

Die Schweizer Zeitschrift
für Managed Care und Care Management

Schwerpunktthema:

Mehr Qualität und Patientensicherheit – Managed Care als Schlüsselfaktor

Hausarztmodelle:
Ärztennetze und Versicherer –
ein komplexes Verhältnis

MC-Evaluation:
unbefriedigende Datengrundlage

Case Management:
den Wiedereingliederungserfolg
vorhersagen

4

1.6.2007

fmc.ch

tellmed.ch

MANAGED
CARE

Ein klares und glaubwürdiges Instrument

Seit einem Jahr engagiert sich die FMH nun entschlossen für die Förderung und Unterstützung von Managed Care, und dies ist ein Grund zur Freude!

Eine ganze Reihe wichtiger Argumente spricht für diese Ausrichtung, und es war an der Zeit, dass der Zentralvorstand seine Haltung geklärt hat – auch auf die Gefahr hin, für eine gewisse Überraschung zu sorgen. Dabei wurde sorgfältig darauf geachtet, alle Fachgruppen einzubeziehen, weil die Empfindlichkeiten in diesem Bereich besonders gross und die Meinungen und Interessen besonders vielfältig sind. Wir wissen ja, dass die Ärzteschaft nur stark ist, wenn sie ihre eigenen Minderheiten respektiert und so geht auftritt.

Die Unterstützung der FMH für Managed Care konkretisierte sich in einer Reihe von Thesen, die wir dem Parlament im vergangenen Sommer unterbreiten konnten. Zwar hat der Ständerat einen erheblichen Teil davon übernommen, aber bei einigen wichtigen Themen wie dem Risikoausgleich und den finanziellen Anreizen für die Ärztenetze wurden unsere Erwartungen enttäuscht.

Diese noch offenen Fragen werden wir wieder aufgreifen, wenn sie im Nationalrat zur Diskussion gelangen, damit sie in das revidierte KVG aufgenommen werden. Dies wollen wir weiterhin im Namen der gesamten Ärzteschaft tun, indem wir dafür sorgen, dass der vor sechs Monaten erzielte Konsens aufrechterhalten bleibt.

Einer unserer Trümpfe ist dabei die Flexibi-

lität des aus unseren Thesen abgeleiteten Entwurfs.

Die verschiedenen Landesteile, Fachgruppierungen und beruflichen Sensibilitäten können sich nach ihrem Wesen frei in dem von uns vorgeschlagenen klaren und offenen Rahmen äussern. Zu den gemeinsamen Punkten unserer Thesen gehören die Forderung nach einem von allen Parteien, das heisst Leistungserbringern und Kostenträgern, unterzeichneten Vertrag sowie die Möglichkeit für die Ärzte, ebenfalls einen solchen Vertrag vorzuschlagen. Die Organisation und Finanzierung der Ärztenetze beispielsweise kann hingegen von den beteiligten Parteien völlig frei gestaltet werden.

Auf diese Weise besitzt die Ärzteschaft über die FMH ein klares und glaubwürdiges Instrument zur Unterstützung der Entwicklung von Managed Care in der Schweiz. Darüber freue ich mich und möchte die Gelegenheit nicht verpassen, den «Veteranen» von Managed Care für ihre wohlwollende Unterstützung zu danken.

Jacques de Haller
Präsident der FMH

Die französische Version des Editorials ist in der Online-Ausgabe unter www.fmc.ch aufgeführt.



Jacques de Haller

Un instrument clair et crédible

Depuis une année, la FMH s'est clairement et fermement engagée dans le soutien et la promotion du Managed care, et il y a tout lieu de s'en réjouir!

Il y a en effet toute une série d'arguments importants qui plaident pour cette orientation et il était temps que le Comité central clarifie sa position, même au risque de surprendre éventuellement.

A noter aussi que nous avons pris grand soin d'associer tous les groupes de spécialistes à cette démarche, car dans ce domaine les sensibilités sont vives et les points de vue, les intérêts, particulièrement variés. Et on le sait bien, le corps médical n'est fort que s'il est respectueux de ses propres minorités et qu'il est, ainsi, uni!

Le soutien de la FMH au Managed care s'est concrétisé par un ensemble de thèses que nous avons pu proposer au Parlement l'été dernier; le Conseil des Etats en a retenu une partie importante, mais nous a aussi laissé sur notre faim sur quelques sujets importants comme la compensation des risques et les incitations financières en faveur des réseaux de soins.

Nous comptons bien reprendre ces points laissés en suspens lorsqu'ils seront discutés au Conseil national, pour en obtenir l'intégration à la LAMal révisée. Et nous comptons bien le faire toujours au nom de l'ensemble du corps médical, en nous donnant les moyens de préserver le consensus auquel nous sommes parvenus il y a six mois.

L'un des éléments forts dont nous disposons pour ce faire est la souplesse du projet qui ressort de nos thèses.

Les différentes régions du pays, les différents groupes de spécialités, les différentes sensibilités professionnelles peuvent s'exprimer selon leur génie propre, dans le cadre clair et ouvert que nous proposons: l'exigence d'un contrat signé par l'ensemble des parties, fournisseurs et assureurs, et la possibilité pour les médecins aussi de proposer un tel contrat, font partie des dénominateurs communs qu'on trouve dans nos thèses; par contre, l'organisation du réseau ou son mode de financement, par exemple, sont complètement ouverts à la créativité des parties en cause.

Le corps médical, par la voix de la FMH, dispose ainsi d'un instrument clair et crédible pour soutenir le développement du Managed care en Suisse, et, non sans remercier les «vétérans» du Managed care de leur appui bienveillant, je m'en félicite!

Jacques de Haller
Président de la FMH



Jacques de Haller

Schwerpunktthema: Mehr Qualität und Patientensicherheit – Managed Care als Schlüsselfaktor

- 4 Die Qualität des Zusammenspiels entscheidet**
Peter Berchtold
MC folgt einem systemischen Ansatz, um das Zusammenwirken der unterschiedlichen Akteure weiter zu optimieren und so Behandlungsqualität und Patientensicherheit zu stärken.
- 6 Grundlegende Änderung des Begriffs Gesundheit**
Ilona Kickbusch
Sieben Thesen über die Erwartungen an Qualität und Sicherheit in einer zukünftigen Gesundheitsgesellschaft.
- 8 Incident-Reporting und Patientensicherheit**
Sven Staender
In einem fachübergreifenden Projekt werden die Incident-Reporting-Systeme einzelner Spitäler verknüpft, um ein Lernen auf überregionaler Ebene zu ermöglichen.
- 10 Die Meinung der Patienten ist gefragt**
Urs Keller
Am Beispiel des PizolCare-Patientenbeirats werden die Möglichkeiten und Vorteile einer solchen Institution dargestellt.
- 13 Die Konsequenzen pauschalisierter Vergütungssysteme**
Volker Eric Amelung
Es braucht zweistufige Vergütungssysteme mit leistungsorientierten Komponenten, damit Kosten und Qualität adäquat berücksichtigt werden können.
- 15 Ein Schlüsselfaktor für Patientensicherheit**
Marc-Anton Hochreutener
MC-Ansätze bieten ideale Voraussetzungen für den Erfahrungsaustausch zur Förderung der Patientensicherheit.
- 19 Hausarztmodelle**
Ärztetze und Versicherer – ein komplexes Verhältnis
Hansueli Schläpfer, Andreas Weber, Christian Marti
Chancen für eine konstruktive Entwicklung der medizinischen Versorgung im regulierten Markt sind vorhanden. Deren Umsetzung ist abhängig vom Verhalten der beteiligten Akteure.

- 22** **Forschungsprioritäten für Managed Care**
Managed-Care-Evaluation: unbefriedigende Datengrundlage
 Stefan Spycher
 Um Hindernisse bei der Umsetzung von Managed Care zu beseitigen, braucht es Untersuchungen, welche die Wirksamkeit und Kosteneffektivität von MC belegen.
- 27** **Case Management**
Case Management: den Wiedereingliederungserfolg vorhersagen
 Stefan Scholz-Odermatt, Rainer Hartmann
 In einer Studie wurden Fallmerkmale bei Halswirbelsäulen-Verletzungen identifiziert, welche den Erfolg der Wiedereingliederung beeinflussen.
- 32** **Psychische Gesundheit**
Ambulante Psychotherapie - der Aufwand der Neuregelung
 Jörg Herdt, Corina M. Hännly und Klaus Bader
 In der Verhaltenstherapie-Ambulanz der Universitären Psychiatrischen Klinik Basel wurde untersucht, wie sich die neue Regelung für ambulante Psychotherapien auswirkt.
- 35** **Case Management**
Präventives Fallmanagement durch Krankenkassen
 Frank Heinzen, Julia Fleckenstein
 Ein deutsches Dienstleistungsunternehmen für Krankenkassen hat ein Vorsorgeprogramm entwickelt, um ältere Hochrisikopatienten frühzeitig zu erfassen.
- 18** **Rubriken**
Kolumne
 Teure Krebsbehandlungen: Der Krug geht zum Brunnen bis er bricht – von Prof. Dr. med. Thomas Cerny, Präsident Krebsliga Schweiz
- 40** **Seite von med-swiss.net**
 Vorankündigung zum Podiums Anlass: Hausärzte und kein Nachwuchs – Ursachen aus erster Hand
- 41** **Resonanz**
 Mut zu Transparenz • Das Positive im Föderalismus • 15 Minuten für die Hausarztforschung • Hohe Medikamentenpreise wegen Pharmastandort • Geschlecht und Gesundheit
- 42** **Veranstaltungskalender**
 Veranstaltungen/Weiter- und Fortbildung
- 44** **In Kürze**
 Den guten Tod erforschen • Unbekannte Telemedizin • Schlechte Kommunikation zwischen Spitalarzt und Grundversorger • Gesundheit im Alter verbessern ••• Vorschau: Chancen und Risiken der Versichertenkarte

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

Verlag:
 Rosenfluh Publikationen AG
 Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen

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

Betreuung des Schwerpunktthemas:
 Peter Berchtold und Kurt Hess

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

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

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

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

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

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

DTP und Layout:
 Rosenfluh Publikationen AG, Regina Hauser

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

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

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

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

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

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

Managed Care ist online einsehbar
 (pdf) unter
fmc.ch
und tellmed.ch

Die Qualität des Zusammenspiels entscheidet

Ein modernes Verständnis von Managed Care reicht über traditionelle Inhalte wie Gatekeeping, Ärztenetze und Budgetverantwortung hinaus. Es folgt einem systemischen Ansatz der Integration und Verkopplung der unterschiedlichen Akteure. Ziel ist, deren Zusammenwirken weiter zu optimieren und so Behandlungsqualität und Patientensicherheit zu stärken.

Peter Berchtold

Im konkreten Fall ist nur das Beste gut genug! Die uneingeschränkte Zugänglichkeit, vor allem aber die Qualität der gebotenen Behandlungen und das zu erwartende «Outcome» prägen die Erwartungen der Patientinnen und Patienten an unser Gesundheitswesen. Zudem werden immer deutlicher Fragen zur Patientensicherheit gestellt. Gemäss aktuellen Meinungsumfragen sind das die Themen, mit welchen sich Versicherte wie auch Patientinnen und Patienten in erster Linie beschäftigen. Kosteneinsparungen, höhere Selbstbehalte oder Prämienreduktionen scheinen erst in Funktion zum gebotenen Nutzen als wichtig erachtet zu werden. Mit zunehmender Vielfalt und Komplexität von Behandlung und Betreuung – besonders bei chronischen Krankheiten – sind die Behandlungsqualität und die Patientensicherheit direkt vom Zusammenspiel aller Beteiligten abhängig. Es reicht daher heute nicht mehr, wenn einzelne Untersuchungen, Behandlungen und Betreuungsmassnahmen qualitativ hochstehend sind. Was zählt, ist gleichzeitig die Qualität

des Zusammenspiels und das Gesamtergebnis.

