabe, Basel 2004: 48
3. Vaucher/Zollikofer: Was zahlt die Krankenversicherung? Manual für die Vertrauensärzte. Schwabe, Basel 2004: 48
4. Vaucher/Zollikofer: Manual des Vertrauensarztes. 1998: 45
5. Vaucher/Zollikofer: Was zahlt die Krankenversicherung? Manual für die Vertrauensärzte. Schwabe, Basel 2004: 47
6. Christian Zünd: Kommentar zum Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich vom 7. März 1993. Dissertation 1999: 233
7. vgl. ebd.: 233

¹ Das Interdisziplinäre Institut für Ethik im Gesundheitswesen, Dialog Ethik, bietet Schulungen und Trainings in den 7-Schritten ethischer Urteilsbildung an.

Ärzteneetze mit Budgetverantwortung und Vertrauensärzte: Freund oder Feind?

Für den Netzarzt mit Budgetverantwortung ist der Vertrauensarzt ein Januskopf: Einerseits ein sinnloser Überwacher, der ihn zum Formularleerlauf zwingt, wenn es darum geht, dem Patienten sinnvolle und effiziente Leistungen zu gewähren, die ja aus dem Budget des Ärztenetzes bezahlt werden. Gleichzeitig ist der Netzarzt auf den Vertrauensarzt als hilfreichen, unabhängigen Kompetenzträger angewiesen, wenn keine Kostenübernahme der Leistungen angezeigt ist.

Adrian Wirthner

«**W**o ergeben sich denn überhaupt Schnittpunkte zwischen Leistungserbringern von Ärztenetzen mit Budgetverantwortung und Vertrauensärzten?», wollte der für ein Gespräch angefragte Vertrauensarzt eines grossen Krankenversicherers wissen. Offensichtlich fällt es nicht leicht, die aktuellen Spannungsfelder im Praxisalltag auf den ersten Blick zu erkennen. Kommt hinzu, dass die aktuelle Re-

vision des KVG¹ in der Botschaft 2B (Managed Care, Art. 57 Abs. 9) vorsieht, dass die Versicherer die Aufgaben der Vertrauensärzte an die Leistungserbringer integrierter Versorgungsnetze übertragen können. Ausserdem soll in diesen Netzen eine Kostenübernahme von Leistungen ausserhalb des Leistungskatalogs der Grundversicherung möglich sein. Eine logische Schlussfolgerung, so scheint es, da sämtliche Leistungen aus dem Budget bezahlt werden, das die Ärztenetze mit den Versicherern ausgehandelt haben.

Leerlauf für Ärztenetze und Versicherer

In konventionellen Versicherungssystemen beraten Vertrauensärzte die Versicherer bezüglich Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungen. Dies entscheidet über die Kostenübernahme durch die Krankenkasse. Für Ärztenetze mit Budgetverantwortung hingegen bedeutet jede erbrachte medizinische Leistung einen finanziellen Verlust des Unternehmens, wenn sie für den Patienten nicht wirksam, zweckmässig oder wirtschaftlich ist.

Dazu ein konkretes Beispiel: Der dermatologisch erfahrene Arzt eines Ärztenetzwerkes mit Budgetverantwortung verschreibt seinem jungen, an einer schweren Akne leidenden Patienten ein Medikament, das zwar teuer, dafür aber anerkanntermassen ausserordentlich wirksam und nachhaltig ist. Dieses Medikament erfordert die Erfüllung bestimmter Voraussetzungen, damit die Kosten von der Krankenkasse übernommen wer-



Adrian Wirthner

den. Der Arzt erhält nun vom Vertrauensarzt des Versicherers ein Formular, damit die Erfüllung dieser Kriterien und dadurch die Kostenübernahme überprüft werden kann. Bezahlt wird das Medikament in diesem Fall allerdings aus dem Budget des Ärztenetzwerks und nicht durch die Krankenkasse. Damit stehen wir vor der grotesken Situation, dass der Vertrauensarzt überprüft und entscheidet, ob das Ärztenetz sein eigenes Geld für eine Leistung ausgeben darf oder nicht. Dieses Problem stellt sich in der Praxis der Netzärzte häufig, so bei der Verordnung von zusätzlichen Spitex-Leistungen, Medikamenten gegen Alzheimer und vielen andern Leistungen, die im konventionellen System sinnvollerweise einer Limitation unterworfen sind.

Der Bedarf nach vertrauensärztlicher Kompetenz

Das Bild des Arztes als bedingungsloser Anwalt seines Patienten, der um jeden Preis das Beste für den Erkrankten will, um ihn zu heilen, sein

¹ KVG: Krankenversicherungsgesetz

Leiden zu lindern und sein Leben zu verlängern, hat nach wie vor Gültigkeit. In Zeiten beschränkter Ressourcen ist der Arzt aber auch gegenüber der Gesellschaft und dem Kollektiv der Versicherten verantwortlich, da die von einem Patienten verbrauchten Mittel für andere, vielleicht nutzenbringendere Interventionen bei anderen Erkrankten nicht mehr zur Verfügung stehen. Hier übernimmt im konventionellen Versicherungssystem der Vertrauensarzt als unabhängige Instanz die Entscheidung, ob Leistungen von zweifelhaftem Nutzen oder bei subjektiven Beschwerden mit fraglichem Krankheitswert vom Versicherer übernommen werden sollen.

Kann in den Ärztenetzen der langjährige hausärztliche Begleiter, der zudem eine Budget-Mitverantwortung trägt, in diesem Zielkonflikt bei Forderungen durch den Patienten wirklich unabhängig entscheiden, wie es von einem Vertrauensarzt gefordert ist? Kann er gleichzeitig Hausarzt und Vertrauensarzt sein, ohne das Vertrauensverhältnis zum Patienten zu gefährden? Verfügt er über das entsprechende Wissen? Wie reagiert der Patient auf den Entscheid, die Kosten für eine Fettschürzenentfernung nicht zu übernehmen, da das Gewicht in Jahreszyklen sinkt und wieder steigt und der Sinn einer Operation fragwürdig ist?

Versicherungsinterne Kommunikation

■ *Bei den Krankenversicherern arbeiten die Abteilung Managed Care und der vertrauensärztliche Dienst meist völlig unabhängig voneinander, und ein Austausch fehlt.*

Eine sinnvolle Kommunikation zwischen der Abteilung Managed Care und dem vertrauensärztlichen Dienst könnte dem Krankenversicherer viele Umtriebe ersparen. Grundsätzlich sollen keine Anfragen an die behandelnden, Budget-mitverantwortlichen Ärzte erfolgen, wenn es sich um eine limitierte Leistung eines Managed-Care-Versicherten handelt. Eine Reduktion der lästigen Formulare könnte auch ein Anreiz für Ärzte sein, bei einem Netz mitzumachen.

Netzärzte als Hilfspersonen des Vertrauensarztes

■ *Es gibt keine institutionalisierte Kooperation zwischen Netzärzten und Vertrauensärzten.*

Der Vertrauensarztvertrag zwischen der FMH und der Santésuisse sieht im Artikel 6 vor, dass Vertrauensärzte befugt sind, bei der Erledigung ihrer Arbeit Hilfspersonen beizuziehen. «Der Vertrauensarzt trägt die Verantwortung für die Auswahl, die Instruktion und Überwachung der Hilfspersonen.» Netzärzte könnten durch den Vertrauensarzt als Hilfspersonen beigezogen und es könnten ihnen gewisse Kompetenzen übertragen werden.

Fähigkeitsausweis Vertrauensarzt für Netzärzte

■ *Netzärzte verfügen kaum über vertrauensärztliches Wissen.*

Der Weiterbildungskurs für den Fähigkeitsausweis Vertrauensarzt umfasst 4 Module zu 2¹/₂ Tagen und kostet Fr. 2000.–. Danach werden 2 Tage Vertrauensarzt-relevante Fortbildung pro Jahr gefordert, die Teil der jährlich geforderten 80 Stunden sein können. Spätestens wenn die KVG-Revision tatsächlich eine Übertragung von Vertrauensarztfunktionen an die integrierten Versorgungsnetze bringt, dürfte es für ein Netzwerk ratsam sein, dass mindestens einer der Ärzte über den Fähigkeitsausweis Vertrauensarzt verfügt.

Rollentrennung Hausarzt – Vertrauensarzt

■ *Die Sichtweise des Hausarztes als Begleiter und Anwalt des Patienten und des Vertrauensarztes als unabhängiger Berater des Versicherers stehen sich zuweilen diametral gegenüber. Eine Vermischung dieser beiden Rollen ist ausserordentlich heikel, vor allem wenn es um die Verweigerung von Leistungen geht.*

Der Vertrauensarztvertrag hält im Artikel 6 Abs. 4 fest, dass «falls die Hilfspersonen nur teilweise für den Vertrauensarzt tätig sind, ihre anderen Tätigkeiten nicht zu Interessenskonflikten führen dürfen». Entscheidungen zu Ungunsten des Nachfragers nach Leistungen erfordern eine Beurteilung durch einen

externen, unabhängigen Vertrauensarzt der Partnerkassen. Darauf müssen sich die Netzärzte und deren Versicherte jederzeit verlassen können. Externe, unabhängige Vertrauensärzte der Krankenversicherer sind auch für Ärztenetze mit Budgetverantwortung als Berater unverzichtbar. ■

Autor:

Dr. med. Adrian Wirthner

Facharzt FMH Allgemeine Medizin,
M.H.A.

MediX Ärzteverbund
Bubenbergplatz 11

3011 Bern

E-Mail: adrian.wirthner@praxis-bubenberg.ch

Morbi-Risikoausgleich: jetzt erst recht!

von Willy Oggier,
Gesundheitsökonom



Willy Oggier

Unter allen ernst zu nehmenden Gesundheitsökonomien in der Schweiz gibt es wohl kein Thema, bei dem so viel Einigkeit herrscht wie beim Risikoausgleich. Dieser ist ungenügend und sollte in einem System der Einheitsprämie durch eine bessere Berücksichtigung des Gesundheitszustands verbessert werden. Fachleute sprechen auch von einer morbiditätsorientierten Anpassung des Risikoausgleichs (kurz: Morbi-Risikoausgleich).

Die Subkommission der zuständigen Ständerats-Kommission hat dies erkannt und, auf einen Vorstoss der St. Galler Ständerätin Erika Forster hin, eine Erweiterung des Risikoausgleichs um zwei Kriterien (Folgekosten im Jahr nach einem Spitalaufenthalt und Diagnosen aufgrund von krankheitsspezifischen Medikamenten) vorgeschlagen.

Dieser Vorstoss stiess auf die erbitterte Opposition unterschiedlicher Kreise. Da sind einmal jene Kassenvertreter, die ganz offen bekunden, dass sie diesen Wechsel ablehnen, weil ihr Krankenversicherer mit dem

heutigen System besser fährt. Diese Position ist betriebswirtschaftlich nachvollziehbar. Nur: im Rahmen einer sozialen Krankenversicherung sollten die betriebswirtschaftlichen Interessen einzelner Akteure nicht das Hauptmotiv für gesetzliche Grundlagen sein. Es sollte vielmehr um die Frage gehen, welche Anreize effektivere und effizientere Verhaltensweisen fördern können. Gerade auch für Managed-Care-Konzepte zeigt sich, dass eine entsprechende Anpassung des Risikoausgleichs wesentliche Anreizverbesserungen ermöglichen kann.

Eine zweite Gruppe will lieber risikogerechte Prämien. Ein solches Konzept hätte mindestens im gegenwärtigen Zeitpunkt kaum politische Realisierungschancen. Es muss aber auch die Frage gestellt werden, welcher Zweck mit risikogerechten Prämien in einer sozialen Krankenversicherung verfolgt werden soll. Ökonomisch gesehen würden solche Prämien vor allem dann Sinn machen, wenn die Mehrzahl der entstehenden Gesundheitskosten in der Grundversicherung dauerhaft beeinflusst und dadurch reduziert werden könnten. Nur: in einem Zeitalter, in dem immer mehr die genetische Prädisposition und soziale Faktoren für einen Teil der Gesundheitskosten verantwortlich gemacht werden, riskiert eine risikogerechte Prämie, das primäre Ziel einer sozialen Krankenversicherung zu unterlaufen. Dieses liegt in der Abdeckung von Grossrisiken.

Drittens hat mir unlängst ein ausländischer Pharma-Lobbyist bekundet, man müsse jede Anreizverbesserung im heutigen System bekämpfen. Damit würde die Wahrscheinlichkeit

steigen, dass das Gesamtsystem an die Wand fahre. Dann könne man wieder die echten Preise im Privatbereich verrechnen wie in den USA. Ausserdem sollten die Wirkstoffgruppen bei den Medikamenten im Risikoausgleich ja nicht berücksichtigt werden. Sonst käme nur die Pharmabranche unter Druck.