Fehler entstehen an Bruchstellen

Qualität und Sicherheit in Behandlung und Betreuung sind auch zentrale Ziele der Leistungserbringenden in Einzelpraxen, Ärztenetzen, Spitälern, Spitex und so weiter. Ebendiese Qualität und Sicherheit entsteht aber nicht mehr (nur) vor Ort, sondern (auch) im Rahmen eines funktionierenden Zusammenwirkens beteiligter Akteure (siehe Beitrag S. 15). Dieses Zusammenwirken ist offensichtlich umso herausforderungsreicher, je mehr Personen und Institutionen am Behandlungs- und Betreuungsprozess beteiligt sind. Darüber hinaus wird heute das Zusammenwirken auch durch die zunehmende Ökonomisierung der Medizin bedrängt, denn viele ökonomische Anreize entfalten zwar für einzelne Akteure betriebswirtschaftlich erwünschte Wirkungen, leider aber auch medizinisch unerwünschte Nebenwirkungen [1]. Beispielhaft dafür ist die in Deutschland im Rahmen der DRG-Einführung zu beobachtende Zergliederung der Patientenprozesse in (ökonomisch) definierte Teile, welche ihrerseits zu neuen Informationsbrüchen und Pannen führen können (siehe Beitrag S. 13).

Wirkungsvolle Verknüpfungsstrategien

Nicht nur im Gesundheitswesen, auch in anderen Bereichen stehen Organisationen vor der Herausforderung, dass zunehmende Spezialisierungen und komplexere Technologien die Leistungsqualität bedrohen und die Fehleranfälligkeit erhöhen können: Die



Peter Berchtold

sogenannten High Reliability Organisations (HRO) – Atomkraftwerke, Flugzeugträger und so weiter – sind solche Organisationen, welche eine hohe Zuverlässigkeit gewährleisten müssen trotz ihrer inhärenten Risiken, Menschen schwer zu schaden (siehe Beitrag S. 8). In vielen Organisationen wird Qualität und Sicherheit durch Standardisierung und Vereinheitlichung der operativen Abläufe erreicht. Hierarchische Kontrolle im Sinne eines klassischen Managements hat die Aufgabe, Abweichungen von definierten Standards zu minimieren beziehungsweise zu korrigieren, um dadurch Fehler zu verhindern.

In Organisationen mit hochkomplexen Aufgaben, in Prozessen mit ganz unterschiedlichen Beteiligten und nicht zuletzt dort, wo das Kerngeschäft in den Händen von professionellen Experten liegt – wie in Spitälern und anderen Gesundheitseinrichtungen –, greift der klassische Managementansatz und hierarchische Kontrolle zu kurz: Alle Standardisierungen, Leistungsindikatoren, Benchmarking und wissenschaftliche Evidenz in der klinischen Praxis werden letztlich nur unbefriedigende Resultate bezüglich Qualität und Sicherheit ergeben. Mehr noch, sie können bei den Beteiligten ein gefährliches falsches Gefühl von Verlässlichkeit und Sicherheit erzeugen. Daher ist im Gesundheitsbereich ein integrativer Managementansatz zu verfolgen [2], welcher

- die «prekären» Beziehungen (neben Standardisierung, EBM und Leistungsindikatoren) zwischen den differenzierten Gruppen sowohl im Spital (Ärzte, Pflegenden, Manager, Patienten etc.) wie auch im Gesamtsystem (Leistungserbringer, Versicherer, Staat, Versicherte etc.) berücksichtigt und diesen Rechnung tragen kann
- dem Verständnis unterschiedlicher beruflicher und kultureller Wertvorstellungen sowie gegenseitigem Respekt grundlegende Beachtung schenkt
- Kooperation und kontinuierliches Lernen über traditionelle Grenzen hinweg fördert.

Managed Care als Schlüsselfaktor

In Analogie zum integrativen Managementansatz geht ein modernes Verständnis von Managed Care über die traditionellen Inhal-

te wie Gatekeeping, Ärztenetze und Budgetverantwortung hinaus. Es folgt einem systemischen Ansatz der Integration und der verstärkten Verkoppelung der unterschiedlichen Akteure. Ziel ist, deren Zusammenwirken weiter zu optimieren und damit die Behandlungsqualität und Patientensicherheit zu stärken. Das müsste eigentlich auch jene Leistungserbringenden von Managed Care überzeugen, welche bisher auf Distanz blieben. Ebenso die Tatsache, dass Managed Care in der Schweiz zu wesentlichen Teilen von Leistungserbringenden initiiert, aufgebaut und weiterentwickelt wurde und sich Staat und Versicherer (wenn auch nicht konsequent) auf Förderung beschränkt haben. Diese Möglichkeit des Entwickelns aus Eigeninitiative und nicht auf staatliches Geheiss oder kontraproduktiven Druck der Finanzierenden, hat wesentlich zur Attraktivität von Managed Care in der Schweiz beigetragen und wird es weiterhin tun.

Autor:

PD Dr. Peter Berchtold
Präsident Forum Managed Care
College-M
Freiburgstrasse 41
3010 Bern
peter.berchtold@college-m.ch

Literatur:

1. Berchtold P: Qualität und Wirtschaftlichkeit als Widersacher? *Managed Care*, 3/07, S. 21.
2. Carroll JS, Rudolph JW: Design of high reliability organizations in health care. *Qual Saf Health Care* 2006; 15 (Suppl): i4–i9.

Grundlegende Änderung des Begriffs Gesundheit

Sieben Thesen über die Erwartungen an Qualität und Sicherheit in einer zukünftigen Gesundheitsgesellschaft.

Ilona Kickbusch

1. Die Gesundheitsgesellschaft [1] des 21. Jahrhunderts zeichnet sich dadurch aus, dass die Gesundheit selbst zur treibenden Kraft in der Gesellschaft geworden ist – ökonomisch, politisch und sozial. Diese Dynamik wird bestimmt aus der veränderten Lebensumwelt der Menschen und aus der veränderten Bedeutung, die Gesundheit in der modernen Gesellschaft für jeden Einzelnen hat: Zum einen braucht unsere Gesellschaft mehr Gesundheit, nicht zuletzt aus wirtschaftlichen Gründen, zum anderen (und das ist politisch um einiges relevanter) will und erwartet ein signifikanter Teil der Bevölkerung sie auch.

2. Die Rolle des Bürgers/Konsumenten/Patienten wird immer bedeutsamer: Die Gesundheitsgesellschaft erfordert eine aktive und kompetente Beteiligung an der eigenen Gesunderhaltung in einem komplexer werdenen Gesundheitssystem und einem wachsenden Gesundheitsmarkt. Es gibt kaum einen gesellschaftlichen Bereich, der den zentralen Handlungsprinzipien der Moderne mehr entspricht als die Gesundheit: Expansion, Optionenvielfalt, Individualisierung, Differenzierung, Machbarkeit. Auch der Gesundheitsbegriff ändert sich grundlegend. Es ist ein Kennzeichen der Gesundheitsgesellschaft, dass alle vier Domänen der Gesundheit – persönliche, öffentliche, medizinische und marktorientierte Gesundheit – hoch

entwickelt sind. Ausserdem dehnen sich alle vier Domänen weiter aus, teils konkurrierend, teils ergänzend. Daraus ergeben sich viele Widersprüchlichkeiten und Ambivalenzen.

3. Weil Gesundheit als machbar und als universelles Bürgerrecht verstanden wird, wird sie von den BürgerInnen zunehmend erwartet und eingeklagt. Das Versprechen von der Machbarkeit der Gesundheit ist in einem ersten historischen Schritt eingelöst worden: Mehr Krankheiten sind heilbar, aber auch erkennbar, mehr Gesundheit ist möglich, aber auch gefordert. Dies wurde nur realisierbar, weil wir solidarische Systeme sowohl für die öffentliche wie für die individuelle Gesundheit entwickelt haben, die den wirtschaftlichen, technologischen und medizinischen Fortschritt breit zugänglich machen. Angebot und Nachfrage treiben sich gegenseitig verstärkend an, nicht zuletzt aufgrund der zunehmenden Ökonomisierung der Gesundheit. Fehlleistungen des Systems werden immer weniger akzeptiert, ebenso der Ausschluss von bestimmten Leistungen. Zugleich aber definiert sich die Gesundheitsgesellschaft aus dem Gegensatz, dass einerseits immer mehr Gesundheit möglich ist, dass aber durch die spezifischen Organisationsformen und Lebensweisen der Moderne vielen Menschen Gesundheit als notwendige Lebensressource abhanden kommt.

4. In der Gesundheitsgesellschaft stellen sich neue Fragen der Nachhaltigkeit, sowohl der Solidarsysteme wie auch der Gesundheit selbst. Der gewaltige demografische Druck



Ilona Kickbusch

bringt massive sozial- und gesundheitspolitische Änderungen mit sich. In der globalen Gesundheitsgesellschaft werden Solidaritäten infrage gestellt. Der Konkurrenzdruck wächst: Nicht nur die Produkte des Gesundheitsmarktes, auch die Patienten und das Gesundheitspersonal sind inzwischen mobil. Daraus entwickeln sich neue Versorgungsformen und Marktsegmente, die sich schon heute durch einen Luxusmarkt und eine Macworld andeuten und ganz neue Herausforderungen an die Versorgung stellen. Doch diese Szenarien setzen alle noch voraus, dass der Gesundheitszustand der jungen Generation ähnlich hoch sein wird wie heute. Neue Studien gehen aber davon aus, dass wir dabei sind, den Gewinn an Lebenserwartung, der im 20. Jahrhundert erfolgt ist, im 21. Jahrhundert schon wieder zu verspielen.

5. In modernen Gesundheitsgesellschaften wird erwartet, dass BürgerInnen fähig sind, stichhaltige Entscheide für die eigene und die Gesundheit anderer zu fällen. Gesundheitskompetenz wird zur Erhaltung von Gesundheit und für ein gutes Funktionieren des Versorgungssystems immer zentraler werden. Sie muss über das ganze Leben hinweg immer neu hergestellt werden und gehört zu den Grundkompetenzen in der Gesellschaft des 21. Jahrhunderts. OECD-Studien zeigen jedoch auf, dass zirka 20 Prozent der Bevölkerung in OECD-Staaten nicht die Kompetenzen besitzen, die es bräuchte, um normal und ohne Einschränkungen am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen.

6. Ein zentrales Element der Qualität, Effizienz und Sicherheit von Präventions- und Versorgungsstrukturen wird deren Kommunikationskompetenz sein, gegenüber den Patienten, aber auch zwischen den Systemen und Versorgern. Angesichts zunehmender Individualisierung und Differenzierung der Gesundheitsbedürfnisse und der Versorgungsoptionen ergibt sich ein ansteigendes Bedürfnis nach individueller Beratung und Betreuung sowie dem Austausch von Daten. Daraus ergeben sich organisatorische, finanzielle und ethische Fragen. Wer hat Zugang zu den Daten? Wer wird Anlaufstelle für persönliche Gesundheitsberatung im Gesundheitssystem? Der Bedarf an «Gesundheitslot-

sen» aller Art wird steigen. Daraus ergeben sich eine Vielzahl von Fragen für Versicherer, Arbeitgeber und Behörden und neue Ungewissheiten in der Verantwortung, Qualitätssicherung, Bewertung und Evaluation der präventiven und integrierten Leistungen.

7. In der Gesundheitsgesellschaft muss der «Gesundheitsmehrwert» für den Bürger/Konsumenten/Patienten ausschlaggebend sein. Konsumentenrechte, Patientenrechte und Bürgerrechte müssen sehr viel genauer aufeinander abgestimmt, und die Vielzahl von neuen Teilhabeformen muss rechtlich abgesichert werden. Darf man Behandlung oder Gesundheit verweigern? Wie weit sollten Patienten- und Konsumentenrechte gefasst werden, zum Beispiel in Hinblick auf lebensverlängernde Massnahmen? Die Schutz- und Sicherungsaufgaben des Staates in der Gesundheit werden zunehmend neu bestimmt. Auch hier wird der Nachweis von Wirksamkeit immer bedeutender – und das ist gerade für viele der neuen Gesundheitsprodukte und Dienstleistungen zunehmend schwierig. So zeigt sich die Wirksamkeit vieler Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen erst im Lebensverlauf. Sie ist dann nicht auf eine einzelne Massnahme, zum Beispiel einer Krankenkasse, zurückzuführen, was zusätzliche Unsicherheit erzeugt.