Die erste Aussage spricht für sich, die letzte ist eindeutig falsch: Die Berücksichtigung der Wirkstoffgruppen führt dazu, dass nach einer morbiditätsorientierten Anpassung des Risikoausgleichs beispielsweise ambulant behandelte Chronisch-krankte mit Medikamententherapien kostenmässig unter sonst gleich bleibenden Rahmenbedingungen weniger ein Risiko für Wirtschaftlichkeitsverfahren der Krankenversicherer darstellen als heute. Allerdings: die Medikamente müssen sich durch die Zusammenfassung in Wirkstoffgruppen vermehrt dem Vergleich mit Konkurrenzprodukten bezüglich ihrer Effektivität und Effizienz stellen. Könnte es sein, dass der betreffende Lobbyist Angst hatte, dass sein Unternehmen dabei wegen weniger wirksamer und ineffizienterer Medikamente gegenüber der Konkurrenz oder Generika-Unternehmen ins Hintertreffen geraten könnte?

Wenn dem so ist, gilt genauso wie für die anderen Einwände: Morbi-Risikoausgleich in diesem Fall jetzt erst recht!

Willy Oggier, Dr. oec. HSG
Gesundheitsökonomische Beratungen AG
Konradstrasse 61
8005 Zürich
gesundheitsoekonom.willyoggier@
bluewin.ch

Forderungen zur Vermarktung der «Hausarztversicherungsmodelle»

Reaktionen von Ärztenetzwerken und persönliche Erfahrungen mit Patientinnen und Patienten veranlassen med-swiss.net zu folgender Stellungnahme.

1. Die bisherige ursprüngliche echte Hausarztversicherung im eigentlichen Sinn (d.h. mit einem Vertrag zwischen Hausärzten und Versicherern) wurde im Rahmen der diesjährigen Prämienrunde von mehreren Versicherern aus reinen Marketinggründen durch flächendeckende Versicherungsmodelle gleichen Namens («Hausarztversicherung») ergänzt, die vorsehen, dass sich der/die Versicherte zwar verpflichtet, sich stets zuerst an den eigenen Hausarzt zu wenden, jedoch ohne dass vertragliche Abmachungen zwischen Versicherern und Hausärzten bestehen. Die Bezeichnung «Hausarztversicherung» wurde leider von den beiden in der Schweiz tätigen Managed-Care-Organisationen nicht geschützt.
2. Diese verwechslungsträchtige Namensgebung hat zu deutlich spürbaren Verunsicherungen in den Ärztenetzwerken geführt: Sind die Versicherer an der ursprünglichen Hausarztversicherung nicht mehr interessiert, dass sie diese durch eine Hausarztversicherung ohne Hausärztevertrag («Light»-Modell, Pseudohausarztversicherung) konkurrenzieren?
3. Die Versicherer haben Ärztelisten auf den eigenen Internetseiten und auf der Internetseite www.comparis.ch veröffentlicht. Viele Grundversorger, die sich noch nie um Managed Care gekümmert haben, sind dabei auf den Listen der «Light»-Modelle aufgeführt. Andererseits fehlen Netzwerkärztinnen und -ärzte, die im Rahmen der Mitarbeit bei der echten Hausarztversicherung ihre Bereitschaft zu höherer Verbindlichkeit bewiesen haben, auf diesen Listen. Dies führt zur grotesken Situation, dass Netzwerkärztinnen und -ärzte von Patientinnen und Patienten angefragt und darauf hingewiesen werden, dass sie nicht auf der entsprechenden Liste aufgeführt sind; die Krankenkasse habe deshalb zu einem Arztwechsel geraten (Zitat)!
Auf Anfrage bestätigten höhere Krankenkassenfunktionäre, dass Ärztinnen und Ärzte, die in einem echten Hausarztversicherungsmodell mitarbeiten, selbstverständlich auch auf den Listen der tiefer verbindlichen Hausarztversicherung ohne Hausärztevertrag aufgeführt sein müssen. Die Listen wurden bisher noch nicht angepasst und die Agenturangestellten halten sich strikte daran, wie eine entsprechende Rückfrage ergeben hat.
4. Den Versicherungsprodukten mit hoher ärztlicher Verbindlichkeit (Budgetmitverantwortungsmodelle) werden Namen gegeben, die von Patientinnen und Patienten teilweise nicht verstanden und dementsprechend nicht wahrgenommen werden.

Forderungen der Ärztenetzwerke

- A) Budgetmitverantwortungsmodelle, Hausarztversicherungsmodelle im eigentlichen Sinn und Hausarztversicherungsmodelle ohne Hausärztevertrag sollen den Kundinnen und Kunden mit gut verständlichen Begriffen und unter Hinweis der entsprechenden Prämieinsparung kommuniziert werden (Transparenz).
- B) Die freie Wahl des Versicherungsproduktes durch die Kundinnen und Kunden darf weder durch unvollständige und fehlerhafte Listen, noch durch verwirrungsstiftende Bezeichnungen beeinflusst werden.
- C) Hausärztinnen und Hausärzte, die hohe Verbindlichkeiten einzugehen bereit sind, erscheinen auf den Listen von Versicherungsmodellen mit tieferer Verbindlichkeit selbstverständlich auch.
- D) Die Empfehlung zum Hausarztwechsel infolge unkorrekter Listen widerspricht Treu und Glauben einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit.
med-swiss.net erwartet deshalb von den Versicherern umgehend klare vertrauensbildende Signale an die Versicherten und an die Hausarztvereine und Ärztenetzwerke.
- E) med-swiss.net empfiehlt den Mitglied-Netzwerken, mit den Versicherern Verträge mit höherer Verbindlichkeit und entsprechenden gegenseitigen Qualitätsansprüchen abzuschliessen.

Vorstand med-swiss.net



Landschaft der Patientenorganisationen

Die Verwirrung um Begriffe wie Patienten-, Behinderten-, Betroffenen- und Selbsthilfeorganisationen ist beträchtlich. Die nachfolgende Systematisierung soll Klarheit schaffen, indem sie verschiedene Modelle von Patientenorganisationen in der Schweiz beschreibt. Die Anerkennung minimaler einheitlicher Kriterien ist eine Voraussetzung für eine bessere Vernetzung von Patientenorganisationen mit dem Ziel, Patienten- und Versichertenanliegen geeint und effizient zu vertreten.

**Heidi Schriber,
Vreni Vogelsanger**

Der Ausdruck «Patientenorganisation» wird verwendet als Oberbegriff für Organisationen, die sich für die Anliegen bestimmter Patientengruppen einsetzen oder diese vertreten. Patientenorganisationen können Betroffenenorganisationen im engeren Sinn sein, die von Betroffenen betrieben und verwaltet werden oder sie können Fachorganisationen (Patienten-Fachorganisationen) sein, die zusätzlich zu

den Betroffenen oder auch exklusiv Fachpersonen mit ihren Anliegen betrauen. Nicht immer sind die Organisationen klar der einen oder anderen Kategorie zuzuordnen. In ihrem Hauptauftrag und der Organisationsform sind aber klare Unterschiede beschreibbar. Praktisch alle Formen von Patientenorganisationen unterstützen heute so genannte Selbsthilfegruppen. Sie setzen sich für deren Tätigkeit ein, helfen bei der Koordination oder stellen eine Infrastruktur zur Verfügung. In der Form der Umsetzung gibt es aber Unterschiede.

Betroffenen- und Angehörigenorganisationen

In Betroffenen- und Angehörigenorganisationen vertreten direkt oder indirekt Betroffene ihre Anliegen gemeinschaftlich. Häufig bilden Angehörige eigene Organisationen, weil ihre Anliegen und Bedürfnisse nicht unbedingt mit jenen der direkt

«Häufig bilden Angehörige eigene Organisationen, weil ihre Anliegen und Bedürfnisse nicht unbedingt mit jenen der direkt Betroffenen übereinstimmen.»

Betroffenen übereinstimmen. Es lassen sich verschiedene Stufen von direkter, oft ehrenamtlicher Hilfe durch andere Betroffene bis hin zu einer professionalisierten Unterstützung der Selbsthilfe unterscheiden. Bezeichnend für diese Organisationen ist, dass Fachleute nur von direkt Be-



Heidi Schriber



Vreni Vogelsanger

troffenen beauftragt werden können, gewisse Funktionen oder die Vertretung von Anliegen zu übernehmen. Betroffenen- und Angehörigenorganisationen sind einerseits die Selbsthilfegruppen und andererseits die Selbsthilfeorganisationen:

Selbsthilfegruppen

In einer Selbsthilfegruppe schliessen sich Betroffene zusammen, denen

eine Krankheit oder ein Thema gemeinsam ist. Die Merkmale von Selbsthilfegruppen sind:

- Überschaubare Gruppengrösse
 - Regelmässige Treffen
 - Austausch über Erfahrungen und Know-how zum gemeinsamen Thema
 - Autonome Funktion und Selbstorganisation der Gruppen. Die Verantwortung wird gemeinsam getragen
 - Beteiligt sind nur aktive Mitglieder
 - Die Teilnahme erfolgt freiwillig und kostenlos, abgesehen von kleinen Spesenentschädigungen
- Es gibt über 2000 Selbsthilfegruppen zu den verschiedensten Themen in der Schweiz.

Selbsthilfeorganisationen

Selbsthilfeorganisationen verfügen über geregelte Strukturen und oft

«Die zentrale Weichenstellung und die inhaltliche Ausrichtung liegt bei den Betroffenen selber, durch direkte Mitarbeit oder durch klar geregelte Mehrheiten in Gremien.»

auch über eine Geschäftsstelle, die von Betroffenen selber oder in Zu-

sammenarbeit mit Fachpersonen geführt wird. Solche Organisationen entstehen in der Regel durch einen Zusammenschluss von Selbsthilfegruppen oder einzelnen Betroffenen mit dem Ziel, Synergien zu nutzen, das Angebot zu erweitern oder mehr Gewicht in der Interessensvertretung zu erhalten. Die zentrale Weichenstellung und die inhaltliche Ausrichtung liegt bei den Betroffenen selber, durch direkte Mitarbeit oder durch klar geregelte Mehrheiten in Gremien. Selbsthilfeorganisationen finanzieren sich durch Eigenleistungen, Projektbeiträge von aussenstehenden Institutionen oder durch Leistungsaufträge, etwa im Bereich der IV. Bei einer weiter gehenden Professionalisierung werden solche Organisationen zu Patienten-Fachorganisationen. Die Übergänge sind oft fliegend. Beispiele für Selbsthilfeorganisationen: VASK, Verein Equilibrium, Liga für Zeckenranke, Elternvereinigung für das herzkrankte Kind.

Patienten-Fachorganisationen und Gesundheitsligen

Patienten-Fachorganisationen sind Patientenorganisationen bei denen die Verantwortung für die Organisation und die inhaltlichen Schwerpunkte explizit bei Fachleuten liegt. Sie bieten spezifische Dienstleistungen für die jeweiligen Patientengruppen an und übernehmen eine fachliche und anwaltschaftliche In-

teressenvertretung von Patientenangelegen. Man unterscheidet themenorientierte und Selbsthilfeorientierte Patienten-Fachorganisationen:

Themenorientierte Patienten-Fachorganisationen

Themenorientierte Patienten-Fachorganisationen sind gemeinnützige Organisationen, die auf professioneller Basis Dienstleistungen erbringen für Menschen mit chronischen Gesundheitsschädigungen. Meist sind sie an den Schnittstellen von Gesundheits-

«Patienten-Fachorganisationen haben professionelle Strukturen und werden von Fachleuten geführt.»

und Sozialwesen tätig. Patienten-Fachorganisationen haben professionelle Strukturen und werden von Fachleuten geführt. Im Vergleich mit den Selbsthilfeorganisationen nehmen Fachorganisationen neben privaten eher auch öffentliche Aufträge wahr. Schwerpunkte haben diese Organisationen in der Information und Prävention, der Bewältigung der gesundheitlichen, finanziellen und sozialen Folgen der jeweiligen Erkrankungen und in der Rehabilitation. Teilweise setzen Patienten-Fachorganisationen zusätzliche Schwerpunkte durch eigene Forschungsprojekte oder durch die Unterstützung von Projekten zur Erforschung von Ursachen und Therapien schwerer Erkrankungen.

Themenorientierte Patienten-Fachorganisationen finanzieren sich in der Regel durch staatliche und private Geldmittel sowie national angelegte Spendenaktionen.

Beispiele für themenorientierte Patienten-Fachorganisationen: Lungenliga Schweiz, Alzheimer-Vereinigung, Krebsliga, Pro Infirmis, Pro Mente Sana.

Selbsthilfeorientierte Patienten-Fachorganisationen

Ein Unikum innerhalb der Patienten-Fachorganisationen stellt die

Kasten 1

Kriterien für die Anerkennung von Patientenorganisationen

Die Anerkennung von Patientenorganisationen nach einheitlichen Kriterien ist die Voraussetzung für eine geregelte Mitbestimmung und die Anerkennung der Patientenorganisationen als gleichberechtigte Partner im schweizerischen Gesundheitswesen. Der Vorschlag für mögliche Kriterien orientiert sich an Modellen in Holland, Belgien und Deutschland:

1. Dauerhafte und ideelle Förderung der Patienteninteressen oder der Selbsthilfe im Kontext von Gesundheit und Krankheit.
2. Den Ideen von Partnerschaft, Emanzipation und Solidarität sowie Nachhaltigkeit, Verbindlichkeit und Wirksamkeit verpflichtet.
3. Innere Ordnung nach demokratischen Grundsätzen.
4. Legitimation der Vertretung durch die angesprochenen Betroffenen.
5. Kantonal, regional oder national tätig und seit mindestens einem Jahr aktiv.
6. Sachgerechte Aufgabenerfüllung.
7. Unabhängigkeit und Neutralität. Offenlegung der Finanzierung.
8. Verfolgen von gemeinnützigen Zwecken und privatrechtliche Organisation.
9. Bereitschaft, sich an gesundheitspolitischen Meinungsbildungsprozessen zu beteiligen.