Fazit

Das Recht auf Teilhabe, Information, Qualität, Kompetenz und Sicherheit wird in der Gesundheitsgesellschaft an Bedeutung gewinnen, und die BürgerInnen, PatientInnen und KonsumentInnen werden es zunehmend einfordern. Dies umso mehr, als sie die Kosten direkt tragen müssen und die Sichtbarkeit des Preis-Leistungs-Verhältnisses hergestellt wird.

Autorin:

Professor Dr. Ilona Kickbusch

kickbusch health consult

Postfach 721

3855 Brienz

kickbusch@bluewin.ch

Literatur:

Kickbusch I.: *Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft.* Verlag für Gesundheitsförderung. Gamburg 2006.

Incident-Reporting und Patientensicherheit

In der Fehleranalyse und im Riskmanagement ist das Incident-Reporting (IR)¹ in vielen Bereichen fest etabliert. Die Technik wird als Frühwarnsystem eingesetzt um Schwachstellen zu erfassen, bevor grössere Unfälle passieren. In einem gemeinsamen Projekt der Schweizer Gesellschaft für Anästhesie und Reanimation und der Stiftung Patientensicherheit werden die IR-Systeme einzelner Spitäler verknüpft, um ein Lernen auf überregionaler Ebene zu ermöglichen.



Sven Staender

Sven Staender

Um Schwachstellen in Arbeitsabläufen aufzudecken, setzen mittlerweile so unterschiedliche Unternehmen und Industriezweige wie die chemische Industrie, Kernkraftwerke, Flug- und andere Transportunternehmen das Instrument des IR ein. Dabei geht es nicht darum, über die Anzahl kritischer Ereignisse zu beurteilen, wie sicher oder unsicher der jeweilige Betrieb ist. Auch sollen nicht die Personen ausfindig gemacht werden, denen die Zwischenfälle passiert sind. Es geht einzig darum, aus den Fehlern zu lernen um zu verhindern, dass gleiche Fehler mehrmals passieren.

In der Medizin hat sich diese seit 1943 bekannte Technik in den verschiedensten Fachrichtungen etabliert. IR-Systeme sind in vielen Spitälern eingeführt und Fachgesellschaften wie die SGAR (Schweizer Gesellschaft für Anästhesie und Reanimation) betreiben IR-Systeme auf nationaler Ebene,

mit dem Ziel, das Wissen um Zwischenfälle zu verbreiten.

Wie Zwischenfälle zur Sicherheit beitragen können

Incidents (Zwischenfälle) geben oft Hinweise, wie sich tatsächliche Unfälle entwickeln und ermöglichen deshalb rechtzeitige präventive Massnahmen. Da Incidents sehr viel häufiger auftreten als eigentliche Unfälle, bieten sie eine breite Datenbasis für das Sicherheitsmanagement. Zudem helfen Berichte über Vorkommnisse mit, die Wachsamkeit der Beteiligten aufrechtzuerhalten. Dies gilt besonders für potenziell risikoreiche Umgebungen, in denen über lange Zeit kein Unfall mehr geschehen ist.

Als Hauptindikator für gutes oder schlechtes Sicherheitsmanagement wird noch immer die Anzahl Unfälle beziehungsweise Zwischenfälle während einer bestimmten Zeiteinheit gesehen. Da die Systeme auf Freiwilligkeit beruhen, macht allerdings das simple Zählen von Zwischenfällen keinen Sinn: Eine Zu- oder Abnahme der Meldungen hat nichts mit der aktuellen Sicherheitslage, sondern vielmehr mit der aktuellen Meldefreudigkeit zu tun.

Charles Billings, der Gründer des ASRS², sagte dazu: «Counting incidents is a waste of time.» Entsprechend sollten wir keine Statistiken führen oder Häufigkeiten berechnen, sondern uns um jede einzelne Meldung und ihren Inhalt kümmern. Sinn des Incident-Reportings ist es nämlich, aus den darin ent-

1 Erfassung von Zwischenfällen

2 Aviation Safety Reporting System

haltenen Informationen Präventionsstrategien abzuleiten. Das ist jedoch nicht möglich, wenn nur das fehlerhafte Verhalten einer Person beschrieben wird. Wichtig ist, in Incident-Datenbanken neben Fehlern auch die Bedingungen und Umstände, unter denen das fehlerhafte Verhalten und dessen Bewältigung erfolgten, zu erfassen und zu klassifizieren.

Notwendige Rahmenbedingungen

IR-Systeme lassen sich nur dann erfolgreich betreiben, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

1. Vertrauen

Die Atmosphäre am Arbeitsplatz muss vertiefte Fehleranalysen erlauben: Wenn aus Angst vor negativen Konsequenzen Ungenauigkeiten kaschiert und Fehler ohne Konsequenzen verschwiegen werden, können nur selten korrigierende Massnahmen ergriffen werden.

Vor jeglicher systematischer Fehleranalyse steht somit in jedem Unternehmen der Aufbau einer Fehlerkultur. Erst wenn die Atmosphäre frei von Schuldzuweisungen, Bestrafungen, Sanktionen und so weiter ist, lässt sich werteneutral über Fehler diskutieren. Die Frage muss dabei lauten: «Warum ist das passiert?» und nicht «Wem ist das passiert?»

2. Freiwilligkeit

Niemand darf gezwungen werden, Zwischenfälle zu berichten. Dies stünde in klarem Widerspruch zu dem Aufbau einer Fehlerkultur und würde das komplette Scheitern eines IR-Systems bedeuten.

3. Motivation zur Berichterstattung

Die Berichterstatter erkennen den Wert ihrer Berichte, wenn sie merken, dass dadurch das System beziehungsweise ihre Arbeit sicherer wird. Wichtig ist deshalb regelmässiges Feedback – zum Beispiel als Newsletter – über Änderungen und Verbesserungen aufgrund von IR. Feedback intensiviert zudem die Kommunikation und den Aktualitätsbezug von sicherheitsrelevanten Aspekten. Hier sind dann die Chefetagen gefordert, die Erkenntnisse aus IR-Programmen in Veränderungen im Unternehmen umzusetzen.

Mit diesen einfachen Massnahmen kann es gelingen, erfolgreich Meldesysteme für Zwischenfälle einzuführen.

IR als wesentlicher Baustein im Sicherheitsmanagement

Diese Rahmenbedingungen umzusetzen bedeutet, sich der Kultur von sogenannten «high reliability organizations» (HRO) zu nähern. Das sind Organisationen, die versuchen, ihre Fehleranzahl wegen der zumeist gravierenden Konsequenzen absolut minimal zu halten (Kernkraftwerke, Ölbohr-Plattformen, Flugzeugträger etc). Allen HRO sind folgende Grundprinzipien gemeinsam:

- Sicherheit als oberstes Ziel
- ständige Wachsamkeit bei den Organisationsabläufen
- Hauptaugenmerk auf missglückte Abläufe
- Wertschätzung von Expertenwissen
- Reporting-Kultur.

Diese Aufzählung zeigt sehr eindrücklich, dass dem «organisationalen Lernen» im weitesten Sinn und der ständigen Wachsamkeit bei den Prozessen höchste Priorität eingeräumt wird.

Zusammen mit Beat Meister und Thomas Pasch sowie Olga Frank, Marc-Anton Hochreutener und Dieter Conen von der Stiftung Patientensicherheit Schweiz hat die Schweizer Gesellschaft für Anästhesie und Reanimation ein Projekt lanciert, das die verschiedensten IR-Systeme von Anästhesieabteilungen einzelner Spitäler miteinander verknüpft. Dies soll der Schweizer Anästhesie erlauben, auf überregionaler Ebene zu lernen. Das Projekt läuft unter dem Namen CIRNET (Critical Incident Reporting und Reacting Network) und befindet sich aktuell in der Pilotphase (siehe auch Beitrag S. 15). Incident-Reporting ist somit auch in der Medizin ein wesentlicher Baustein im Sicherheitsmanagement. Allerdings darf man es nicht beim simplen Berichten von Ereignissen belassen. Man muss aus jedem einzelnen Fall lernen und das Gelernte in die Betriebsabläufe integrieren.

Autor:

Dr. med. Sven Staender

Chefarzt Institut für Anästhesie und Intensivmedizin
Spital Männedorf
8708 Männedorf
s.staender@spitalmaennedorf.ch

Die Meinung der Patienten ist gefragt

Die Einrichtung eines Patientenbeirats ist ganz im Sinn einer evidenzbasierten Medizin. Sie erlaubt es, bei der Festlegung von Behandlungsrichtlinien oder bei Fragen zu Abklärungsmethoden und Therapien die Meinung von Patienten mit einzubeziehen. Am Beispiel des PizolCare-Patientenbeirats werden die Möglichkeiten und Vorteile einer solchen Institution dargestellt.

Urs Keller

Die PizolCare ist ein Ärztenetzwerk mit 96 Grundversorgern, Spezialisten mit Praxis und Spital-Kaderärzten¹ in der Region Sarganserland und Werdenberg, Kanton St. Gallen. Bereits im Jahr 2000 beschloss das Ärztenetzwerk, sich in wichtigen Fragen der Gesundheitsversorgung von einem Patientenbeirat beraten zu lassen. Es kann nicht angehen, dass wichtige Entscheidungen für Patienten und gesunde Prämienzahler ohne deren Mitwirkung oder wenigstens Anhörung gefällt werden. Zudem ist das Netzwerk überzeugt, dass diese beiden Gruppen eigene Ideen zur Mitwirkung und Information der Bevölkerung einbringen können, für eine patientengerechte und optimierte medizinische Versorgung.

Entwicklung des Patientenbeirats

Anfänglich wurden alle in einem Hausarztmodell versicherten Patienten der Region angeschrieben, um Mitglieder für den Patientenbeirat zu gewinnen. Später suchten die Mitglieder selbst wie auch die Ärzte von PizolCare nach weiteren Patientenvertretern.

Zusätzlich wurden zwei grössere lokale Patientenorganisationen angefragt, ob sie sich beteiligen möchten. So besteht der Patientenbeirat derzeit aus neun Personen, darunter je ein Vertreter der kantonalen Rheumaliga St. Gallen, Zweigstelle Bad Ragaz und des Procap Sargans (das Netzwerk für Menschen mit Handicap). Die übrigen Mitglieder sind alle Prämienzahler, welche gegenwärtig gesund sind oder an einer chronischen Krankheit leiden, mit oder ohne medizinische Vorkenntnisse oder Berufserfahrung.

Es war dem Ärztenetzwerk von Beginn an ausserordentlich wichtig, Patientenmeinungen mit einzubeziehen bei der Festlegung von Behandlungsrichtlinien und bei Fragen zum Stellenwert von Abklärungsmethoden oder möglichen Therapien. Ziel war, einen breit abgestützten Patientenrat zusammenzustellen, mit Vertretern aus dem gesamten Einzugsgebiet des Netzwerks. Dies ist gelungen, und neu hat der Patientenbeirat auch die Funktion eines Verbindungsglieds zur Bevölkerung übernommen. Die Organisation von Gesundheitsforen, Ernährungskursen und einem Gesundheitstag sind Ausdruck des zusätzlich aufklärerischen Verständnisses dieses Beirates, der ungefähr einem «Advisory Board» im angelsächsischen Raum entspricht.

Möglichkeiten der Mitsprache

Die Mitglieder des Patientenbeirats von PizolCare können in den unterschiedlichsten

¹ Der Einfachheit halber ist nur die männliche Form erwähnt, die Kolleginnen sind selbstverständlich miteingerechnet.