Kasten 2:

Wichtigste Dachorganisationen und Vernetzungsstrukturen

Die Vernetzung der Patientenorganisationen in der Schweiz besteht nur teilweise und gestaltet sich sehr unterschiedlich. Das bedeutet ein Hemmnis für die Effizienz und die Durchsetzung zentraler Anliegen für Patientinnen, Patienten, Behinderte und Versicherte. Die heute bestehenden Dachorganisationen sind meist historisch gewachsen und überschneiden sich teilweise in Bezug auf ihre Mitglieder wie auch ihres Auftrags. Die meisten von ihnen sind vorwiegend im Behindertenbereich aktiv.

GELIKO

Gesundheitsliegen-Konferenz: GELIKO ist ein Verein verschiedener schweizerischer Gesundheitsligen und anderer Organisationen zur Förderung der Zusammenarbeit und der Vertretung gemeinsamer Anliegen gegen aussen. Ihr gehören 21 Organisationen an. Die GELIKO betreibt eine professionelle Geschäftsstelle.

DOK

Dachorganisationen-Konferenz: In der DOK sind sämtliche Kreise der Behindertenhilfe und der Behindertenselbsthilfe der Schweiz vertreten. Sie setzt sich ein für die Chancengleichheit behinderter Menschen. Die DOK wiederum ist Mitglied der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft zur Eingliederung Behinderter, der noch andere Organisationen angeschlossen sind. Beide Organisationen betreiben eine professionelle Geschäftsstelle.

AGILE

Dachverband der Behinderten-Selbsthilfeorganisationen der Schweiz: Ziele sind die materiell gesicherte Existenz von Behinderten, ihre gesellschaftliche Integration sowie die Unterstützung einer selbstbestimmten Lebensweise. AGILE ist ein professionell geführter Verband mit Geschäftsstelle. Er umfasst rund 40 Mitgliederorganisationen.

SAPI

Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Patienteninteressen: Verein, getragen von Patientenorganisationen (Aktivmitglieder) und verwandten Organisationen aus dem Gesundheitswesen (meist Passivmitglieder, aber auch Aktive). Versteht sich als Plattform für Gedanken- und Wissensaustausch. Dazu gehören einzelne Patientenorganisationen aber auch Dachorganisationen, staatliche Stellen, Vertreter der Versicherer und weiterer patientenbezogener Institutionen.

Stiftung KOSCH dar, die eine professionelle Grundinfrastruktur für die Förderung von Selbsthilfegruppen anbietet. Ihr Arbeitsschwerpunkt ist die Selbsthilfe als solche. Zu diesem Zweck unterhält sie folgende Angebote:

- Inventar der Selbsthilfegruppen in der Schweiz
- Kontaktvermittlung für Interessierte
- Starthilfe und Beratung für Selbsthilfegruppen

- Vernetzung zwischen den Gruppen und mit dem fachlichen Umfeld
- Selbsthilfebezogene Fort- und Weiterbildung
- Öffentlichkeitsarbeit über die Selbsthilfe.

Patientenschutzorganisationen

Patientenschutzorganisationen haben zum Ziel, anwaltschaftlich Patientinnen und Patienten durch Unterstützung bei der Wahrnehmung ihrer

Rechte zu stärken. Zu diesem Zweck betreiben sie:

- Aufklärung und Beratung über Patientenrechte
- Beratung und Vertretung bei Konflikten zwischen Patienten und Leistungserbringern und/oder Versicherungen sowie bei Behandlungsfehlern
- Aktivitäten zur Behebung von Missständen im Gesundheitswesen
- Beobachtung des «Gesundheitsmarktes».

Patientenschutzorganisationen finanzieren sich durch Mitgliederbeiträge, Beratungshonorare, Erträge aus juristischen Aktivitäten, öffentliche und private Fremdmittel. Beispiele für Patientenschutzorganisationen: Schweizerische Patientenstellen, Schweizerische Patientenorganisation SPO. Nebenamtlich betätigt sich auch die Stiftung für Konsumentenschutz als Patientenschutzorganisation.

Das vollständige Dokument zu Patientenorganisationen kann bei Heidi Schriber bezogen werden. ■

Autorinnen:

Dr. Heidi Schriber

Coaching und Unternehmensentwicklung
Mühlebachstrasse 84
8008 Zürich
E-Mail: mail@heidischriber.ch

Vreni Vogelsanger

Stiftung KOSCH
Laufenstrasse 12
4053 Basel
E-Mail: v.vogelsanger@KOSCH.ch

Wettrüsten in der Spitzenmedizin?

Ein Gespräch mit dem GDK-Präsidenten, Regierungsrat Markus Dürr, über Spitzenmedizin und die Luzerner Trendtage Gesundheit im März 2006 zu diesem Thema.

Managed Care: Bereits der erste Kongress der Luzerner Trendtage Gesundheit fand ein beachtliches nationales Echo. Die zweite Austragung am 23. und 24. März 2006 befasst sich mit der hoch spezialisierten Medizin unter dem Aspekt Machbarkeit, Finanzierbarkeit und Ethik. Ist es nicht sehr ambitiös, ein so weites Feld wie die Spitzenmedizin unter diesen drei Gesichtspunkten in der Tiefe behandeln zu wollen?

Markus Dürr: Sicher ist dieses Ziel ambitiös. Spitzenmedizin wird aber zurzeit einseitig unter dem Gesichtspunkt diskutiert, welches Spital welche Angebote bereitstellen soll. An unserem Kongress legen wir das Schwergewicht bewusst nicht auf diese hoch politische Frage. Wir möchten vielmehr diskutieren, was Spitzenmedizin heute überhaupt bedeutet, und die Trends aufzeigen, ihren Nutzen, die Kosten, die Finanzierung und was wir uns in Zukunft noch leisten können und wollen. Denn gerade in der Spitzenmedizin droht sich die Schere zwischen Machbarkeit und Finanzierbarkeit immer weiter zu öffnen. Da ist es dringend notwendig, die absehbaren Entwicklungen interdisziplinär und offen zu diskutieren.

Zudem möchten wir den Blickwin-

kel erweitern. Am Beispiel der Rehabilitation soll aufgezeigt werden, welche Auswirkungen die Spitzenmedizin auf andere Disziplinen hat, und dass auch in weniger spektakulären Fachbereichen Spitzenleistungen erbracht werden.

MC: Auch wenn die regionale Verteilung der Spitzenmedizin nicht Schwerpunkt des Kongresses ist, wäre es interessant zu erfahren, wie die GDK¹-Agenda in dieser Frage aussieht. Welches sind die wichtigsten Aspekte und der aktuelle Stand dieses Projektes?

Dürr: Im Vordergrund stand und steht bis heute der Versuch der Kantone, eine gemeinsame Lösung für die Koordination und die Konzentration der Spitzenmedizin zu finden. Die Vorarbeiten dazu wurden vor fünf Jahren in Angriff genommen. Eine Expertengruppe hat die «Interkantonale Vereinbarung für die Koordination und Konzentration der hoch spezialisierten Medizin», die IVKKM, erarbeitet. Sie wurde am 24. November 2004, nach einer breiten Vernehmlassung und unter sorgfältiger Berücksichtigung der Vernehmlassungsantworten, von der Plenarversammlung der GDK einstimmig verabschiedet. Seither befindet sie sich im Ratifikationsprozess. Damit sie in Kraft tritt, müssten ihr mindestens 17 Kantone und alle fünf Standortkantone von Universitätsspitalern zustimmen. Bekanntlich hat aber bereits im Juli 2005 die Zürcher Kantonsregierung entschieden, der IVKKM nicht beizutreten. Das hat vielerorts grosses

Unverständnis und entsprechende Emotionen ausgelöst. Manche Stimmen forderten gar eine «Bundeslösung». Trotzdem hat die Plenarversammlung der GDK an ihrer Herbsttagung beschlossen, weiterhin eine interkantonale Lösung anzustreben. Das Konkordat soll überarbeitet und wichtige Forderungen von Zürich sollten berücksichtigt werden. Gleichzeitig hat die Zürcher Regierung ein eigenes Gutachten in Auftrag gegeben, welches zu gewissen Fragen bei der Planung der Spitzenmedizin nochmals Stellung nehmen soll. Im Frühjahr 2006 wird der Vorstand der GDK die revidierte IVKKM und allfällige Ergebnisse des Zürcher Gutachtens prüfen und über das weitere Vorgehen entscheiden.

MC: Zürich fordert eine Konzentration der Spitzenmedizin auf zwei Zentren in der Schweiz und beansprucht für sich eine Monopolstellung in der Deutschschweiz. Hingegen bevorzugen die GDK und insbesondere auch die Universitätskantone Basel-Stadt, Basel-Landschaft, Bern, Genf und Waadt eine so genannte Netzwerklösung. Stehen sich hier zwei unvereinbare Forderungen gegenüber?

Dürr: Der Zürcher Anspruch ist meines Erachtens eine Maximalforderung, die in dieser Form wahrscheinlich gar nicht realisierbar ist. Um die notwendigen zusätzlichen Kapazitäten zu schaffen, müsste Zürich enorme Investitionskosten auf sich nehmen und würde zu einer Massenuniversität, was dem Trend nach schlanken und kompetitiven Eliteuniversitäten nach angelsächsischem Vorbild diametral entgegentläuft. Ich verstehe die Zürcher Forderung des-

¹ Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren

halb eher als eine Verhandlungsposition. Das gehört nun einmal zur Politik. Wichtig ist, dass man in Gesprächen und Verhandlungen wieder einen gemeinsamen Weg findet und konstruktiv nach mehrheitsfähigen und pragmatischen Lösungen sucht. In Zukunft wird Zürich in der Arbeitsgruppe zur Überarbeitung der IVKKM teilnehmen, und die GDK wird in der Begleitgruppe des Zürcher Gutachtens vertreten sein. Ich werte dieses gegenseitige Entgegenkommen als Zeichen einer sich anbahnenden konstruktiven Zusammenarbeit und bin deshalb noch immer optimistisch, dass sich die Kantone einigen werden. Es ist schliesslich in ihrem ureigensten Interesse.

Zur Person

Markus Dürr ist seit 1999 Regierungsrat des Kantons Luzern als Vertreter der CVP und steht dem Gesundheits- und Sozialdepartement vor. 2004 wurde Markus Dürr Präsident der Gesundheitsdirektorenkonferenz. Weitere Funktionen nimmt er wahr als Mitglied des Institutsrats Swissmedic, als Präsident der Kommission zur Koordination der Spitzenmedizin und Präsident des Forums Gesundheit Luzern.



MC: Was ist heute unter Spitzenmedizin zu verstehen?

Dürr: Der Begriff Spitzenmedizin täuscht eine Entität vor, die es eigentlich gar nicht gibt. Vielmehr werden hier zum Teil sehr unterschiedliche Bereiche der Medizin zu-

sammengefasst: seltene oder schwierige Eingriffe, spektakuläre oder virtuose Leistungen, teure Apparate, komplexe Abklärungs- und Therapiemodalitäten, interdisziplinäre Teams, bio- und medizintechnische Innovationen, neue Technologien usw. In all diesen Bereichen stellen sich sehr spezifische Probleme, die sich mit der Zeit auch stark verändern können. Was gestern Spitzenmedizin war, ist heute oft Routine oder sogar überholt.

MC: Welches sind neben der Verteilungsfrage die vorrangigsten Probleme in der Spitzenmedizin?

Dürr: Aus Sicht der Politik und der Gesundheitsdirektoren spielen vor allem die Fragen der Qualität, der Sicherheit und – wie könnte es anders sein – der Kosten eine zentrale Rolle. Wir sind daran interessiert, mit den verfügbaren Ressourcen, die naturgemäss limitiert sind, einen möglichst grossen Nutzen für die Patienten zu stiften. Diese Fragestellung betrifft zwar alle Bereiche der Medizin, ist aber für die hoch spezialisierte Medizin besonders dringlich. Viele neue medizinisch anwendbare Technologien erreichen zurzeit die Marktreife. Damit eröffnen sich nicht nur neue, an sich sehr erfreuliche Diagnose- und Therapiemöglichkeiten, es werden auch zusätzliche, zum Teil erhebliche Kosten generiert. Leider verfügen wir (noch) über keine Instrumente, um den Grenznutzen von neuen Leistungen oder Produkten zuverlässig zu bewerten. Viele neue Produkte, welche die Laborwerkstatt verlassen, befinden sich auch bei der Einführung in die Klinik noch im experimentellen Stadium. Es ist deshalb ausserordentlich wichtig, dass diese Pro-

2. Luzerner Trendtage Gesundheit

Donnerstag 23. und Freitag 24. März 2006
KKL Luzern

Herausforderung hoch spezialisierte Medizin Machbarkeit – Finanzierbarkeit – Ethik

Tagungsprogramm

Die 2. Luzerner Trendtage Gesundheit widmen sich der hoch spezialisierten Medizin. Das Thema ist heute eine der grössten Herausforderungen im Gesundheitswesen. Gerade in der Spitzenmedizin droht sich die Schere zwischen Machbarkeit und Finanzierbarkeit immer weiter zu öffnen. Da ist es dringend notwendig, die absehbaren Entwicklungen interdisziplinär und offen zu diskutieren. Der Kongress will dazu einen Beitrag leisten. Am Beispiel der Rehabilitation und der Onkologie soll zudem aufgezeigt werden, welche Auswirkungen die Spitzenmedizin auf andere Disziplinen hat und dass auch in weniger spektakulären Fachbereichen Spitzenleistungen erbracht werden.

Veranstalter

Träger der Veranstaltung ist das im Frühjahr 2004 gegründete Forum Gesundheit Luzern. Es steht unter dem Vorsitz des Luzerner Regierungsrats Dr. Markus Dürr. Der Verein ist bestrebt, die Luzerner Trendtage Gesundheit alljährlich durchzuführen. Er steht all jenen interessierten Kreisen zur Mitgliedschaft offen, welche die Ziele des Vereins unterstützen.

Vereinsmitglieder erhalten einen reduzierten Tarif und sind zum Rahmenprogramm mit Nachtessen am Donnerstagabend, 23. März 2006 im Planetarium / Verkehrshaus der Schweiz eingeladen.

Credit-Points

SGPG, SGMO, SGPMR, SRO

Information und Anmeldung

Forum Gesundheit Luzern
Horwerstrasse 87
CH-6005 Luzern
Tel. ++41 41 318 37 97
Fax ++41 41 318 37 10
info@trendtage-gesundheit.ch
www.trendtage-gesundheit.ch

Anmeldeschluss ist der 20. März 2006



dukte in einem dafür geeigneten Umfeld eingeführt werden und von Anfang an nach wissenschaftlich etablierten Standards geprüft und weiterentwickelt werden können. Davon hängt ab, ob die Produkte auch unter qualitativ hoch stehenden Bedingungen angeboten werden können.

MC: Bisher war aber fast nur von der Transplantationsmedizin und von einer föderalistischen Verteilung die Rede. Weshalb?

Dürr: Einerseits ist das verständlich, weil die Transplantationsmedizin

sehr deutliche und auch emotionsgeladene Vorstellungen hervorruft. Andererseits ist das bedauerlich, weil Organtransplantationen in der Schweiz seit etwa 40 Jahren und im internationalen Vergleich auf hochstehendem Niveau durchgeführt werden. Die Transplantationsmedizin ist also kein Problemfall, der am dringendsten angegangen werden müsste. Leider hat eine Koinzidenz verschiedener Vorkommnisse im Bereich der Herztransplantation die Sichtweise stark verzerrt. Ich bin aber zuversichtlich, dass wir die politischen Differenzen jetzt rasch be-

reinigen können und uns wieder den wesentlichen Fragen zuwenden können. Die Zeit drängt. Wenn keine Regelung zustande kommen sollte, wird unweigerlich ein Wettrennen der Universitäts- und Zentrums-spitäler einsetzen. Daran wäre an sich nichts auszusetzen, wenn uns das als Steuer- und Prämienzahler nicht teuer zustehen kommen würde. ■

«Mit Schauspielerpatienten das perfekte Zusammenspiel üben»

Interview mit Werner Widmer, Stiftungsdirektor Diakoniewerk Neumünster, Schweizerische Pflegerinnenschule, zur Rolle der Pflege im Spital der Zukunft.

Managed Care: Welches sind die dringendsten Anliegen in der Pflege aus Ihrer Sicht?

Werner Widmer: Während zwei oder drei Jahrzehnten hat man nun versucht, Professionalität in der Pflege durch Abgrenzung zu suchen, gegenüber den Ärzten, aber auch den Patienten, und sich emotional nicht hineinziehen zu lassen in das Schicksal der Patienten. Nun ist es an der Zeit, menschliche Zuwendung wieder als Teil der Professionalität zu verstehen. Patienten wollen nicht nur technisch perfekt gepflegt werden, sie wünschen sich auch Zuwendung und menschliche Nähe. Das brauchen Menschen in einer Krise, wie sie Krankheit darstellt. Das finde ich sehr wichtig.

MC: An wem sollten sich die Pflegenden stärker orientieren, am Arzt oder Patienten?

Widmer: Am Patienten, und nur am Patienten, zusammen mit dem Arzt und anderen Mitarbeitenden des Spitals. Im Mittelpunkt steht der Patient, und ihm gegenüber hat das Spital einen Auftrag. Er soll die Behandlung koordiniert und einheitlich erleben und nicht als Behandlung von vier oder fünf getrennten Berufsgruppen. Es handelt sich um die Integrationsleistung, die erbracht

werden muss, vom Spitaleintritt bis zum Austritt im Sinn von Managed Care.

MC: Das bedeutet, die Koordination im Spital von heute ist nicht optimal?

Widmer: Die Koordination ist dem Patienten überlassen: Er ist der Einzige, der den Überblick hat! Das kann und darf es ja wohl nicht sein. Das Zusammenbauen jedes Automotors läuft koordinierter ab als die Behandlung eines Patienten im Spital.

MC: Welche Rolle haben die Pflegenden bei Managed Care?

Widmer: Diese Rolle ist noch nicht definiert. Die Pflegenden wären ein Teil der Kette von Managed Care. Aber so verstehen die Leute ihre Arbeit noch nicht. Es ist ein Prozess, der quer durch alle Berufsgruppen verlaufen muss. Das Bewusstsein «Ich arbeite nicht in der Hierarchie, sondern bin Teil des Patientenprozesses» würde das Denken um 90 Grad verändern.

MC: Aber die Ärzte sind den Pflegenden übergeordnet, das entspricht der Realität?

Widmer: Die Hierarchie- und Machtverhältnisse im heutigen Spital sind ein Abbild der bisherigen Entwicklung. Dass die Ärzte immer noch oben sind, hängt auch damit zusammen, dass viele Pflegenden die Ärzte immer noch oben sehen. Die Ärzte erhalten ihre Stellung quasi zugesprochen.

MC: Gerade in Spitälern herrscht deshalb eine streng geordnete Hierarchie.

Widmer: Ja, aber die hierarchischen Unterschiede lenken vom Wesentlichen ab. Es ist wünschenswert, dass von Seiten der Ärzte, aber auch von Seiten der Pflegenden die Hierarchie eines Tages im Hintergrund steht. Jeder bringt seine eigene Fachkompetenz in das Team ein, und gleichzeitig schätzt, integriert und respektiert er die der anderen.

MC: Das entspricht einem angestrebten Ideal, doch wie lassen sich solche subtile, auch zwischenmenschliche Aspekte der Zusammenarbeit in der Realität umsetzen?

Widmer: Das müsste schon bei der Ausbildung beginnen. Bis jetzt werden Ärzte und Pflegenden völlig getrennt ausgebildet, das ist Unsinn. Das wäre, als wenn in einer Fussballmannschaft Stürmer und Verteidiger getrennt trainieren würden und erst bei einem Match gemeinsam auf dem Spielfeld stünden. So kann es doch kein Zusammenspiel geben. Aber im Spital wird immer erst im Ernstfall gemeinsam trainiert. Während der ganzen Ausbildung wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit nie thematisiert, geschweige denn im Rollenspiel geübt und trainiert. Erst im «Ernstfall Patient» findet dann live zum ersten Mal ein Zusammenspiel statt.

MC: Wäre es eine Lösung, Pflegenden und Ärzte gemeinsam auszubilden?

Widmer: Sehr gut finde ich, dass jetzt im Bildungszentrum Careum¹ in Zürich tatsächlich geplant ist, be-

¹ Das Careum Bildungszentrum bietet im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich Ausbildung für Pflege- und weitere Gesundheitsberufe auf der Stufe Höhere Fachschule und Berufsfachschule an.

Zur Person

Dr. rer. pol. Werner Widmer verfügt über langjährige Berufserfahrung als Spitaldirektor (unter anderen Bürgerhospital Solothurn, Universitätsspital Zürich) und kennt die Situation von Pflegenden. Werner Widmer ist Stiftungsdirektor der Stiftung Diakoniewerk – Schweizerische Pflegerinnenschule in Zollikerberg bei Zürich und interimistisch für die administrative Führung des Kantonsspitals Bruderholz (BL) verantwortlich.



zogen. Aber gemäss dem damaligen Rollenverständnis von Mann und Frau dominierte der Mann auch dann, wenn die Frau Eigentümerin eines Spitals war. Heute wäre das anders. Wenn eine Gruppe von Pflegenden sich entschliessen könnte, ein Spital zu führen und Belegärzte zu engagieren, dann sollte das ausprobiert werden. Ich bin sowieso der Meinung, dass nicht alle Spitäler gleich geführt werden müssen. Es sollte verschiedene Führungsstrukturen geben, denn anhand der Vielfalt lassen sich Optionen für die Zukunft erkennen. ■

stimmte Module der Medizinstudierenden mit Pflegenden der höheren Fachschule Pflege zu kombinieren. Begonnen hat die Zusammenarbeit mit einer gemeinsamen Bibliothek, doch entscheidend sind praxisbezogene Ausbildungsmodulare, die in gemeinsamem Unterricht vermittelt werden im Hinblick auf das spätere Zusammenspiel.

Um das Gelernte realistisch zu üben, müsste man wohl einen Schritt weiter gehen. Dazu bräuchte es ein «Trainingsspital», wo Ärzte, Pflegenden, Hotellerie-Angestellte und Physiotherapeuten mit Schauspielerpatienten das perfekte Zusammenspiel üben können. So liessen sich etwa auch interkulturelle Aspekte wunderbar mit Schauspielerpatienten üben. Aber leider gibt es kein Testgelände für Spital-Mitarbeitende.

MC: Manche Pflegenden sehen eine Verbesserung ihrer beruflichen Stellung in der Selbstständigkeit. Wäre das eine Option?

Widmer: Ich frage mich, warum der SBK² nicht schon längst den Mitgliederbeitrag etwas erhöht hat, um sich mit dem Geld ein Spitalgebäude zu mieten. Ein Spital, das dann von den Pflegenden selbstständig geführt würde, nach den Vorgaben und Idealen der Pflegenden. Sie hätten das Sagen im Spital, könnten Ärzte als Belegärzte holen, wie dies Privatkliniken tun. Ein solches Realexperiment wäre sehr interessant, um zu beobachten, ob es dann tatsächlich besser läuft.

MC: Das bedeutet, in einem solchen Spital würden die Ärzte von den Pflegenden angestellt?

Widmer: Das gab es schon vor mehr als hundert Jahren bei den Diakonissen und Ordensfrauen. Sie haben Spitäler geführt und die Ärzte beige-

Interview:
Karin Diodà

Redaktion «Managed Care»

² Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

Mehr Ärztinnen in Grosspraxen

Unter welchen Bedingungen Ärzte arbeiten, hängt unter anderem von ihrer Lebenssituation ab, aber auch vom Geschlecht. Wie sich diese Faktoren auf die Arbeitszufriedenheit auswirken, hat eine Soziologie- und Wirtschaftsstudentin in ihrer Lizenziatsarbeit untersucht.

Maja Mylaeus-Renggli

Neue Praxismodelle in der ambulanten Versorgung im Sinn von Managed Care sind vor allem mit Blick auf wirtschaftliche Aspekte entwickelt worden. Bereits der Soziologe Eliot Freidson hat die verschiedenen Praxisformen hinsichtlich ihres Autonomiegrades untersucht. [1] Eliot kommt zum Schluss, dass das klassische Einzelpraxismodell im Wettbewerb nicht überlebensfähig sei. Ein Teil der Autonomie müsse geopfert werden, um mehr Sicherheit durch Teamanschluss, finanzielle Absicherung, höhere Patientenzahl und besseres Zeitmanagement zu erhalten.

Neue Ansprüche

Da der Autonomieanspruch innerhalb der Medizin hoch ist [1, 2] und eine Wettbewerbssituation im Gesundheitswesen fehlt, konnte sich in der Schweiz die Einzelpraxis als klassisches Modell durchsetzen. Mit den neuen Ansprüchen gewinnen nun aber andere Praxismodelle zu-

nehmend an Bedeutung. Ein wesentlicher Erfolgsfaktor stellt bei allen Reformen die Mitarbeit der Betroffenen dar. Wenn die Ärzte mit dieser Reform einen Prestigeverlust ihrer Arbeit verbinden, kann sich das negativ auf die Arbeitszufriedenheit auswirken. Diese ist letztlich jedoch von Bedeutung, angesichts der Auswirkungen auf Qualität und Kosten im Gesundheitswesen.

Genderspezifische Unterschiede

In ihrer Lizenziatsarbeit stellt die Autorin unterschiedliche Arbeitsbedingungen in Zusammenhang mit drei sozialen Rollen (Beruf, Partner, Elternschaft) und überprüft deren Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit. Verglichen werden dabei die vier Untergruppen Eltern mit

«Wenn die Ärzte mit dieser Reform einen Prestigeverlust ihrer Arbeit verbinden, kann sich das negativ auf die Arbeitszufriedenheit auswirken.»