Urs Keller

Kasten:

Aktivitäten des Patientenbeirats

Im Patientenbeirat der PizolCare werden die unterschiedlichsten Fragen diskutiert und zahlreiche Vorschläge, aktiv zu werden, eingebracht. Von diesen Vorschlägen sind unter anderen folgende bereits umgesetzt:

- Eigene Internetseite auf der Homepage der PizolCare www.pizolcare.ch mit eigenem Patientenforum.
- Eine Patientenverfügung, die unter www.pizolcare.ch – Patientenbeirat – Dokumente abgerufen und ausgedruckt werden kann.
- Empfehlung für zwei ergänzende Rubriken in den Physiotherapie-Unterlagen: Patientencompliance (Mitarbeit des Patienten) und Angaben zur Arbeitsfähigkeit aus Sicht des Physiotherapeuten.
- Organisation von bisher sieben PizolCare-Gesundheitsforen (das letzte Forum fand im November 2006 statt, ein Podiumsgespräch zum Thema: Härtere Gangart bei der Sozialversicherung – was sind Scheininvaliden, was wird überhaupt noch bezahlt?).
- Organisation von Ernährungskursen für Betroffene und Angehörige, die für Hausarztmodell-Versicherte kostenlos sind, zu Themen wie Diabetes, Krebs und entzündliche Krankheiten.
- Organisation des 1. Patiententages im Juni 2006 mit persönlicher Einladung und Gutscheinen für alle Hausarztmodell-Versicherten aus der Region.
- Stellungnahme zum PalliativCare-Projekt der PizolCare und dem Brückendienst der Krebsliga St. Gallen zusammen mit dem Kanton und dem Palliativnetz Ostschweiz.

Bereichen Einfluss nehmen. Während der bisherigen 28 Sitzungen wurde immer wieder über die Ziele und die Möglichkeiten der Einflussnahme diskutiert. Die anfänglich formulierten Punkte wurden mit der Zeit ergänzt und lauten zurzeit wie folgt:

- Vor Abschluss spezieller Versicherungs-

verträge (Kopfpauschalen, HMO) wird die Meinung der Patienten eingeholt.

- Beim internen Austausch (zwischen vernetzten Ärzten) von Patientendaten wird die Patientenmeinung ebenfalls mitberücksichtigt.
- Bei öffentlichen Veranstaltungen der PizolCare zu Themen wie Prävention und kostenloser Weiterbildung (siehe *Kasten*) werden die Anliegen der Patienten mit einbezogen.
- Eine aussen stehende Meinung über die ärztliche Tätigkeit kann unabhängig von einer bestehenden Arzt-Patient-Beziehung über den Patientenbeirat eingeholt werden. Ziel ist eine ergänzende Optik zur klassischen Patientenbefragung.

Durch die Einflussnahme des Patientenbeirats ergeben sich ausserdem Vorteile, sowohl für die Patienten wie auch für die beteiligten Ärzte:

- Patienten müssen nicht direkt auf die Fragen ihres Arztes antworten. Im Patientenbeirat können sie eigene wie auch generelle Erfahrungen einbringen und sich «frei von der Leber weg» äussern.
- Patienten, die dem Beirat angehören, können sich auf gleicher Augenhöhe und ohne Bedarf einer Behandlung (ohne Gefühl von Abhängigkeit) mit Mitgliedern des Ärztenetzwerks austauschen.
- Ideen und Konzepte, die am Patientenbedürfnis vorbeizielern, lassen sich weitestgehend verhindern.
- Vergleiche über die Vorstellung von Problemen und deren Lösungen aus Sicht des Arztes und Patienten können zu neuen Denkansätzen bei der Behandlung führen.
- Der Patientenbeirat kann gewährleisten, dass der informelle medizinische und organisatorische Austausch zwischen Arzt und Patient auf «gleicher Ebene» erfolgt.

Verbesserung von Sicherheit und Qualität

Der Patientenbeirat möchte sich in Zukunft auch als niederschwellige «Klagemauer» verstanden wissen, als Ergänzung zum Ombudsmann. Klagen, die Mitgliedern des Patientenbeirates zu Ohren kommen, können diskutiert und durch Vermittlung oder Ratschläge einer Lösung zugeführt werden. Da-

zu wird auf der Homepage gegenwärtig ein Patientenforum eingerichtet. Die Vorstellung der PizolCare-Patientenpfade im Patientenbeirat ermöglicht es, in diesem Bereich qualitative Aspekte aus Patientensicht einzubringen. Auch über das immer noch etwas stiefmütterlich behandelte CIRS² wird diskutiert. Grundsätzlich ist sich der Patientenbeirat einig, dass ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen dem (zukünftigen) Patienten und seinem Hausarzt den wesentlichsten Pfeiler für ein gutes Outcome darstellt. Bei Managed-Care-Systemen ist per definitionem der Ausgangspunkt ein «Arzt des Vertrauens». Daher

muss er das vertrauensbildende Element bleiben, welches für gute Qualität besorgt ist, für diese aber noch nicht bürgen kann. Dazu dient das patientengerechte Weiterweisen an die vom Managed-Care-Netz definierten «Preferred Provider». Zudem garantiert das Equam³-Zertifikat dem Patientenbeirat, dass die zertifizierten Praxen einem gewissen Standard entsprechen. Der Patientenbeirat wird sich auch beim Bundesamt für Gesundheit dafür einsetzen und sich überdies zur Medikamentensicherheit vernahmen lassen.

Autor:

Dr. med. Urs Keller

PizolCare AG
Büntenstrasse 6
7323 Wängs
ukeller@hin.ch

2 Critical Incidence Reporting System: Fehlermeldesystem, um qualitäts- und sicherheitsrelevante Probleme zu erkennen und zu analysieren.

3 Equam: externe Qualitätssicherung in der Medizin.

Die Konsequenzen pauschalisierter Vergütungssysteme

In Vergütungssystemen, die ausschließlich auf Kostensenkung und Optimierung der Prozesse fokussiert sind, sollten auch leistungsorientierte Komponenten miteinbezogen werden. Nur zweistufige Vergütungskonzepte bieten das Potenzial, Kosten und Qualitätsaspekte adäquat zu berücksichtigen.

Volker Eric Amelung

Die zentrale Bedeutung von Vergütungssystemen für die Gestaltung eines Gesundheitssystems wurde in den letzten Jahrzehnten intensiv diskutiert, und eine Vielzahl von Instrumenten wurde implementiert. Dabei ist die Kernaufgabe eines Vergütungssystems einerseits die Verteilung von Geldern, andererseits soll es die Akteure zu zielgerichtetem Verhalten motivieren [1]. Somit ist die Anreizfunktion ein wesentliches Element der Zielsetzung. Bei den klassischen Vergütungssystemen (Gehalt, Einzelleistungsvergütung, Kostenerstattung, Fallpauschalen, Kopfpauschalen oder auch bei der in den USA aktuellen Diskussion mit sehr prominenten Ansätzen von leistungsorientierter Vergütung [pay for performance]) [2] zeigt sich deutlich, dass einstufige Vergütungssysteme erhebliche Fehlsteuerungen hervorrufen. Simpel formuliert ist es immer das Gleiche: Sind die Kosten unter Kontrolle, gibt es ein Qualitätsproblem und vice versa.

Steuern über Anreize

DRG¹ sind hierfür ein Paradebeispiel: Für den Ökonomen ist offensichtlich, dass DRG

ein Qualitätsproblem hervorrufen und es zwangsläufig zu Kostenverlagerungen kommen wird. Die Anreize in einem DRG-System bestehen darin, eine definierte Mindestqualität möglichst kostengünstig zu erreichen. Qualität spielt nur vor dem Hintergrund der Marktanteilsicherung respektive Erhöhung und Einhaltung von Mindestqualitäten eine Rolle (Gefahr der Wiedereinweisung). Eine dem Vergütungssystem immanente Motivation zur Qualitätssteigerung gibt es hier nicht. Upcoding² und ähnliche Konzepte rücken in den Vordergrund strategischer Überlegungen.

In der Gesundheitspolitik ergibt vor diesem Hintergrund eine DRG-Vergütung nur dann einen Sinn, wenn parallel ein radikaler Qualitätswettbewerb über die Veröffentlichung der Ergebnisqualität eingeführt wird. Entsprechend lässt sich auch festhalten, dass Vergütungssysteme immer in einen Gesamtkontext eingebunden werden müssen, der aus unterschiedlichen, gegenläufigen Instrumenten und Anreizstrukturen besteht. Die Akteure müssen dann zwischen den Zieldimensionen Qualität und Kosten entscheiden und divergierende Ziele im Sinne von «Sowohl-als-auch»-Strategien umsetzen.

«Nebeneffekt» Prozessoptimierung

In der Diskussion über Gesundheitssysteme wird immer wieder die Umsetzung von prozessorientierten Konzepten gefordert. Hier-



Volker Eric Amelung

1 Diagnosis Related Groups, ein Fallpauschalensystem zur Abgeltung im stationären Spitalbereich. Das DRG-System wird 2009 auch in der Schweiz eingeführt.

2 Erlösoptimierung eines individuellen Falles.

Literatur:

1. Amelung V: *Managed Care – neue Wege im Gesundheitsmanagement*. Gabler-Verlag, 4. Auflage 2007.

2. Institute of Medicine (IOM): *Rewarding provider performance*, National Academies Press 2007.

zu gehören die Disease-Management-Programme³, die als wesentliche Säulen einer optimierten Versorgung angesehen werden, wie auch die ebenso bedeutenden und eng damit verbundenen Leitlinien. Die Programme und Leitlinien laufen streng genommen auf die konsequente Umsetzung von Evidence based Medicine⁴ und die systematische Optimierung von Geschäftsprozessen hinaus.

Im Sinne der klassischen Organisationslehre werden bei Disease-Management-Programmen komplexe Aufgaben zuerst in Teilaufgaben zerlegt und dann in sinnvolle Leistungspakete zusammengeführt. Dies bedeutet nichts anderes als Ablauforganisation. Im Gesundheitswesen zeigt sich immer wieder deutlich, dass die Umsetzung derartiger Sektoren und/oder berufsfeldübergreifender Ansätze nur funktioniert, wenn sie durch monetäre Anreize unterstützt werden.

Mit der Einführung von pauschalierten Vergütungssystemen hat sich allerdings gezeigt, dass die Prozessoptimierung als «Nebenprodukt» entsteht.

Chance für inhaltliche Optimierung

Die Einführung von DRG fördert zwangsläufig eine prozesskosten- und targetkostenorientierte Denkweise. Um die in einem DRG-System notwendige Portfoliostrategie umsetzen zu können, müssen in einem ersten Schritt sämtliche Geschäftsprozesse detailliert analysiert werden. Ohne eine fundierte Prozesskostenrechnung beziehungsweise eine sehr fundierte Kostenträgerrechnung können keine strategisch notwendigen Entscheidungen getroffen werden. Vor diesem Hintergrund sind die benötigten Informationen neu aufzubereiten, Wertschöpfungsketten werden offensichtlich, und insbesondere werden die jeweiligen Kostentreiber identifiziert. Bereits hier wird deutlich, dass eine Umstellung auf DRG quasi als Nebenprodukt eine Diskussion über Prozessoptimierung hervorruft. Immer wenn Prozesse und die damit verbundenen Kosten

analysiert werden, bietet es sich an, die Chance zu nutzen und die Prozesse auch inhaltlich zu optimieren. Häufig waren Prozessoptimierungen in den letzten Jahren nicht von dem Ziel einer verbesserten Versorgungsqualität geleitet. Vielmehr hat es sich so ergeben, wenn ein Krankenhaus DRG-getriebene Portfoliostrategien umsetzen musste.