Vorschulkindern, Eltern mit Schulkindern, Paare und Alleinstehende sowie die Geschlechtszugehörigkeit. Die Resultate der oben erwähnten Studie belegen genderspezifische Unterschiede bei den Arbeitsbedingungen, die in der jeweiligen Familiensituation begründet sind. Am deutlichsten erkennbar ist dies bei der Berufsrolle, die sich bei Ärztinnen komplementär zu den familiären Verpflichtungen verhält.



Maja Mylaeus-Renggli

Rollenvielfalt als Lebenskonzept

Besonders auffallend ist dies bei der Untergruppe mit kleinen Kindern, die vorwiegend von den Müttern betreut werden. Aber auch die durchschnittliche Arbeitszeit der Ärztinnen in den anderen Untergruppen bleibt stets unterhalb derjenigen der Ärzte. Sobald Ärztinnen in einer Paarbeziehung leben, findet eine Umlagerung vom beruflichen zum häuslichen Bereich statt. Bei diesem Ergebnis verstärkt sich die Vermutung, dass Frauen Rollenvielfalt als Lebenskonzept wählen.

Praxisgrösse, Eigentumsverhältnis, Versicherungsform und Anstellungsverhältnis sind die Indikatoren des Arbeitsettings. Drei der vier Indikatoren werden in *Tabelle 1* mit dem Geschlecht, der Arbeitszeit und dem Alter der befragten Ärztinnen und Ärzte korreliert.

Mehr Ärztinnen in Grosspraxen

Je jünger die Ärztin oder der Arzt und je geringer die Arbeitszeit, desto

Tabelle 1:

Korrelation zwischen Geschlecht, Arbeitszeit, Alter und Settingsvariablen (N = 608)

Spearman's rho Korrelation

	Geschlecht ¹	Arbeitszeit	Alter
Praxisgrösse ²	0,22**	-0,29**	-0,27**
Wem gehört die Praxis? ³	0,25**	-0,36**	-0,27**
Anteil klassischer Versicherungsform	-0,06	0,12**	0,09*

** p < 0,01

¹ 1 = Ärzte; 2 = Ärztinnen

² Praxisgrösse: 1 = Einer-, 2 = Zweier-, 3 = Gruppenpraxis

³ Wem gehört die Praxis?: 1 = mir, 2 = mir und anderen Ärzten, 3 = AG/Genossenschaft, 4 = anderen

Tabelle 2:

Eigenschaftsgrad der Praxis (N = 608)

	Ich bin Eigentümer	Mir und weiteren Ärzten	Mir über AG oder Genossenschaft	anderen	Total
Ärzte	289	118	11	32	450
%	64,2	26,2	2,4	7,1	100
Ärztinnen	46	50	2	30	128
%	35,9	39,1	1,6	23,4	100
Total	335	168	13	62	578

Keine Angabe = 30; Cramer's V = .28; p < 0,001; minimal erwartete Häufigkeit 2,88

figuration sind keine Aussagen möglich, da in der vertieften Stichprobe aus methodologischen Gründen moderne Praxisformen überproportional vertreten sind.)

Unterstützung durch das Umfeld

Bei der Dimension «Umfeld» wurde die Zeiteinteilung für den Beruf und den Haushalt bei den Befragten und

«Sobald Ärztinnen in einer Partnerschaft leben, findet eine Umlagerung vom beruflichen zum häuslichen Bereich statt.»

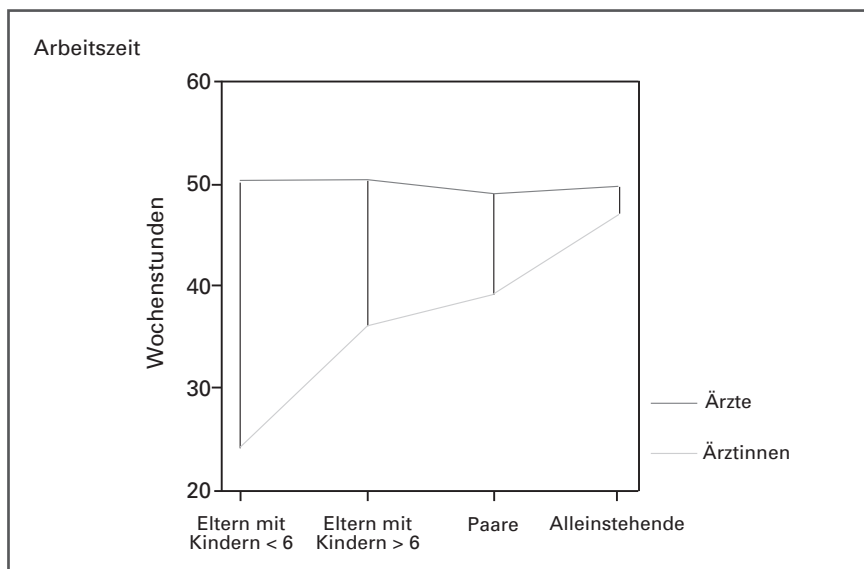
ihren Partnern erhoben. Durch ihre Zeiteinteilung beeinflussen Ärztinnen die Gesamtzeit, die vom Paar in die einzelnen Bereiche investiert wird und bewirken eine Abweichung von der traditionellen Rollenverteilung, weil beim Partner keine entsprechende Umlagerung von Beruf zu Haushalt stattfindet. Es fehlt Ärztinnen dadurch an zeitlicher Unterstützung durch den Partner im Haushalt, wie sie ihre männlichen Kollegen haben. Bei der Frage nach

«Die Arbeitszufriedenheit hängt offenbar eng mit der Übereinstimmung von Realität und Vorstellung zusammen.»

der empfundenen Unterstützungsleistung durch den Partner sowie das Umfeld fällt auf, dass die Ärztinnen mit Schulkindern angeben, gute praktische Unterstützung durch das Umfeld zu erhalten. Demgegenüber weisen ihre Kollegen in der gleichen Untergruppe (mit Schulkindern) die tiefsten Werte aus. Inwieweit diese aber Unterstützung vermissen, ist unklar.

Wunsch nach Veränderung

Ergänzend zur Arbeitszufriedenheit wurde nach Veränderungswünschen in der Zeiteinteilung zwischen Beruf



eher arbeitet sie oder er in einer grossen Praxis, die nicht oder nur teilweise ihr oder ihm gehört. Werden die Ergebnisse bei der Berufsrolle berücksichtigt, erstaunt es wenig, dass prozentual mehr Ärztinnen in Grosspraxen arbeiten, an denen sie nur teils oder gar nicht beteiligt sind (vergleiche Tabelle 2). Auch beim

Arbeitsverhältnis zeigt sich ein genderspezifischer Unterschied, wenn auch die Mehrheit selbständig ist (5,4% der Ärzte gegenüber 15,4% der Ärztinnen sind angestellt). Diese Ergebnisse lassen darauf schliessen, dass innovative Praxismodelle den gewünschten Teilpensen der Ärztinnen besser entsprechen. (Zur Rollen-

Kasten

Nationalfonds-Studie

Die Studie «Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit von Ärzten in unterschiedlichen Praxismodellen der Grundversorgung» (ARAZ) wurde vom Soziologen Prof. Dr. Peter C. Meyer geleitet. Sie ist Teil des Nationalfonds-Projektes (NFP) 45 «Sozialstaat». Ziel der Studie war herauszufinden, ob bestimmte Arbeitsbedingungen zu mehr oder weniger Arbeitszufriedenheit führen als andere. Unter dem Aspekt Arbeitssetting werden dabei innovative Praxisformen der traditionellen Einzelpraxis gegenübergestellt. Das Datenmaterial beruht auf zwei Erhebungen vom November 2001 bis August 2002. Die Stichprobe für die vertiefte Befragung (n=132) ist eine Teilmenge aus der vorgängig durchgeführten und anschliessend erweiterten Vollerhebung (n=608), die hauptsächlich Ärzte und Ärztinnen aus der Grundversorgung im Kanton Zürich berücksichtigt. Da eine selektive Rekrutierung vorliegt, hat sie keinen repräsentativen Charakter.

Im Rahmen dieser Studie ist eine Lizenzatsarbeit entstanden, die genderspezifische Unterschiede bei den Arbeitsbedingungen und der Arbeitszufriedenheit untersucht. Der vorliegende Artikel ist ein Auszug aus dieser Lizenzatsarbeit.

und Hausarbeit sowie nach der allgemeinen Lebenszufriedenheit gefragt. Trotz grosser Unterschiede bei den Arbeitsbedingungen sind Ärztinnen und Ärzte mit den Arbeitsbedingungen ähnlich zufrieden und die berufliche Tätigkeit wird

von beiden Geschlechtern gleich gut bewertet.

Der grösste Unterschied ist beim Wunsch nach Veränderung auszumachen. Bei Ärztinnen mit kleinen Kindern dominiert der Wunsch nach Entlastung im Haushalt. Hingegen wünschen Ärztinnen mit grossen oder keinen Kindern, wie auch ihre männlichen Berufskollegen, eine

«Innovative Praxismodelle ermöglichen vor allem Ärztinnen, ihr Ziel, Familie und Beruf in Einklang zu bringen, zu erreichen.»

markante Reduktion der Arbeitszeit. Ärztinnen mit älteren Kindern wünschen als einzige Untergruppe, die zeitliche Belastung sowohl zuhause wie im Beruf zu reduzieren, was auf einen zeitlichen Konflikt zwischen den beiden Rollen schliessen lässt. Offenbar fühlen sie sich in beiden Rollen – die der Ärztin und die der Mutter – zeitlich unter Druck. Alleinstehende Ärztinnen geben den grössten Zeitmangel im häuslichen Bereich an.

Die Arbeitszufriedenheit hängt offenbar eng mit der Übereinstimmung von Realität und Vorstellung zusammen. Die genderspezifische Sozialisation stellt an Frauen andere Anforderungen als an Männer, weshalb sie bemüht sind, die gegenläufigen Bereiche von Familie und Beruf

zu verbinden. Von ihren Partnern erhalten sie dabei wenig zeitliche Unterstützung und nutzen die veränderten Strukturen der innovativen Praxismodelle stärker. Ärzte wiederum konzentrieren sich grundsätzlich auf die Berufsrolle. Dies führt zu unterschiedlichen Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten, die jedoch keine wesentlichen Differenzen bei der Arbeitszufriedenheit bewirken. Die Befunde der Studie zeigen, dass die Arbeitszufriedenheit stark an das Erreichen von Zielen gekoppelt ist. Entsprechend werden die Arbeitsbedingungen gewählt. Noch sind Ziele und Arbeitsbedingungen genderspezifisch geprägt. Innovative Praxismodelle ermöglichen vor allem Ärztinnen, ihr Ziel, Familie und Beruf in Einklang zu bringen, zu erreichen. Aber der Wunsch der Ärzte nach einer Entlastung im beruflichen Bereich könnte ein vermehrtes Interesse an Grosspraxen zur Folge haben. ■

Autorin:
Maja Mylaeus-Renggli
 Hostatt
 6365 Kehrsiten
 E-Mail: maja@mylaeus.ch

Literatur:

1. Freidson E.: *Profession of Medicine*. Chicago, University of Chicago Press; 1988.
2. Guptill Warren M., Weitz R., and Kulis S. (1998). *Physician Satisfaction in a Changing Health Care Environment: The Impact of Challenges to Professional Autonomy, Authority, and Dominance*. *Journal of Health and Social Behavior* 1998; 39: 356-367.

Das Gesundheitswesen der Zukunft besser steuern

Jeder Bürger konsumiert als Patient und Versicherter medizinische Leistungen und hat als (vermeintlich) informierter Patient bestimmte Vorstellungen vom Gesundheitswesen. Doch wird dieses den jeweiligen Vorstellungen nicht immer gerecht. Wie das Gesundheitswesen die Hauptakteure Bürger, Patienten und Versicherte besser integrieren könnte, war Thema der 8. Tagung des Forums Santé-Gesundheit in Interlaken.

Karin Diodà

Zwischen Brienzer und Thuner See, vor einer Bergkulisse, die Touristen und Unterländer gleichermaßen beeindruckt, trafen sich am 19. Januar 2006 Akteure des Gesundheitswesens aus der deutsch- und französischsprachigen Schweiz. Dabei wurden Tatsachen und Meinungen über «Das Gesundheitswesen im Zeitalter des konsumierenden Patienten» diskutiert und, von Seiten der Arbeitsgruppe Forum Santé-Gesundheit, konkrete Vorschläge unterbreitet.

Verändertes Verhalten

Zur Debatte stand der Patient von heute, der Bescheid weiss oder zu-



Die Teilnehmenden hörten nicht nur aufmerksam zu, sie stimmten auch über die Vorschläge der Arbeitsgruppe Forum Santé-Gesundheit ab.

mindest glaubt, Bescheid zu wissen, weil Informationen leicht zugänglich sind, besonders über das Internet. Auch das Verhalten des Patienten verändert sich, er entwickelt sich immer mehr zu einem Konsumenten von Gesundheit. Er ist informiert, er

«Auch das Verhalten des Patienten verändert sich, er entwickelt sich immer mehr zu einem Konsumenten von Gesundheit.»

konsumiert und möchte etwas für sein Geld erhalten.

Verhielte sich der Patient rational, würde er idealerweise seine Risiken und Gesundheitsausgaben einschränken und für die Pflege die am

nächsten gelegene, günstigste und leistungsfähigste Variante wählen. Dem ist aber nicht so, denn die Vorstellungen von Gesundheit und Gesundheitswesen sind in der Bevölkerung keineswegs einheitlich, sondern beeinflusst durch die finanziellen Verhältnisse, Alter, Wohnort und den kulturellen Hintergrund der jeweiligen Person.

Information und Werbung unterscheiden

Die Arbeitsgruppe Forum Santé-Gesundheit hat sich mit der Frage befasst, wie das Gesundheitswesen die Patienten besser in die Gesundheitsprozesse integrieren könnte, damit die Leistungen bedürfnisgerechter erbracht werden können. So stellt André Dubied, Apotheker und Mitglied der Arbeitsgruppe, ein Manko an Informationen für den Patienten fest, trotz der zahlreichen Informati-



Abbildung: Vorschlag zur Förderung einer besseren Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringer und Patient.

onsquellen, die öffentlich verfügbar sind. Dabei spielen Informationen bei der Zusammenarbeit und Interaktion von Beteiligten im Gesundheitswesen eine zentrale Rolle. Es sei deshalb entscheidend, den Patienten ihre Rechte und Pflichten darzulegen, ihnen sichere und qualitativ einwandfreie Informationsquellen zur Verfügung zu stellen. Weiter müsste klar unterscheidbar sein, ob es sich um Werbung oder Informationen handelt.

Wie sich Patienten orientieren

Catherine Roulet von der Arbeitsgruppe zeigte in ihrer Präsentation auf, wie sich ein hilfeschender Patient Informationen beschafft. Die Studie «The Future Patient»¹ zeigt, wie wichtig der soziale Kontakt für die medizinische Entscheidungsfindung ist. So suchen 74 Prozent der Befragten Informationen primär individuell und in der sozialen Umgebung. 45 Prozent der Patienten wenden sich an eine medizinische Fachperson, 11 Prozent an die Versicherungsgesellschaften und nur 4 Prozent an spezialisierte Organisatio-

nen (es waren Mehrfachnennungen möglich). Weiter gilt es zu berücksichtigen, dass sich die Beziehung zwischen Arzt und Patient in den letzten Jahren verändert hat. Die «ärztliche Bevormundung» wurde durch zunehmend aktive Patienten ab-

«Eine solche Dachorganisation würde den Patienten eine effektive Vertretung bieten, die den Fachorganisationen äquivalent ist und den Dialog mit den anderen Akteuren fördert.»

gelöst. Ein Vorschlag für die Förderung der Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringer und Patient ist in der *Abbildung oben* dargestellt.

Fünf selbstkritische Fragen

Die veränderte Situation stellt Ansprüche an die Kommunikation zwischen der medizinischen Fachperson und dem Patienten, unterstreicht Referent Martin Lysser von der Forum-Arbeitsgruppe. Es gäbe zwischen Arzt und Patient immer wieder



Catherine Roulet, westschweizerische Konsumentenvereinigung FRC



André Dubied, Leiter der Apotheke am Kantonsspital Baden



Martin Lysser, Leiter Pflege Informatik, Universitätsspital Zürich

¹ Universitätsinstitut für Sozial- und Präventivmedizin und Universität Zürich, 2003: The Future Patient in Switzerland. Studienheft der SGGP (Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik) Nr. 72, D. 44.

Dinge, die nicht ausgesprochen würden oder Dinge, zu denen der Patient keine Informationen erhält. Auf der anderen Seite steht der Patient mit seinen Vorstellungen und Erwartungen und will ernst genommen werden. Für eine bessere Zusammenarbeit zwischen medizinischer Fachperson und Patient stellt die Arbeitsgruppe Forum Santé-Gesundheit fünf Fragen vor, die sich Fachleute selbstkritisch stellen können:

- Fördern die Werte des Patienten den Erhalt seiner Gesundheit?
- Sind wir bereit für ein offenes Gespräch?
- Sind wir bereit, unsere Überzeugungen zu hinterfragen?
- Sind wir bereit, neue Denkweisen zu akzeptieren, und zwar auch in unseren Routinetätigkeiten?
- Streben wir alle das Ziel der langfristigen Erhaltung der Gesundheit an?

Konkrete Vorschläge

Die Arbeitsgruppe Forum Santé-Gesundheit unterbreitet konkrete Vorschläge für mehr Zufriedenheit, Sicherheit und Gesundheit und letztlich für mehr Effizienz im Schweizer Gesundheitswesen. Als Massnahme für verbesserte Informationen schlägt sie die Publikation eines offiziellen, neutralen Gesundheitsführers vor sowie eine Zertifizierung von Internetseiten, die Informationen über die Gesundheit anbieten. Um den Dialog wirkungsvoll zu fördern, braucht es die Unterstützung von Partnerschaften im Gesundheitswesen, ebenso wie eine

Forum Santé-Gesundheit

Gegründet 1998, setzt sich das Forum für eine nachhaltige Entwicklung des Gesundheitswesens ein. Dabei handelt es sich um eine Partnerschaft zwischen der Gruppe Médicometrie der Universität Genf und der Schweizer Vertretung der Gruppe sanofi-aventis, einem Pharmaunternehmen. Weitere Infos unter www.forumsante.ch

gesamtschweizerische Patientenorganisation, die Catherine Roulet in ihrem Referat forderte. Eine solche Dachorganisation würde den Patienten eine effektive Vertretung bieten, die den Fachorganisationen äquivalent ist und den Dialog mit den anderen Akteuren fördert. Weiter braucht es gegenseitiges Verständnis und soziale Kompetenz bei

«Bei der Abstimmung der Teilnehmenden über die wichtigsten Vorschläge der Arbeitsgruppe fand die «Landeskongress» grosse Zustimmung; 78,8 Prozent würden eine solche Massnahme begrüssen.»»

den Akteuren, die durch entsprechende Ausbildung gefördert werden können. Dazu schlägt die Arbeitsgruppe vor, in der Erstausbildung al-

ler Gesundheitsberufe Kulturwissenschaft und Gesundheitssoziologie mit einzubeziehen sowie Fortbildung anzubieten, die das Verständnis fördern für die Bedürfnisse und Erwartungen (kulturelle Werthaltungen) der Patienten. Und schliesslich fordert die Arbeitsgruppe dazu auf, das ganze System zu überdenken. Ihr Vorschlag: Der Bundesrat und die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) berufen eine «Landeskongress für das Gesundheitswesen» ein, deren Ziel es ist, umfassende, patientenorientierte, politische Massnahmen vorzuschlagen, um das Gesundheitssystem der Zukunft besser steuern zu können.

Bei der Abstimmung der Teilnehmenden über die wichtigsten Vorschläge der Arbeitsgruppe fand die «Landeskongress» grosse Zustimmung; 78,8 Prozent würden eine solche Massnahme begrüssen. Knapp 80 Prozent der anwesenden Akteure erklärten sich ausserdem bereit, im Jahr 2007 freiwillig fünf Tage der «Landeskongress für das Gesundheitswesen» zu widmen und sich an einer vertiefenden Analyse über das Gesundheitssystem zu beteiligen. Bleibt zu hoffen, dass diese Bereitschaft, sich aktiv für das Gesundheitssystem zu engagieren, nicht nur ein Lippenbekenntnis ist, sondern den Worten Taten folgen werden. ■

**Bericht:
Karin Diodà**

Redaktion Managed Care

«Jeder Mensch braucht die Medizin, die zu ihm passt.»

«Was kann ich für mich selbst tun?» – eine häufig gestellte Frage, gerade von Patientinnen und Patienten mit schweren oder chronischen Erkrankungen. Die Antwort können Patienten nur selber wissen, aber Ärzte und andere Betreuungspersonen können lernen, sie bei der Suche nach sich selber und der Antwort zu begleiten. Dies die Haltung, die in einem neuen kleinen Buch zum Thema «Patientenkompetenz in der modernen Medizin»* zum Ausdruck kommt.

Heidi Schriber

Eigene Erfahrungen als Triebfeder

Eröffnet wird das Buch mit einem Erlebnisbericht von Gerd Nagel über seine eigenen Erfahrungen mit einer Krebserkrankung. Der Onkologe war eine der treibenden Kräfte für die patientenorientierte Ausrichtung der Klinik für Tumorbiologie in Freiburg i.B., und seine eigenen Erfahrungen wa-

ren für ihn bestimmend in seiner Funktion als Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft. Sehr klar drückt der Autor seine Konsequenzen für seinen Weg mit der Erkrankung aus: Wie ich «als routinierter Bergsteiger nie untrainiert ins Gebirge gegangen bin» ... «wollte und musste ich mich zuerst vorbereiten und klären, welche Medizin für mich die richtige ist und welcher Kollege zu mir als Therapeut passt». Dass die Autoren dieses Recht jedem Patienten und jeder Patientin zugestehen, kommt als Grundhaltung im Buch deutlich zum Ausdruck. «Das Recht des Patienten, etwas für sich selbst zu tun» wird ebenso zum Plädoyer wie die Offenheit für verschiedene Therapieformen: «Jeder Mensch braucht die Medizin, die zu ihm passt.»

Zehn Erlebnisberichte – zehn Wege

Dass Patientenkompetenz sich sehr vielfältig äussern kann, demonstrieren die zehn Erlebnisberichte von Betroffenen, die den Hauptteil des Buches ausmachen. Die Bandbreite reicht vom Patienten, der zum Experten seiner Krankheit wurde, bis hin zur Patientin, die möglichst nichts wissen wollte. Auseinandersetzen mussten sich alle, mit sich selber und mit ihrer Krankheit, um den für sie geeigneten Weg zu finden. Vielleicht sind für Fachpersonen gar nicht diejenigen Patienten die grosse Herausforderung, die zu Experten und fachkompetenten Diskussionspartnern werden. Vielleicht sind es vielmehr jene, die Akzeptanz dafür erwarten, dass es auch eine Form von Kompetenz sein kann, wenn ein Patient sich nicht informieren will,



Heidi Schriber

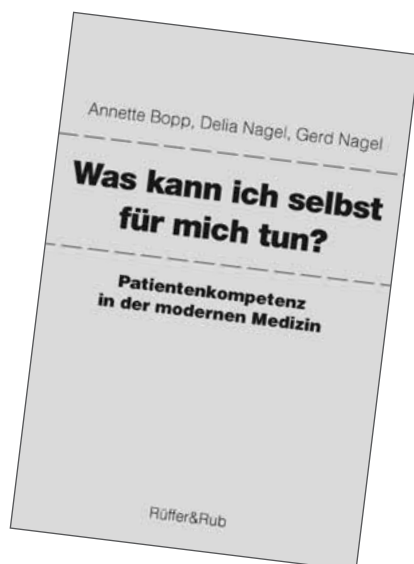
weil er spürt, dass alles andere ihn und seine Verarbeitungskapazität überfordern würde. Leider bietet das Buch wenig Gelegenheit und Hilfe, die Hintergründe solcher Tatsachen zu verstehen und zu reflektieren.

«Die Kraft des Arztes liegt im Patienten»

Dieser Ausdruck eines emanzipierten Verständnisses von partnerschaftlichen Arzt-Patienten-Beziehungen stammt erstaunlicherweise bereits von Paracelsus (1493–1541). Das Buch gibt einen ganz kurzen, stichwortartigen Überblick über die Entwicklung von Begriffen zur Arzt-Patienten-Beziehung und über die Entwicklung vom «bevormundeten Patienten» der 1960er Jahre über den informierten Patienten («informed consent»), den mündigen Patienten («shared decision making») bis hin zum Konzept der Patientenkompetenz. Was «Patientenkompetenz» wirklich ist, lässt sich gemäss Buch nicht allgemein gültig definieren. Gemeint ist damit immer die ganz

* Annette Bopp, Delia Nagel, Gerd Nagel: Was kann ich für mich selbst tun? Patientenkompetenz in der modernen Medizin. Rüffer & Rub, Zürich, 2005. ISBN 3-907625-23-4, Fr. 24.80.

persönliche, individuelle Kompetenz eines Patienten. «Patientenkompetenz bezeichnet im Wesentlichen die Fähigkeit, für sich Verantwortung zu übernehmen auf dem Weg durch die Krankheit» und beinhaltet damit in der Meinung der Autoren auch das Recht, Therapie- und Lösungsvorschläge oder eine vorherrschende gesellschaftliche und gesundheitspolitische Meinung für sich persönlich abzulehnen. Wenig ist im Buch darüber zu erfahren, wie dieses individualistische Verständnis von Patientenkompetenz im Verhältnis steht zu Kosten, gesellschaftlicher Verantwortung oder den Bedürfnissen von Angehörigen.



Das Buch gibt auch einen ganz kurzen, stichwortartigen Überblick über alternativmedizinische Therapieformen. Komplementärmedizin wird nicht als Alternative oder Konkurrenz zur Schulmedizin verstanden, sondern als Bestandteil eines umfassenden Therapiekonzeptes. Wie auf dem Hintergrund des individualistischen Verständnisses von Patientenkompetenz dann allerdings das Verdikt zu verstehen ist «Patientenkompetenz und Komplementärmedizin gehören zusammen», lässt das Buch offen. Hilfreich hingegen ist das kurze Kapitel mit Hinweisen für

die kritische Beurteilung von verschiedensten Heilsanpreisungen.