Dabei wird sich herausstellen, dass, wie oben dargestellt, die Qualitätskomponenten nicht im Vordergrund stehen müssen. Vielmehr wird primär aus Kosten- und Erlösge Gesichtspunkten optimiert. Gerade deshalb sollten Vergütungssysteme, die ausschliesslich auf Kostensenkungs- beziehungsweise Prozessoptimierung fokussieren, stets mit leistungsorientierten Komponenten versehen werden. Nur zweistufige Vergütungskonzepte bieten das Potenzial, adäquat Kosten und Qualitätsaspekte zu berücksichtigen.

Fazit

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Bedeutung der Versorgung multimorbid chronisch Kranker wird das Prozessmanagement – und integrierte Versorgung ist im Wesentlichen ein Synonym für Prozessmanagement – die wesentliche Schlüsselgrösse darstellen. In Deutschland hat sich deutlich gezeigt, dass nicht die inhaltlichen, sondern die finanziellen und somit nur unmittelbaren Anreize zu einer erheblichen Diskussion und auch zur Implementierung von Prozessoptimierungen geführt haben. Vergütungssysteme sollten deshalb nicht nur auf die unmittelbaren finanziellen Auswirkungen überprüft werden, auch die oftmals wenig ersichtlichen indirekten Konsequenzen sollten stärker fokussiert werden. Es ist nicht entscheidend, wie die einzelnen Anreizsysteme isoliert funktionieren und wirken. Im Sinne systemtheoretischer Analysen gilt es zu ermitteln, welche verstärkenden, aufhebenden oder konkurrierenden Anreize im System wirken und wie ein sinnvolles Anreizportfolio gestaltet werden kann.

Autor:

Uni-Prof. Dr. oec. Volker Eric Amelung
Medizinische Hochschule Hannover und
Bundesverband Managed Care e.V., Berlin
Carl Neuberg-Strasse 1
D-30625 Hannover
amelung@berlin.de

³ Disease Management: diagnosespezifische Gestaltung und Koordination der Leistungsprozesse während der gesamten Behandlungskette.

⁴ Bewusste, ausdrückliche und wohlüberlegte Nutzung der besten Informationen für die Entscheidungsfindung über die Behandlung eines Patienten.

Ein Schlüsselfaktor für Patientensicherheit

In Risikobranchen ist es Pflicht, die Erkenntnisse aus Fehlern anderen Beteiligten zugänglich zu machen. Die Grundlage dafür sind Netzwerke, welche den Wissensaustausch beschleunigen und Lösungen im System ermöglichen. Im Gesundheitswesen bieten Managed-Care-Ansätze die idealen Voraussetzungen für den Erfahrungsaustausch zur Förderung der Patientensicherheit.

Marc-Anton Hochreutener

Vergleiche mit der Fliegerei sind beliebt, wenn Ansätze zur Förderung der Patientensicherheit diskutiert werden. Zwar sind diese Vergleiche mit der heroischen Flugbranche mitunter suspekt, weil sie nur bedingt taugen, um Analogschlüsse auf die Gesundheitsindustrie zu ziehen. Wenn man diese «metaphorische Limite» trotzdem berücksichtigt, gibt es interessante Dinge von den Fliegern zu lernen. Zum Beispiel: Piloten sind immer die ersten am Unfallplatz – leider meistens tot. Dieser Umstand (direkte Betroffenheit durch Fehler im System, in dem man arbeitet) ist – neben ökonomischen Beweggründen – wohl der wichtigste Anreiz, warum Flieger seit Beginn der Aviatik eine Kultur entwickelt haben, über Fehler zu reden: Jeder ist lebensnotwendig darauf angewiesen, aus Fehlern von anderen lernen zu dürfen, damit sein berufsbedingtes Sterberisiko reduziert wird.

Ein Gedankenpiel

Würde man diesen Anreizmechanismus für Vernetzung und Wissensteilung auf das Ge-

sundheitswesen übertragen, hiesse das: Wer in einem Spital arbeitet, sollte verpflichtet werden, dass er selber – und möglichst auch seine nächsten Angehörigen – nur in diesem Spital behandelt werden. Das würde wahrscheinlich die Vernetzungsbereitschaft zum Zwecke des Wissensaustausches über Fehler im Gesundheitswesen enorm beschleunigen. Das ist natürlich nicht möglich, obwohl die Gedankenspielerlei etwas für sich hat. Sie zeigt zumindest, dass, wenn Systemfehler fatale Auswirkungen haben können, die Fehler nicht an verschiedenen Orten gemacht werden müssen, um an den verschiedenen Orten individuell daraus zu lernen. Und trotzdem wird dieser «Luxus» im Gesundheitswesen zum grossen Teil gelebt.

Fehlerrisiko vermindern

Patientensicherheit ist der innerste Kern des Qualitätsmanagements. Klug konzipiertes Managed Care kann wesentlich zu einer qualitativ besseren Versorgung beitragen. Der Schluss liegt deshalb auf der Hand, dass MC auch ein Schlüsselfaktor für die Patientensicherheit darstellt. Wesentliche Faktoren, die zu einer optimalen Patientensicherheit beitragen, sind:

- vollständige und rasche Weitergabe und Verfügbarkeit von Informationen
- offene, qualitätsorientierte Kommunikation
- durchkonzipierte Prozesse und patientenzentrierte Prozesseignerschaft
- systemische Denkweise
- die Bereitschaft, Probleme bereichs-, organisations- und berufsgruppenübergreifend zu identifizieren und zu lösen



Marc-Anton Hochreutener

- lernende Organisationen
- die Integration fachlicher, ökonomischer und qualitativer Aspekte der Gesundheitsleistungen.

Dies alles sind typische Attribute von MC. Sind diese Faktoren nicht gegeben, steigt das

Oberarzt um ein Lungenzintigramm². Die Lungenembolie wird bestätigt.

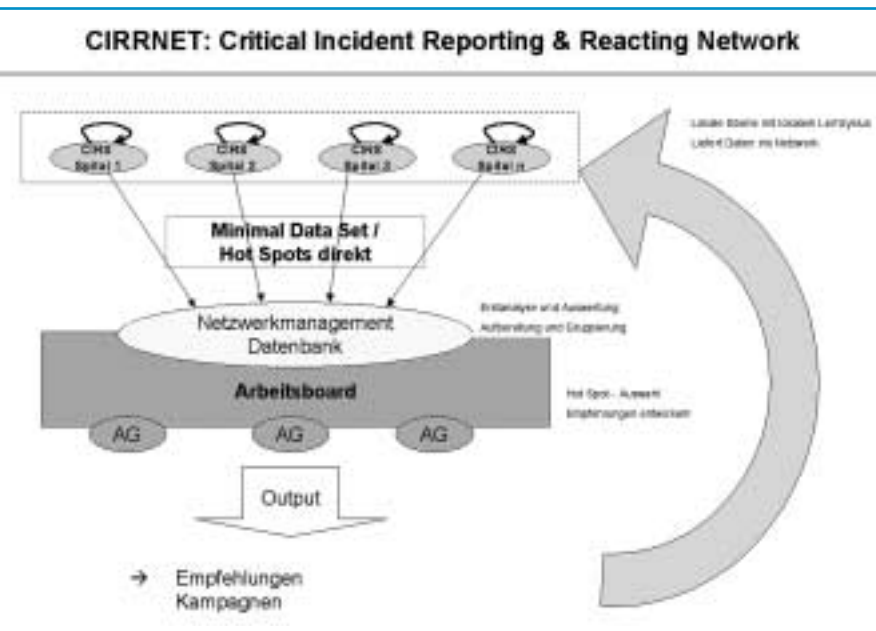
Systemische Problemlösungen

Der Fall verlief glimpflich, hätte aber schlimme Folgen haben können. Wo lag das Problem? Die obige Liste von Schlüsselfaktoren erlaubt zwanglos eine Analyse. Schuld sind nicht die Beteiligten, denn alle haben so gehandelt, wie es im fraktionierten System vorgespurt ist. Eine systemische Betrachtung macht aber offensichtlich, wo die Probleme in der Kette organisatorisch vorgegeben waren: lückenhafte Informationsflüsse und -verfügbarkeit, indirekte Kommunikationskanäle, keine Prozesseignerschaft (diese wurde vom verwandten Doktor zufälligerweise kompensiert), organisatorische Grenzzäune.

Wenn man weiter denkt, besteht das Hauptproblem darin, dass die beteiligten Komponenten und Funktionsträger der Behandlungskette nicht die Gelegenheit haben werden, daraus zu lernen und die Kette sicherer zu machen. Dies ist erst möglich, wenn sie vernetzt sind und über Mechanismen verfügen, die es erlauben, die Erkenntnisse aus diesem Einzelfall in Problemlösungen umzusetzen, die ähnliche Fälle künftig systematisch verhindern.

Netzwerke aufbauen

Die Stiftung für Patientensicherheit³ wurde unter anderem geschaffen, um Netzwerke aufzubauen und um Erkenntnisse aus lokalen Fehlern zu verbreiten. Natürlich ist das eine Sisyphusarbeit und eine kleine Organisation allein wird diesem hohen Anspruch nicht gerecht werden können. Neben dieser nationalen Plattform sind Modelle auf Stufe der Leistungserbringer notwendig, die «Managed Patient Safety» sicherstellen. Mit dem Projekt CIRRNET⁴ (siehe auch Beitrag S. 8) versucht die Stiftung zusammen mit Fachgesellschaften, in diese Richtung zu gehen: Lokale Fehlermeldesysteme werden vernetzt und Erkenntnisse in einer



Grafik: Das Projekt CIRRNET der Stiftung für Patientensicherheit
Begriffserläuterung: Hot Spots sind erkannte bedeutende Problempunkte der Patientensicherheit.

Risiko von Fehlern. Ein Beispiel aus dem realen Leben: Ein sportlicher 80-Jähriger unterzieht sich in einer der besten Orthopädiekliniken einer Revision seiner zwölfjährigen Hüftprothese. Sein Hang zu Lungenembolien ist seit Jugendzeit bekannt. Dementsprechend werden – nach einem exzellent durchgeführten Prothesenersatz – am Operationsort eine saubere Antikoagulation¹ und konsequente Mobilisierung durchgeführt. Beim Übertritt in ein Rehaszentrum gehen die Informationen zum Thromboserisiko verloren, das Antikoagulationsschema wird nicht mehr aufrechterhalten. Nach Austritt aus der Reha klagt er über diffuse Beschwerden, Atemnot, gelegentliches Stechen im Brustbereich. Notfallmässig gelangt er in ein Grundversorgungsspital. Doch wurden wesentliche Dokumente aus der Primärhospitalisation noch nicht erstellt oder an andere Stellen übermittelt. Das Grundversorgungsspital denkt an Asthma (bei diesem Patienten ebenfalls bekannt). Ein naher Verwandter ist Arzt und bittet den ihm bekannten

1 Blutverdünnung zur Verhinderung von Gerinnseln und Embolien

2 Spezielle Röntgenuntersuchung der Lunge, beispielsweise zum Nachweis von Lungenembolien

3 www.patientensicherheit.ch

4 Critical Incident Reporting and Reacting Network

gemeinsamen Datenbank zusammengeführt. Der Wissensaustausch und Lernprozess wird webbasiert und durch Arbeitsgremien gefördert (siehe *Grafik*).

Erkannte Problemthemen werden aufgearbeitet und münden in Empfehlungen, welche breit zugänglich gemacht werden. So wurden bereits Empfehlungen zur Kommunikation und zur Prävention von Eingriffsverwechslungen entwickelt, weitere sind in Arbeit (Medikationsfehler, Sturzprävention, Patientenverwechslungen und andere). Daneben werden Schulungsmodule zur Vermittlung der Methoden der Fehleranalyse aufgebaut.

Diese Aktivitäten allein werden aber nur bedingt helfen, die organisatorischen, prozessualen, informationstechnischen und kulturellen Brüche zu kompensieren, welche unser Gesundheitssystem infolge seiner Fraktionierung charakterisieren und welche eine ständige latente Gefahrenquelle darstellen. Doch enthalten Managed-Care-Ansätze ein hervorragendes Potenzial, solche Brüche zu eliminieren.

Autor:

Dr. Marc-Anton Hochreutener

Geschäftsführer

Stiftung für Patientensicherheit

Asylstrasse 41

8032 Zürich

info@patientensicherheit.ch

Teure Krebsbehandlungen: Der Krug geht zum Brunnen bis er bricht



Thomas Cerny

Über 40 Prozent der Schweizer Bevölkerung erkrankt in ihrem Leben an Krebs, Tendenz aufgrund der demografischen Entwicklung steigend. Immer mehr zeigt sich, dass der frühe Einsatz der medikamentösen Krebsbehandlung – häufig sogar vor der Operation – das kurative Potenzial der Behandlung erhöht. In der Palliation¹ gelingt es zunehmend, fortgeschrittene Erkrankungen über Jahre mit guter Lebensqualität stabil zu halten. Die traditionelle zyklusweise verabreichte Chemotherapie wird ergänzt durch gezielt wachstumshemmende, meist ständig einzunehmende Medikamente.

So weit, so gut, aber insbesondere zwei Entwicklungen laufen hier falsch:

Erstens werden Prävention und Früherkennung weiterhin sträflich vernachlässigt, haben keine vernünftigen Anreize und serbelen föderalistisch vor sich hin. Hier wird ein enormes Potenzial auf lange Frist vertan, welches Leiden und rapide zunehmende, unnötige Behandlungskosten verhindern könnte.

Zweitens ist auf die monströse Preisgestaltung für neue Medikamente hinzuweisen: Die Entstehung der Medikamentenpreise ist absolut intransparent, protektionistisch und nach oben ausgebrochen. Das internationale Patentrecht wird gestützt, obwohl es ein juristisches Minenfeld ist, welches Innovation verunmöglicht oder massiv erschwert. In der Konsequenz hat dies dazu geführt, dass heute die breite globale Grundlagenforschung von der Öffentlichkeit finanziert wird und sich die Firmen dieses Wissen auf der Endstrecke der möglichen Anwendung durch Patente und Lizenzen sichern und damit heute die grössten Profite machen, welche sogar die Gewinne der Finanz- und Rohstoffbranche tief in den Schatten stellen. Die daraus resultierenden Hochpreismedikamente erreichen schon jetzt nicht mehr alle Patienten

im reichen Westen, ganz abgesehen vom Rest der Welt! Aber der Krug geht zum Brunnen, bis er bricht ...

Die Preisgestaltung und die Prävention/ Früherkennung sind miteinander verquickt. In der öffentlichen Diskussion kommen jedoch die wichtigsten Argumente gar nicht aufs Tapet. Gerade wir Ärzte sollten nicht in die Falle geraten, die heisse Kartoffel der Rationierung in der Medizin in unsere Hände zu nehmen, wenn die wichtigsten Voraussetzungen für diese Diskussion nicht erfüllt sind. Solange eine absurde Preispolitik, ein widersinniges Patentrecht und die Förderung von Prävention und Früherkennung nicht wirklich zum Vorteil der Bevölkerung umgestaltet werden, ist eine Diskussion über die Rationierung nichts weiter als ein unwürdiger Stellvertreter-Krieg, den wir ablehnen müssen.

Sollten die Mittel für die Krebsbehandlung auch bei einer fairen und transparenten Preisgestaltung, bei einem wirklich die Innovation schützenden Patentrecht und in einer Gesellschaft mit einer hohen Qualität in Prävention und Früherkennung nicht ausreichen, so werden wir Ärzte uns an den Tisch setzen und unseren Teil zur Rationierung leisten.

Prof. Dr. med. Thomas Cerny

Präsident Krebsliga Schweiz
Chefarzt Onkologie/Hämatologie
Departement Innere Medizin
Kantonsspital St. Gallen
9007 St. Gallen
thomas.cerny@kssg.ch

¹ Palliation: Die Beschwerden einer Krankheit lindern, nicht die Krankheit heilen.

Ärztennetze und Versicherer – ein komplexes Verhältnis

Zurzeit gehen Politiker und Bevölkerung davon aus, dass im Gesundheitswesen Wettbewerb und ökonomische Prinzipien das Verhalten der Partner leiten sollen. Nicht die Einheitskasse und nicht der Vertragszwang sichern die gute Versorgung, sondern der regulierte Markt. Die Regulation soll bewirken, dass Solidarität und Gerechtigkeit im Marktgetümmel nicht untergehen. In diesem Spannungsfeld bewegen sich die folgenden Überlegungen.

Hansueli Schläpfer, Andreas Weber, Christian Marti

Managed Care, integrierte Versorgung, Ärztenetze: Kaum jemand bezweifelt, dass diese Strukturen für eine vernünftige Gesundheitsversorgung der Bevölkerung notwendig sind. Es sind Strukturen, die neben der unmittelbaren Dienstleistung an Kranken und Gesunden einen Systemaufwand erfordern. Das Bekenntnis zu MC setzt implizit voraus, dass sich der Aufwand lohnt, wenn er geschickt und sinnvoll eingesetzt wird.

Versicherte und Patienten

Sie sind das «Substrat» des Gesundheitsmarktes, ökonomische Subjekte und zugleich Menschen mit Hoffnungen, Ängsten und Leiden. Als Prämienzahler wollen sie ihren Aufwand minimieren, als krankheitsanfällige Menschen wünschen sie Sicherheit und bestmögliche Behandlung. Längst wurden sie entdeckt als Ziel mehr oder weniger subtiler, oft indirekter Werbung. Wer sie gewinnt, hat im Markt das Sagen. Für das Ver-

hältnis zwischen Versicherern und Ärzten werden sie immer mehr zu Schlüsselfiguren.

Krankenversicherer

Krankenkassen entstanden aus menschlicher Solidarität, oft in einzelnen Gemeinden. Sie formulierten von Anfang an Solidarität in versicherungsmathematischer und ökonomischer Sprache. Je anonymere die Gesellschaft, je komplexer und kostspieliger die Medizin, umso stärker trat das ökonomisch-rechnende Element in den Vordergrund. Aus Gemeindekrankenkassen wurden unübersichtliche Grosskonzerne. Ihr Ziel ist Wachstum und wirtschaftlicher Erfolg. Diese Faktoren sind abhängig von den Versichertenzahlen, den Einnahmen aus Prämien und Risikoausgleich und den Kosten für Leistungen und Verwaltung. Die Solidarität als ursprüngliche Leitidee wird zu einem weiteren Faktor in dieser übergeordneten Vision und die Non-Profit-Grundversicherung wandelt sich vom Kerngeschäft zur Basis der rentablen Zusatzversicherung.

Diese Situation bestimmt die Logik ihres Handelns, welche die Ärzte oft vor den Kopf stösst. Die Ärzte haben den Wandel der Versicherungen von Solidargemeinschaften zu Wirtschaftsunternehmen nicht begriffen. Ohne die Logik moderner Versicherer moralisch beurteilen zu wollen (was fehl am Platz wäre), lässt sich diese wie folgt umschreiben:

1. Gesunde Versicherte gewinnt man mit niedrigen Prämien und kleinen Annehmlichkeiten, die Krankheitsleistungen sind Nebensache. Sie anzulocken ist interessant, solange der Risikoausgleich nicht funktioniert, besonders weil sie auch für



Hansueli Schläpfer



Andreas Weber



Christian Marti

- das Zusatzversicherungsgeschäft rentabel sind. Mit alternativen Versicherungsmodellen lassen sich die Prämien senken. Die eingeschränkte Wahlfreiheit fällt dabei nur wenig ins Gewicht, weil vorwiegend Gesunde kaum je einen Arzt brauchen. Die Selektionskraft für gute Risiken wird durch sie sogar noch erhöht. Ausserdem sollen die Systemkosten niedrig sein. Es braucht auch kein effizientes MC-System, weil wenige Krankheitsfälle auftreten, bei denen gespart werden könnte. Damit sind «Pseudo-Hausarztmodelle» in diesem Segment für die Versicherer ein interessantes Produkt. Sie beruhen auf einseitigen Abmachungen zwischen Versicherung und Versicherten. Ärzte und ihre Netze sind Nebensache, sie sollen wie bisher die Leistungen erbringen und sich möglichst kostenlos um Kosteneinsparungen für die Versicherer kümmern.
2. Kranke Versicherte sind heute ein Verlustgeschäft. Keine Versicherung wird versuchen, sie anzulocken. Hat man sie erst einmal als Kunden, wird man sie nicht so schnell los, ohne den guten Ruf zu gefährden. Kranke sind bereit, höhere Prämien zu bezahlen und sie wechseln die Versicherung weniger schnell. Sie bekommen ja den entsprechenden Gegenwert. Damit wird die Frage der Leistungskosten und der Behandlungssteuerung bei diesen Versicherten dringlich.
 3. Die Versicherer wollen die Krankheitskosten tief halten und eine gute Behandlungsqualität bieten. Brauchen sie dazu Hausarztversicherungen und Verträge mit Ärztenetzen, denen sie für die Steuerungsleistungen und Qualitätsarbeit gutes Geld bezahlen? Oder gibt es für sie andere, kostengünstigere Wege? Es könnte ja sein, dass in den Netzen Ärzte organisiert sind, die gut und kostengünstig arbeiten, unabhängig von der Netzorganisation. Es könnte sein, dass sie mit den Hausarztverträgen Netze finanzieren, die ihre Leistungen allen Versicherten zukommen lassen, auch jenen der Konkurrenzkassen. Und es könnte sein, dass nur jene Versicherten in ein Hausarztmodell gehen, die sowieso weniger Ansprüche stellen und darum in jedem Fall billiger sind. Wenn alle diese Überlegungen zutreffen, warum

sollte dann ein Versicherer mit den Ärztenetzen Verträge aushandeln?

4. Ärztenetze sind für die Versicherer attraktiv, wenn sie in der Zusammenarbeit einen Vorteil sehen. Sie müssen erkennen können, dass ihre Hausarztversicherten dort kostengünstiger und mindestens gleich gut betreut werden wie ohne Vertrag mit dem Hausarztnetz. Der Vertrag muss ein Werbeargument sein und der Prämienrabatt durch die effizientere Versorgung einigermaßen aufgewogen werden.

Ärzte und Ärztenetze

Ärzte denken primär medizinisch und glauben, dass sie alle Patienten gleich gut behandeln, unabhängig von deren sozialer und ökonomischer Situation und Versicherungsstatus. Einzige Ausnahme ist der Privatpatientenbereich, der in der ambulanten Grundversorgung aber keine Rolle spielt.

Die meisten Grundversorger halten solche Unterscheidungen für unethisch. Die Ökonomisierung der Medizin als Folge der steigenden Kosten ist für sie ein Gräuelfeld. Sie wollen und können sich nicht vorstellen, Patienten unterschiedlich zu betreuen, entsprechend ihrer Versicherung oder dem eingekauften Versicherungsprodukt. Darum fällt es ihnen schwer, selektiv auf hausarztversicherte Patienten zugeschnittene Angebote zu machen, Budgetverantwortung zu übernehmen oder sich gar für bestimmte Versicherungen einzusetzen.

Diese verbreitete Haltung der Hausärzte verstärkt die Tendenz vieler Krankenkassen, das Schwergewicht auf die Selektion guter Risiken zu legen und ihre Versicherten zu Ärztenetzen zu lenken, die ohnehin kostengünstig arbeiten, ohne dass sie dafür belohnt werden. Es ist die Strategie der «Pseudo-Hausarztmodelle», welche die Grundversorger auf die Palme bringt. Sie sehen sich um den verdienten Lohn für ihre Bemühungen betrogen, rufen zum Kampf gegen die Versicherer auf und fühlen sich nicht zu Unrecht als eine vom Aussterben bedrohte Art. Für eine konstruktive Entwicklung des Gesundheitswesens in Richtung integrierte Versorgung sind diese Tendenzen fatal. Ärztenetze als Träger einer solchen Versorgung müssen sich fragen, welche Bedingungen sie erfüllen müssen, um auf einem wettbewerbsorien-

tierten Markt interessante und starke Partner für die Versicherer zu werden und von ihnen die notwendigen Mittel für professionelle Netzleistungen zu erhalten. Dazu folgen einige Thesen.