Beurteilung

Das Buch liest sich leicht und schnell. Der Fokus liegt auf Patientinnen und Patienten mit einer Krebserkrankung. Die gemachten Erfahrungen und die Schlüsse, die gezogen werden, lassen sich allgemein auf Menschen mit schweren oder chronischen Erkrankungen übertragen. Das Buch lebt zur Hauptsache von den Erlebnisberichten. Wissenschaftliche Ansprüche werden keine gestellt. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit und die theoretische Untermauerung von empirischen Erfahrungen wären eine wertvolle Ergänzung und könnten vielleicht gerade auch Zweifler davon überzeugen, dass es auch aus Qualitäts- und Erfolgsgründen sinnvoll ist, die Selbstkompetenz von Patientinnen und Patienten zu aktivieren und zu unterstützen. Solche Daten liegen vor – umso bedauerlicher, dass sie im Buch nicht aufgegriffen werden. Auf diesem Hintergrund scheint mir auch der in der Einleitung formulierte Anspruch der Autoren, «das erste Buch vorzulegen, das sich ausschliesslich mit Patientenkompetenz befasst», etwas befremdlich.

Nicht ganz klar ersichtlich ist auch, an wen sich das Buch mit seiner Botschaft eigentlich richtet. Soll es Patientinnen und Patienten stärken und ihnen Mut machen, die eigenen Rechte wahrzunehmen? Gesprochen wird aber oft aus der Sicht der Ärzte. Zur Hauptsache sind die Ärzte auch angesprochen. Trotzdem wirkt das Niveau populärmedizinisch, wenn nicht sogar populistisch. Die im Vorwort versprochenen Umfrageergebnisse und Literaturrecherchen sind nicht erkennbar. Die Zusammenstellung von Organisationen und Internetadressen scheint zumindest für die Schweiz doch sehr einseitig und unvollständig.

Während der Lektüre wird man den Verdacht nie ganz los, dass das Buch weniger der Patientenkompetenz an sich als viel mehr der privaten Stiftung Patientenkompetenz, hinter der die Hirslandengruppe zu stehen

scheint, als Marketinginstrument dienen soll. Die Voraussetzung für Patientenkompetenz ist Transparenz, und so wäre auch im Sinn einer vertrauensbildenden Massnahme mehr Transparenz wünschenswert über die Träger und die Ziele des Buches und damit der Stiftung für Patientenkompetenz.

Das ändert aber nichts am Wert der im Buch vertretenen Haltung. Dass die eigene Überzeugung des Co-Autors Gerd Nagel «Ich habe es gar nie zugelassen, dass man sich für mich keine Zeit nahm», auch den angesprochenen Patientinnen und Patienten zugestanden wird, wirkt glaubwürdig. ■

Autorin:

Dr. sc. nat. Heidi Schriber

Coaching und Unternehmensentwicklung

Mitglied des Redaktionellen Beirates der Zeitschrift Managed Care

Mühlebachstrasse 84
8008 Zürich

E-Mail: mail@heidischriber.ch

Stimmen zu Entwicklungen im Gesundheitswesen

Keine Schikanen

Antwort von Christine Beerli, der neuen Präsidentin von Swissmedic, auf die Kritik von kleinen Pharmaproduzenten, Swissmedic sei zu bürokratisch und würde sie schikanieren: «Der Vorwurf der Bürokratie ist sicher ernst zu nehmen, und ich werde ihm nachgehen. Aber ich muss Ihnen ganz offen sagen, dass er weniger schlimm ist, als wenn es hiesse, wir wendeten das Gesetz zu schludrig an. Denn unser oberstes Ziel ist die Sicherheit von Medikamenten für Mensch und Tier. Dass wir die Kleinen schikanieren, stimmt im Übrigen nicht, denn wir behandeln Grosse und Kleine gleich. Bei kleineren Produzenten und bei der Alternativmedizin entsteht der Eindruck der Schikane darum, weil sie neu dem Heilmittelgesetz unterstehen. Sicher noch zulegen muss die Swissmedic in der Kommunikation. (kd)

Quelle: Christine Beerli: Ich nehme die Vorwürfe ernst. Interview Tages-Anzeiger, 19.1.2006.

Prozessoptimierung ist nur Teillösung

«Es braucht eine nationale Konferenz, die den politischen Behörden das Problem bewusst macht. Ich möchte, dass alle Partner an einen Tisch geholt werden: Spitalverantwortliche, Gesundheitsdirektoren, Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen. Sie alle sollen ihre Sicht erklären und Fakten auf den Tisch legen, nicht Meinungen. Die Spitalverantwortlichen sollen klar sagen: Prozessoptimierung ist nötig und machbar, aber sie löst das Problem nur zu einem Teil. Das heutige Arbeitsgesetz trägt den Gegebenheiten der Akutspitäler zu wenig Rechnung und kann in dieser Form nur durch eine massive zusätzliche Stellenerweiterung umgesetzt werden. Konsequenz davon wäre natürlich eine Beeinflussung der gesamten Gesundheitskosten.» Vorschlag von Paul Knecht, Direktor Spitalzentrum Biel AG, wie das Arbeitsgesetz für Assistenz- und Oberärzte thematisiert werden könnte. (kd)

Quelle: Paul Knecht, Direktor Spitalzentrum Biel AG: Wir müssen national gemeinsame Lösungen suchen! Interview Competence, 12/2005.

Dateneinsicht

Die Schweizer Bevölkerung hat künftig die Möglichkeit, sich selber ein Bild über die Kosten der Krankenversicherung zu machen. Der Bund will die entsprechenden Zahlen alle drei Monate im Internet veröffentlichen und auf diese Weise das Verständnis für die Entwicklung fördern. So betrug der Anstieg während den ersten neun Monaten im Jahr 2005 6,9 Prozent. «Es ist klar, dass mit Daten allein noch nichts erreicht ist», äussert sich Thomas Zeltner, Direktor des BAG zu dieser Neuerung. Gute Daten seien aber eine notwendige Grundlage für die Politik, und in diese Grundlage sollen nun auch die Bürgerinnen und Bürger Einsicht bekommen. Separat einsehbar sind ferner die verschiedenen Kostengruppen, etwa jene für die ärztlichen Behandlungen, die Medikamente, die Pflege oder die Spitalbehandlungen. (kd)

Quelle: Agenturmeldung Gesundheitskosten für jedermann. Tages-Anzeiger 28.1.2006.

Qualität fördern, wo Schwächen bestehen

«Gegenüber obligatorischen Qualitätsmessungen bin ich skeptisch: Kontrollierende, vorschreibende und sanktionierende Massnahmen werden ihren Zweck kaum erfüllen. Für die FMH ist die Verbesserung der beruflichen Performance ihrer Mitglieder zentral. Das muss gezielt geschehen: Die Qualität soll dort gefördert werden, wo Schwächen bestehen. Das ist bei jedem Arzt individuell und kann nicht über den ganzen Berufsstand beurteilt werden. Wir wollen auch keinen Zwang, sondern positive Anreize. Ein wichtiger Aspekt ist dabei die Transparenz innerhalb der Ärzteschaft: Der Vergleich mit anderen Kollegen fördert den Wunsch, sich dort zu verbessern, wo man unterdurchschnittlich abschneidet», so Ludwig-Theodor Heuss, Ressortleiter Daten, Demografie, Qualität der FMH über die Rolle von Qualitätsmessprogrammen. (kd)

Quelle: Ludwig-Theodor Heuss: Wir sind offen für Gespräche. Interview infosantésuisse, Nr. 1-2, Januar/Februar 2006.

Es sind alle Verlierer

Der Kommunikationsberater Klaus J. Stöhlker erklärt, weshalb er die Idee von der vollständigen staatlichen Gesundheitsversorgung für falsch hält. «Wer bezahlt das? In einem solchen System sind alle Verlierer, und zwar wegen der schleichenden Einengung der medizinischen Dienstleistungen. Die Ärzte werden schlechter gestellt und verstärkt administrativ kontrolliert. Die Spitäler verlieren, aber auch die Krankenkassen. Verlierer ist die Pharmaindustrie, die immer mehr Zugeständnisse machen muss und nach ihren eigenen Angaben in diesem Jahr zum ersten Mal kaum mehr etwas verdient im Schweizer Markt. Trifft das zu, wird langfristig die Folge sein, dass sie abwandert.» (kd)

Quelle: Klaus J. Stöhlker: Niemand spricht vom Mehrwert, den unser Gesundheitswesen schafft.» Interview The Medical Journal, Nr. 1, Februar 2006.

Heute schon überreguliert

Weshalb nach Meinung von Christoph Wartmann, Präsident Hausärzterein Aarau, MC-Modelle politisch nicht stärker gefördert werden sollten: «Wir sind heute schon überreguliert. Ich bin überzeugt, der Grossteil der Bevölkerung will eine flächendeckende Gesundheitsversorgung inklusive Spitäler, will über sein persönliches Vorsorgemodell selbstständig entscheiden können und ist auch bereit, die Kostenfolgen zu übernehmen, sofern diese ihm transparent dargelegt werden. Ich wünsche mir also ein liberales Gesundheitssystem, in welchem die sozial schwächer gestellten Patienten ohne grossen bürokratischen Verwaltungsaufwand mitgetragen werden.» (kd)

Quelle: Christoph Wartmann, Präsident Hausärzterein Aarau in der Umfrage: Die Meinung der Spezialisten. Defacto, 4/05, Dezember 2005.

Datum, Ort	Veranstaltung	Kontaktadresse
23.–24. März 2006, Luzern	2. Luzerner Trendtage Gesundheit	Forum Gesundheit Luzern, Christof Wicki, Projektleiter, Horwerstrasse 87, 6005 Luzern. Tel. 041-318 37 97. E-Mail: info@trendtage-gesundheit.ch. Internet: www.trendtage-gesundheit.ch
30. März 2006, Pfäffikon SZ	SBGRL-Fachkongress für Pflegende: Arbeitsplatz Langzeitpflege	Schweizer Berufsverband der Geriatrie-, Rehabilitations- und Langzeitpflege, Obergrundstrasse 44, 6003 Luzern. Tel. 041-240 00 80. E-Mail: info@sbgrl.ch. Internet: www.sbgrl.ch
31. März 2006, Bern	Symposium Forschung am Menschen. Der Gesetzesentwurf in der Diskussion.	SAMW, Petersplatz 13, 4051 Basel. Tel. 061-269 90 30. Fax 061-269 90 39. Internet: www.samw.ch
24.–26. April 2006, Washington DC (USA)	The 18 th Annual National Managed Health Care Congress	Megan Antonelli, Tel. 001 212-661 3500 ext. 3013. E-Mail: Mantonelli@IIRUSA.com. Internet: www.nmhcc.com
26.–28. April 2006, Prag (Cz)	11 th European Forum on Quality Improvement in Health Care	European Forum on Quality Improvement in Health Care, BMJ Quality, BMA House, Tavistock Square, London WC1H 9 JR. Tel. 0044 20-7383 6409. Fax: 0044 20-7383 6869. E-Mail: quality@bmjgroup.com
27.–28. April 2006, Berlin (D)	13. Jahrestagung der GQMG 2006: Qualität – Sicherheit – Transparenz, Gesundheitspolitik in der zweiten Hälfte des Jahrzehnts	Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V., Prof. Dr. Ulrike Toellner Bauer c/o Universitätsklinikum Giessen und Marburg Standort Marburg. Tel. 0049 64-21 286 63 92 4510. E-Mail: sekretaeer@gqmg.de
3.–5. Mai 2006, Köln (D)	Strategic Options for the Hospital Market	MCC, The Communication Company, Scharnhorstrasse 67a, D-52351 Düren. Tel. 0049-2421 121 770. Fax: 0049-2421 121 77 27. E-Mail: mcc@mcc-seminare.de, Internet: www.mcc-seminare.de
4. Mai 2006, Bern	Kurztagung SGGP Zwischenbilanz Tarmed: gerechte Abgeltung oder sinnlose Bürokratie?	Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP, Postfach 2160, 8026 Zürich. Tel. 043-243 92 20. E-Mail: info@sggp.ch. Internet: www.sggp.ch
5. Mai 2006, Bern	3. Medvantis-Forum für Gesundheitsmanagement	Medvantis, Bolligenstrasse 52, 3006 Bern. Tel. 031-340 05 00. Fax: 031-340 05 55. E-Mail: info@medvantis.ch. Internet: www.medvantis.ch
11. Mai 2006, Zürich	8. Schweizerisches Forum der sozialen Krankenversicherung zum Thema: Wettbewerb dank Vielfalt im Gesundheitswesen – Wunschdenken oder echte Chance?	RVK – Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer, Haldenstrasse 25, 6006 Luzern. Tel. 041-417 01 11. Fax: 041-410 69 65. E-Mail: info@rvk.ch. Internet: www.rvk.ch
15.–17. Mai 2006, Luzern	SBK-Kongress	Isabelle Bopp, SBK-Geschäftsstelle, Postfach 8124, 3001 Bern. Tel. 031-388 36 33. Fax 031-388 36 35. E-Mail: isabelle.bopp@sbk-asi.ch. Internet: www.sbk.asi.ch
12.–14. Juni 2006, Atlanta, GA (USA)	2 nd Annual International Summit on Redesigning Hospital Care	Institute for Healthcare Improvement. Internet: www.ihl.org/IHI/Programs/ConferencesAndTraining
7.–9. Juni 2006, San Diego (USA)	Institute 2006 – AHIP's Annual Meeting	America's Health Insurance Plans, P.O. Box 7247-6327, Philadelphia, PA, USA. Tel. 001 877-291 22 47 (call toll free) oder Tel. 001 202-778 32 69. Fax 001 202-778 85 06. Internet: www.ahip.org
3.–5. August 2006, Baltimore (USA)	Research in Healthcare Financial Management: International Symposium & Workshop 2006	The Tasco Building, 6600 York Road, Suite 107, Baltimore, MD 21212, USA. Tel. 1 305-348 2861. Fax 1 810-815 5378. E-Mail: workshop@RHF.org. Internet: www.RHF.org
23.–26. August 2006, Lausanne	EASST 2006, Reviewing Humanness: Bodies, Technologies and Spaces	EASST 2006, University of Lausanne, IEPI, Bat. Humense, 1015 Lausanne. Fax 021-693 84 77. E-Mail: easst2006@unil.ch
30. August–1. September 2006, Genf	Geneva Forum – Towards Global Access to Health	MCI Suisse, P.O. Box 502, 1211 Genève 13. Tel. 022-339 95 81. Fax 022-339 96 01. E-Mail: genevahealthforum2006@mci-group.com, act.humanitaire@hcuge.ch
7. September 2006, Zürich	Tagung Herausforderung Demenz – Spannungsfelder und Dilemmata in der Betreuung demenzkranker Patienten	Dialog Ethik, Sonneggstrasse 88, 8006 Zürich. Tel. 044-252 42 01. Fax 044-252 42 13. E-Mail: info@dialog-ethik.ch. Internet: www.dialog-ethik.ch
27.–29. September 2006, St.Gallen	2. World Ageing & Generations Congress	Universität St. Gallen, Dufourstrasse 50, 9000 St. Gallen. Tel. 071-224 21 11. Fax 071-224 28 16. E-Mail: info@unisg.ch. Internet: www.unisg.ch
28. und 29. September 2006, Nottwil	6. Schweizerischer eHealthcare Kongress	Trend Care AG, Josef Müller-Weg 2, 6210 Sursee. Tel. 041- 925 76 89. Fax 041-925 76 80. E-Mail: michael.egli@ehealthcare.ch. Internet: www.ehealthcare.ch
16.–17. Oktober 2006, München (D)	5. Europäischer Gesundheitskongress	Interplan Congress, Meeting & Event Management AG, Christine Hense, Albert Rosshaupter-Strasse 65, D-81369 München. Tel. 0049 89-54 82 34 50. Fax 0049 89-54 82 34 43. E-Mail: info@gesundheitskongress.de. Internet: www.interplan.de