Unternehmerische Bedingungen für erfolgreiche Ärztenetze

1. Die *sichtbare Qualität ihrer Arbeit* hat erste Priorität. Sie geht weit über eine blossе Zertifizierung hinaus und verlangt nichts weniger als eine moderne Grundversorgung. Nahe an Patienten und Gesunden nimmt sie deren Bedürfnisse auf, versteht sie und befriedigt sie im Rahmen eines überbordenden Gesundheitswesens massvoll und kompetent. Die Qualität präsentiert sich als *Marke*, die Menschen und ihre Versicherungen so überzeugend anspricht, dass sie sich für sie entscheiden.
2. Die *Fähigkeit zur Differenzierung* entwickelt sich für Ärztenetze zu einer existenziellen Frage. Sie müssen lernen, hausarztversicherte Patienten selektiv zu steuern und zu betreuen, damit diese ihre Behandlungsvorteile auch erkennen können und von der Vorstellung einer «Leistungsspar-Versicherung» wegkommen. Erst dann können auch die Versicherungen dieses Produkt nicht mehr nur mit dem Prämienspar-Argument verkaufen. Die Fähigkeit zur Differenzierung hängt davon ab, ob die Netze ihre Ärzte dafür gewinnen und ihre ethischen Bedenken entkräften können. Zentral ist hier die Freiheit der Patienten, ihre Versicherung auszuwählen. Sie haben es in der Hand, eine Hausarztversicherung abzuschliessen und damit die Vorteile zu geniessen oder aber die Versicherung zu wechseln.
3. Die *Einflussnahme auf die Versicherungswahl der Patienten* wird damit entscheidend. Dies ist ein neues und unbekanntes Feld für Ärztenetze. Es könnte mit einem Rating der Krankenkassen beginnen, aus dem unter anderem hervorgeht, welche Versicherer eine faire Zusammenarbeit mit den Netzen pflegen und wer sie bloss ausnützt. Der nächste Schritt wäre eine aktive und systematische Werbung für zuverlässige Partnerversicherer und ihre Versicherungsprodukte. Unter der Voraussetzung, dass ein Ärztenetz keine markt-

beherrschende Stellung innehat, könnten Ärztenetze ihre Patienten beim Versicherungswechsel beraten.

4. Die *Vertragsfreiheit der Ärzte gegenüber den Versicherern* ginge noch weiter. Gut organisierte Qualitätsnetze könnten den kollektiven Tarmed-Vertrag kündigen und, ausser im Notfall, nur noch Versicherte solcher Versicherungen behandeln, mit denen sie einen Vertrag abgeschlossen haben. Patienten anderer Versicherungen könnte man eine Übergangsfrist einräumen, in der sie die Versicherung wechseln müssen, wenn sie sich weiterhin im Netz behandeln lassen wollen. Dies ist in der Grundversicherung problemlos möglich. Eine solche Strategie der Netze wäre das Gegenstück zur Vertragsfreiheit der Versicherungen gegenüber den Ärzten und würde gleich lange Spiesse schaffen.

Die Chancen für eine konstruktive Entwicklung der medizinischen Versorgung im regulierten Markt sind vorhanden. Ihre Verwirklichung hängt davon ab, ob Ärzte lernen, unternehmerisch zu denken ohne ihre Kernaufgabe zu vernachlässigen. Sie hängt aber auch davon ab, ob die Versicherer im härter werdenden Wettbewerb ihre Grundidee der Solidarität und der sozialen Verantwortung nicht über Bord werfen und es wagen, auch mittel- und längerfristig zu denken und zu handeln. Und sie steht und fällt mit dem Willen der Politiker, über eine konsequente Verbesserung des Risikoausgleiches, die Abschaffung der Wahlfranchisen und die Schaffung von Handlungsspielraum bei der Kostenbeteiligung nachzudenken. Und nicht zuletzt sollten die Bemühungen der Ärzte und der Krankenversicherer für eine effiziente Gesundheitsversorgung belohnt werden.

Autoren:

Dr. med. Hansueli Schläpfer

Ärztenez SântiMed

Kasernenstrasse 30, 9100 Herisau
schlaepfer11@bluewin.ch

Dr. med. Andreas Weber

Präsident mediX Schweiz

Sumatrastrasse 10, 8006 Zürich
andreas.weber@medix.ch

Dr. med. Christian Marti

Geschäftsleiter WintiMed

Rosinliweg 44, 8400 Winterthur
Christian.Marti@hin.ch

Managed-Care-Evaluation: unbefriedigende Daten- grundlage

Um die Vorteile von Managed Care zu belegen, die vorhandenen Befürchtungen über Qualitätseinbussen zu zerstreuen und die Instrumente weiterzuentwickeln, braucht es Evaluationen, welche sich auf zuverlässige Daten Grundlagen stützen. Die Datensituation in der Schweiz ist heute aber mangelhaft und sollte verbessert werden.

Stefan Spycher

Managed-Care-Organisationsformen (MCO) und -Instrumente geniessen zurzeit in der gesundheitspolitischen Debatte eine grosse Aufmerksamkeit. Allseits wird gehofft, dass Managed Care (MC) sowohl die Kosten reduzieren wie auch die Qualität steigern kann. Die Erwartungen stützen sich dabei vor allem auf ausländische Studien, sind doch schweizerische Arbeiten erst in geringer Zahl vorhanden. Aber nicht nur in der Schweiz, sondern auch in Europa gibt es noch nicht sehr viele Untersuchungen [1]. Um die heute in der Schweiz vorhandenen Hindernisse für MC zu beseitigen (z.B. den Kontrahierungszwang, die dualistische Spitalfinanzierung und den ungenügenden Risikoausgleich), braucht es unbedingt schweizerische Arbeiten, welche die Wirksamkeit und Kosteneffektivität von MC belegen – und damit die GesundheitspolitikerInnen von MC überzeugen.

Welche Daten braucht es?

Die Auswahl der Daten hängt davon ab, welche Fragen beantwortet werden sollen. Drei Fragenbereiche sind besonders wichtig:

1. Die deskriptive Analyse: Wie viele Versicherte sind in MC-Modellen aufgenommen? Wie alt sind sie? Wie gesund sind sie? Etc.
2. Die Beschreibung des Vollzugs: Wie sind MC-Organisationen organisiert? Welche Abläufe bewähren sich? Wie muss die Informatik organisiert werden? Etc.
3. Wirkungsanalyse: Wie wirken MC-Organisationen und -Instrumente auf die Qualität der Versorgung (inkl. Zufriedenheit der Versicherten) sowie auf die Kosten? Etc.

Die für die Beantwortung der Fragen benötigten Daten unterscheiden sich nach den drei Bereichen. Für die deskriptive Analyse und die Wirkungsanalysen braucht es zwingend sekundärstatistische Angaben¹, für die Wirkungsanalysen darüber hinaus oft auch Primärdaten². Für die Vollzugsanalyse müssen weitere Datenquellen beigezogen werden (bspw. Beschreibungen der Behandlungsprozesse, Krankengeschichten). Für die politische Diskussion besonders relevant sind die Wirkungsanalysen. Daher wollen wir die diesbezüglichen Datenbedürfnisse etwas genauer betrachten. Die Daten für die Wirkungsprüfungen müssen folgende Bedingungen erfüllen:

¹ Sekundärstatistische Angaben fallen beim Vollzug von Tätigkeiten an (bspw. die Daten der Versicherer über die Inanspruchnahme der Versicherten) oder werden in standardisierten Befragungen regelmässig erhoben (bspw. die Schweizerische Gesundheitsbefragung des Bundesamtes für Statistik).

² Von primärstatistischen Daten spricht man dann, wenn Daten für eine bestimmte Analyse eigens erhoben werden und nicht vorgesehen ist, die Datenerhebung zu wiederholen.



Stefan Spycher

- (a) Angaben auf individuellem Niveau (keine aggregierten Daten³);
- (b) Angaben aller LeistungserbringerInnen, welche die PatientInnen versorgt haben (also Angaben über den ambulanten und den stationären Bereich);
- (c) Angaben über die Interventionsgruppe (MC-Versicherte) und über eine Kontrollgruppe, damit Vergleiche möglich sind.

Eine vierte Bedingung (d) dürfte oft auch noch dazu kommen: Angaben sind auch auf Fallebene (individuelle Angaben) notwendig, um zum Beispiel bei der Behandlung chronischer Krankheiten den Verlauf über mehrere Jahre zu beurteilen. Es wird rasch deutlich, dass die Anforderungen an die Datengrundlagen für die Prüfung der Wirkungen hoch sind. Stichprobenuntersuchungen sind ausreichend, um repräsentative Daten zu erhalten (kein Bedarf für Vollerhebungen).

Welche Daten sind vorhanden?

Bei den vorhandenen Daten sind zwei Gruppen von Datensätzen zu unterscheiden: zum einen diejenigen, die spezifisch und meist einmalig erhoben werden (Studiendaten), und zum anderen diejenigen, die regelmässig aktualisiert und somit immer gleich erfasst werden (Standarddatensätze). Berchtold und Hess [1] zeigten, dass es in der Schweiz verschiedene Studiendatensätze gibt. Allerdings hat fast jeder Datensatz das eine oder andere Problem. Einmal fehlt eine Kontrollgruppe, ein anderes Mal sind nur Daten der Versicherer vorhanden (d.h. keine Diagnosen). Ein besonderer Mangel liegt ferner darin, dass bisher noch nie systematisch Qualitäts- und Kostendaten verbunden worden sind.

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium hat 59 Standarddatensätze identifiziert, die gesundheitsrelevante Daten enthalten,

regelmässig erneuert werden und gesamtschweizerische Aussagen ermöglichen (vgl. *Tabelle*)⁴. Ein Blick auf die Zusammenstellung zeigt, dass nur wenige Datensätze vorhanden sind, welche für die Analyse von MC nützlich sind.

- Für die deskriptive Analyse kann die Krankenversicherungsdatenbank (Nr. 6) verwendet werden. Allerdings handelt es sich hierbei um aggregierte und nicht um individuelle Daten.
- Für Wirkungsanalysen könnten (teilweise) die Daten vom NewIndex (Nr. 46) beigezogen werden. Allerdings werden im Newindex-Tarifpool nur die Rechnungen von ambulant tätigen ÄrztInnen erfasst.
- In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung, die 2007 wieder durchgeführt wird (Stichprobengrösse ca. 18 400), werden Angaben über das Versicherungsmodell sowie individuelle Angaben über das Gesundheitsverhalten, den Gesundheitszustand sowie die Inanspruchnahme von Leistungen niedergelassener ÄrztInnen (Anzahl Konsultationen) und Spitäler (Anzahl Tage) erhoben (Nr. 22). Kostendaten oder Angaben über die bezahlten Prämien beziehungsweise die erhaltenen Prämienverbilligungen liegen allerdings nicht vor. Ein Vergleich zwischen den Kosten der Versicherten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und den MC-Versicherten – unter Berücksichtigung des Gesundheitszustands – ist so nicht möglich.
- Die Angaben des Datenpools von Santé-suisse können auf die verursachten Kosten auf Gruppenebene und auf das Versicherungsmodell ausgewertet werden, nicht aber auf individuellem Niveau (Nr. 51). Weitere notwendige Angaben – beispielsweise über den Gesundheitszustand, um eine Selektionskorrektur vorzunehmen (in MCO sind meist jüngere und gesündere Personen versichert) – sind nicht enthalten.
- Wesentlich detaillierter als die Datenpooldaten von Santé-suisse sind die Angaben in der CSS-Datenbank (Nr. 38). Zudem sind sie auf individueller Ebene verfügbar. Allerdings stellen die CSS-Daten nur eine bestimmte Selektion von Versicherten dar. Angaben über den Gesund-

³ Es ist notwendig, dass die Daten auf der Ebene des/der einzelnen Versicherten vorhanden sind. Daten, die Gruppen von Versicherten zusammenfassen (bspw. nach Alters- und Geschlechtsgruppen, gleich aggregierte Daten), verwischen die für die Wirkungsanalysen wichtigen Differenzen zwischen den Individuen und können kaum gültige Aussagen machen.