Datum, Ort	Veranstaltung	Kontaktadresse
22.–25. Oktober 2006, London (UK)	23 rd International Conference: Improving Healthcare, The Challenge of Continuous Change	ISQua, The International Society for Quality in Health Care. Fax 0061 3-9417 6851. E-Mail: isqua@isqua.org.
29. Oktober–2. November 2006, Cairo (Egypt)	Forum 10, Global Forum for Health Research: Combating disease and promoting health	Global Forum for Health Research, c/o Ecumenical Centre/Centre Oecuménique, 1–5 route des Morrillons, 1211 Genève. Tel. 022-791 42 60. Fax 022-791 43 94. E-Mail: info@globalforumhealth.org
16.–18. November 2006, Montreux	14 th European Conference on Public Health, Politics, Policies and / or the Public's Health	Internet: www.eupha.org

Datum, Ort	Weiter- und Fortbildung	Kontaktadresse
25. März 2006 Winterthur	EBM-Intensivkurs	WIG, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, Im Park, St. Georgenstrasse 70, 8401 Winterthur. Tel. 052-267 78 97. E-Mail: caroline.tiedemann@zhwin.ch. Internet: www.wig.ch
30. März–1. April 2006, Adelsboden	Winterseminar für effizientes Praxismanagement	Dr. med. Eugen Häni, 2502 Biel. Tel. 032-322 11 81. Fax 032-322 11 05. E-Mail: eugenhaeni@hin.ch. Internet: www.winterseminare.ch
Beginn: 20. April 2006, St. Gallen	Nachdiplomkurs Planungs- und Führungsinstrumente im Gesundheitswesen	FHS Hochschule für Technik, Wirtschaft und Soziale Arbeit St. Gallen, Management-Weiterbildungszentrum, Teufenerstrasse 2, Postfach 630, 9001 St.Gallen. Tel. 071-228 63 28. Fax 071-228 63 20. E-Mail: management@fhsg.ch. Internet: www.fhsg.ch/management
Beginn: 20. April 2006, St. Gallen	NDK Planungs- und Führungsinstrumente im Gesundheitswesen	FHS (s. oben)
Beginn: 4. Mai 2006, Olten	Zertifikats-Lehrgang: Eingliederungsmanagement	FHSO Fachhochschule Solothurn Nordwestschweiz, Postfach, 4601 Olten. Telefon: 0-848 821 011. E-Mail: ccc@fhso.ch. Internet: www.em.fhso.ch.
Beginn: 30. August 2006, Bern	Nachdiplomkurs Wirksam Managen im Gesundheitssystem	College für Management im Gesundheitswesen, Freiburgstrasse 41, 3010 Bern. Tel. 031-632 30 26. Fax 031-632 30 25. E-Mail: info@college-m.ch
Beginn: 2. September 2006, Zürich	Kurs Kulturverständnis der Ethik in Medizin und Pflege	Sekretariat Dialog Ethik, Sonneggstrasse 88, 8006 Zürich. Tel. 044-252 42 01. Fax 044-252 4215. E-Mail: info@dialog-ethik.ch. Internet: www.dialog-ethik.ch
Beginn: 4. September 2006, Zürich	Kurs Ethikkonsilium – Interdisziplinäre ethische Entscheidungsfindung	Dialog Ethik (s. oben)
Beginn: 11. September 2006, Aarau	Seminar: Pflegemanagement mit H+ Diplom	Hplus, Bildung, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. E-Mail: bildung@hplus.ch, Internet: www.kurse.hplus.ch
Beginn: 21. September 2006, Aarau	Seminar: Führen einer Stations-/ Heimapotheke mit H+ Diplom	Hplus (s. oben)
Beginn: 22. September 2006, Zürich	Nachdiplomkurs Ethische Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen	Dialog Ethik (s. oben)
Beginn: Oktober 2006, St. Gallen	Nachdiplomkurs Management und Politik im Gesundheitswesen	FHS (s. oben)
Beginn: Oktober 2006, St. Gallen	Nachdiplomstudium (NDS FH) Integrales Spitalmanagement	FHS (s. oben)
Beginn: 9. November 2006, St. Gallen	Nachdiplomkurs Leadership und Führung im Gesundheitswesen	FHS (s. oben)

Hinweise erwünscht:

Hinweise auf Publikationen und Veranstaltungen rund um Managed Care, Care Management und Public Health senden Sie bitte an: Redaktion «Managed Care», Stampfenbrunnenstrasse 40, 8048 Zürich. Fax 044-431 73 56. E-Mail: k.dioda@rosenfluh.ch. Über die Aufnahme in die Hinweisseite entscheidet die Redaktion.

Jede sechste Arztpraxis in Schwierigkeiten

Mindestens jede sechste Arztpraxis in der Schweiz schreibt betriebswirtschaftlich gesehen rote Zahlen, laut dem Fazit von Hans-Heinrich Brunner, ehemaliger Präsident der FMH und heutiger Sonderprojektleiter beim Bundesamt für Gesundheit. Das bedeutet, es befinden sich 2500 Ärzte in finanziellen Schwierigkeiten. Eine Befragung bei Banken hat gezeigt, dass in den letzten Jahren Dutzende von Konkursen bei freipraktizierenden Ärzten zu verzeichnen sind. Dabei finden die Konkurse oft versteckt statt. Weil die finanziellen Probleme bei Hausärzten zunehmen, fordern sie nun höhere Tarife und wollen am 1. April dafür auf die Strasse gehen. (kd)

Quelle: 2500 Ärzte in den roten Zahlen. *SonntagsZeitung*, 5.2.06.

Suchtverhalten von Männern

Männer sterben im Durchschnitt sieben Jahre früher als Frauen, achten weniger auf ihre Gesundheit, konsultieren deutlich seltener einen Arzt und gehen im Alltag höhere Gesundheitsrisiken ein. Zu dem riskanten Verhalten zählt der Konsum von Alkohol, Tabak, Medikamenten und illegalen Drogen. Die Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) veröffentlichte Mitte Februar einen Bericht über «Sucht und Männlichkeit». Daraus geht hervor, dass Männer sich aufgrund stereotyper Vorstellungen über ihre Geschlechterrolle unter Druck setzen, was zu vermehrtem Konsum von Suchtmitteln führen kann. Aufgrund dieser Situation, die von zahlreichen Untersuchungen belegt wird, fordert die SFA gezielt männerspezifische Angebote in der Suchtprävention. Die Studie, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) erstellt, weist darauf hin, dass bisher zahlreiche auf Frauen ausgerichtete Präventions- und Therapieformen entstanden sind. Doch fehlten bisher spezifische Angebote für Männer. (kd)

Quelle: Vom «Eigentor», Mann zu sein. SFA-Studie über die Suchtabhängigkeit. *Neue Zürcher Zeitung*, 15.2.2006.

Deutschland-Schweiz: Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

Die Schweiz will ihr Territorialprinzip im Krankenversicherungsrecht lockern und strebt mit dem Nachbarland Deutschland eine engere Zusammenarbeit im Gesundheitswesen an. Dies wurde an einem Treffen des Direktors des Bundesamtes für Gesundheit, Thomas Zeltner, mit Marion Caspers-Merk vom Bundesministerium für Gesundheit vereinbart. Dabei sollen medizinische Leistungen, die in Deutschland erbracht werden, unter bestimmten Bedingungen von den Krankenkassen übernommen werden. Die deutsche Regierung wiederum will eine entsprechende Gesetzesänderung vornehmen, damit Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung Leistungserbringer in der Schweiz ebenso beanspruchen können wie heute bereits in der Europäischen Union und im Europäischen Wirtschaftsraum. Weiter wird es für deutsche Krankenkassen künftig möglich sein, zur Versorgung ihrer Versicherten Verträge mit schweizerischen Leistungserbringern abzuschliessen. (kd)

Quelle: Gesundheitswesen: Grenzüberschreitende Behandlung. *Basler Zeitung*, 13.2.2006.

Tests für mangelernährte Senioren

Laut Experten sind in Deutschland 10 Prozent der zuhause lebenden Senioren und 40 bis 60 Prozent der Altersheimbewohner mangelernährt. Bewegungseinschränkungen, Krankheiten, Probleme beim Kauen, Schluckstörungen oder wenig abwechslungsreiche Nahrung können dazu führen, dass ältere Menschen zu wenig essen. Es fehlt jedoch an anerkannten Diagnosekriterien, eine Mangelernährung zu erkennen. Nun haben Ärzte zwei einfache Tests entwickelt, die erlauben, in kurzer Zeit einen ersten Eindruck über den Ernährungszustand bei älteren Patienten zu gewinnen. Die Experten fordern nun, solche Tests bei allen Personen über 65 Jahre durchzuführen, besonders aber bei Bewohnern von Altersheimen wie auch Spitalpatienten. (kd)

Quelle: Deutsche Medizinische Wochenschrift 2006; 131 (5): 223-227

VORSCHAU

Schwerpunktthema:
**APOTHEKER UND
MANAGED CARE**

Erscheinungsdatum: 21. April 2006

**Zusammenarbeit von Ärzten
und Apothekern in lokalen
Qualitätszirkeln**

**Pharmazeutische Betreuung
und Medikamentenpauschalen
in Altersheimen**

**Behandlung von süchtigen
Patienten**

**Verbesserte Behandlung von
chronisch Kranken**

**Vermeiden von Medikations-
fehlern im Spital**

**Präventionskampagnen
«Self Care»**

**Kampf um den Markt der
Generika**

Neues Departement Gesundheit an der ZHW

Nun werden erstmals in der Schweiz die Berufe Ergotherapie, Physiotherapie und Pflege auf Fachhochschulniveau gelehrt. Das neue Departement Gesundheit der Zürcher Hochschule Winterthur ZHW bietet wissenschaftlich fundierte und praxisbezogene Ausbildung zum Bachelor. Die drei Studiengänge beginnen im September 2006. In Vorbereitung sind zudem Weiterbildungsangebote, Forschung und Entwicklung sowie Beratung und Dienstleistungen. Als Leiter des Departements Gesundheit wurde Prof. Dr. Peter C. Meyer ernannt. Die ZHW rechnet im Vollausbau nach etwa drei Jahren mit rund 900 Studierenden in diesem Departement. (kd)

Quelle: Neues Departement Gesundheit an der Zürcher Hochschule Winterthur ZHW, Medienmitteilung vom 16.1.2006.