⁴ Die Datensätze werden in der Publikation von Strub/Roth (2006) weiter beschrieben.

heitszustand sind ebenfalls nicht vorhanden.

Kein einziger Standarddatensatz lässt heute eine methodisch befriedigende Analyse der Wirkungen von MC zu.

Mögliche Lösungswege

Ganz offensichtlich öffnet sich ein beträchtlicher Graben zwischen den vorhandenen Datengrundlagen, die nur sehr beschränkt die Wirkungen von MC analysieren können, und den Informationsbedürfnissen der Gesundheitspolitik über die Wirksamkeit von MC. Welche Lösungen sind denkbar?

Erstens können für die Evaluation weitere studienspezifische Datensätze gebildet werden. Vorteilhaft ist dabei, dass die Datensammlung spezifisch erfolgt und die Fragen unmittelbar und direkt beantwortet werden können. Erfahrungsgemäss zeigen sich aber bei Studiendatensätzen mindestens zwei Nachteile: Oft können auch hier die Datensätze nicht massgeschneidert zusammengestellt werden, sei es, weil der Aufwand für die beteiligten AkteurInnen zu gross ist, sei es, weil nicht über alle relevanten Bereiche Daten vorhanden sind. Zudem stellen die Studiendatensätze oft nur eine Zeitpunktbeurteilung dar und erlauben selten, die Wirkungen über eine bestimmte Zeit zu verfolgen.

Zweitens ist denkbar, dass Datenbanken, die regelmässig aktualisiert werden (sog. Standarddatenbanken), mit Blick auf eine Wirkungsprüfung von MC spezifisch ergänzt und ausgewertet werden. Heute verfügt kein Standarddatensatz über die notwendige Breite der Informationen und es müsste somit substanziell ergänzt werden. Bei den Versichererdaten müssten beispielsweise Informationen zum Gesundheitszustand zusätzlich erhoben werden. Etwas einfacher ist die Situation, wenn es nur um die deskriptive Analyse der Teilnehmenden an MC-Modellen geht.

Drittens könnte geprüft werden, ob nicht eine neue Standarddatenbank erstellt werden sollte, die spezifisch Informationen zu MC-Organisationen und -Instrumenten sammelt. Verschiedene öffentliche Institutionen würden sich dafür anbieten, die Daten zu erheben. Allerdings hat das Parlament es jüngst wieder abgelehnt, eine ambu-

lante Statistik zu finanzieren. Daher ist kaum zu erwarten, dass mittelfristig genügend Finanzen verfügbar sein dürften, um eine neue Statistik einzuführen.

Viertens lässt die Einführung der Versicherungskarte mit der neuen Sozialversicherungsnummer hoffen. Sie könnte der Ausgangspunkt für eine umfassendere Gesundheitskarte sein, die ihrerseits als Datengrundlage für die Analyse von MC-Organisationen dienen könnte. Allerdings ist nicht zu erwarten, dass in kurzer Zeit die heute bestehenden Widerstände gegen eine Gesundheitskarte überwunden werden.

Fazit

Wenn wir die heute vorhandenen Datengrundlagen rund um Managed Care in der Schweiz beurteilen, können wir kein positives Fazit ziehen. Es fehlt ganz eindeutig an umfassenden und zuverlässigen Grundlagen, um die Wirkung von MC zu analysieren. Wegen knapper Ressourcen ist auch nicht zu erwarten, dass sich die Standarddatensätze kurz- und mittelfristig wesentlich verbessern. Deshalb sollte man sich darauf konzentrieren, «gute» Studiendatensätze zu bilden. «Gut» meint hier, dass zum einen die teilweise negativen Erfahrungen (bspw. die unzureichende Abbildung des Gesundheitszustands) berücksichtigt werden und dass zum anderen darauf geachtet wird, dass in einer Interventions- und in einer Kontrollgruppe sowohl individuelle Qualitäts- wie auch Kostendaten erhoben werden.

Autor

Dr. rer. pol. Stefan Spycher

Leiter des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums

Bundesamt für Statistik

Espace de l'Europe 10

2010 Neuchâtel

E-Mail: stefan.spycher@bfs.admin.ch

Literatur:

1. Berchtold Peter und Kurt Hess (2006): Evidenz für Managed Care. Europäische Literaturanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Schweiz: Wirkungen von Versorgungssteuerung auf Qualität und Kosteneffektivität. Arbeitsdokument 16 des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Neuenburg.
2. Strub Silvia und Maik Roth (2006): Inventar ausgewählter Gesundheitsdatenbanken in der Schweiz 2006. Aktualisierung und Erweiterung 2006. Arbeitsdokument 20 des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Neuenburg.

Tabelle: 59 Standarddatenbanken, die gesundheitsrelevante Daten enthalten, regelmässig erneuert werden und gesamtschweizerische Aussagen ermöglichen.

Nr	DatenproduzentIn	Name der Datenbank
DatenproduzentInnen Bundesverwaltung		
1	Bundesamt für Gesundheit BAG	Schweizer Nährwertdatenbank
2	Bundesamt für Gesundheit BAG	Swiss Paediatric Surveillance Unit, SPSU (Erfassung seltener Krankheiten bei Kindern)
3	Bundesamt für Gesundheit BAG, Abteilung Übertragbare Krankheiten	Obligatorisches Meldesystem für Infektionskrankheiten
4	Bundesamt für Gesundheit BAG, Bereich Statistik und Mathematik	Aufsichtsdaten über die Krankenversicherer
5	Bundesamt für Gesundheit BAG, Bereich Statistik und Mathematik	Aufsichtsdaten über die Krankenversicherer Aufsichtsdaten über die Krankenversicherer IPV, in der Krankenversicherung
6	Bundesamt für Gesundheit BAG, Bereich Statistik und Mathematik	Krankenversicherungs-Datenbank, KKDB (Geschäftsdaten der KVG-Versicherer)
7	Bundesamt für Gesundheit BAG, Sektion Medizinalprüfungen	Eidgenössische Medizinalprüfungen, MEDUSE
8	Bundesamt für Gesundheit BAG, Facheinheit Sucht und Aids	Nationale Methadon-Statistik
9	Bundesamt für Gesundheit BAG, Facheinheit Sucht und Aids	Patientendatenbank Heroingestützte Behandlung, HeGeBe
10	Bundesamt für Gesundheit BAG, Sektion Meldesysteme, Sentinella	Sentinella – Überwachung impfverhütbarer Krankheiten
11	Bundesamt für Gesundheit BAG, Zentrales Dosisregister	Zentrales Dosisregister (Beruflich strahlenexponierte Personen)
12	Suva, Militärversicherung	Informationssystem der Militärversicherung, ISM II
13	Bundesamt für Polizei BAP, Dienst für Analyse und Prävention	Betäubungsmittel-/BTM-Statistik
14	Bundesamt für Privatversicherungen BPV	Traitement Electronique des Données des Assurances Privées, TEDAP (Betriebsdaten Privatversicherer)
15	Bundesamt für Sozialversicherung BSV, Bereich Statistik 1	Hilflosenentschädigungen der IV/AHV
16	Bundesamt für Sozialversicherung BSV, Bereich Statistik 1	Renten der Invalidenversicherung, IV-Renten
17	Bundesamt für Sozialversicherung BSV, Bereich Statistik 1	Sachleistungen der Invalidenversicherung, IV-Sachleistungen
18	Bundesamt für Sozialversicherung BSV, Kompetenzzentrum Grundlagen, Bereich Statistik	SPILEX-Statistik
19	Bundesamt für Statistik BfS, Sektion Arbeit und Erwerb	Schweizerische Arbeitskräfteerhebung, SAKE
20	Bundesamt für Statistik BfS, Sektion Bevölkerungsentwicklung	Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung, BEVNAT
21	Bundesamt für Statistik BfS, Sektion Gesundheit	Diagnosebezogene Fallkosten, FK
22	Bundesamt für Statistik BfS, Sektion Gesundheit	Krankenhausstatistik
23	Bundesamt für Statistik BfS, Sektion Gesundheit	Medizinische Statistik der Krankenhäuser
24	Bundesamt für Statistik BfS, Sektion Gesundheit	Schweizerische Gesundheitsbefragung, SGB – Mikrozensus Gesundheit
25	Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA-ISPA	Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich, SAMBAD
26	Bundesamt für Statistik BfS, Sektion Gesundheit	Statistik der Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (Synthesestatistik)
27	Bundesamt für Statistik BfS, Sektion Gesundheit	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
28	Bundesamt für Statistik BfS, Sektion Gesundheit	Todesursachenstatistik
29	Bundesamt für Statistik BfS, Sektion Unternehmensstruktur	Betriebszählung
30	Bundesamt für Statistik BfS, Sektion Politik, Kultur und Medien	Eidgenössische Volksabstimmungen, POLSTA
31	Bundesamt für Statistik BfS, Sektion Preise	Einkommens- und Verbrauchserhebung, EVE
32	Bundesamt für Statistik BfS, Sektion Preise	Spitaltarif-Index (Index der Spitaltarife im Rahmen des Konsumentenpreisindex)
33	Bundesamt für Statistik BfS, Sektion Kriminalität und Strafrecht	Opferhilfestatistik, OHS
34	Bundesamt für Statistik BfS, Abteilung Raumwirtschaft und Nachhaltigkeit, Sektion Verkehr	Strassenverkehrsunfälle
35	Eidgenössische Alkoholverwaltung EAV	Alkoholverbrauch
36	Eidgenössische Finanzverwaltung EFV	Statistik der öffentlichen Finanzen
37	VBS, LBA, Sanität, Militärärztlicher Dienst	Medizinisches Informationssystem der Armee, MEDISA
Übrige DatenproduzentInnen Schweiz		
38	CSS Versicherung AG	DataWareHouse CSS (Daten der CSS-Versicherten)
39	FMH – Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte	Ärztregister der FMH
40	Gemeinsame Einrichtung KVG	Daten Risikoausgleich
41	gfs.bern	Gesundheitsmonitor (Monitor der Gesundheitspolitik)
42	IMS HEALTH GmbH	Apotheken/SD-Ärzte-Index Schweiz (Gesamtumsatz von Medikamenten in Apotheken und bei nieder- gelassenen Ärzten)
43	IMS HEALTH GmbH	OTC-Index Schweiz (Gesamtumsatz von rezeptfreien Medikamenten in Apotheken und Drogerien)

Nr	DatenproduzentIn	Name der Datenbank
44	IMS HEALTH GmbH	SDI Schweiz. Diagnosen-Index
45	IMS HEALTH GmbH	Sekundärstatistik IMSHealth (Dichte von Leistungserbringern)
46	IMS HEALTH GmbH	Spitalmarktmonitor Schweiz (Medikamenteneinkäufe der Spitäler)
47	Institut für Gesundheit und Ökonomie ISE	NURSING data (Daten über die Pflege)
48	Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF	Basisstatistik des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie act-info-FOS
49	NewIndex	Datenpool NewIndex und Schweizer Ärzte (TrustCenter)
50	Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherung SSUV, c/o Suva	Unfallstatistiken UVG
51	Santésuisse – die Schweizer Krankenversicherer	Santésuisse-Datenpool (Daten der beim Datenpool angeschlossenen Krankenversicherer)
52	Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA-ISPA	Gesundheitsverhalten von Schulkindern – eine international vergleichende Trendstudie (Health Behaviour in School-Aged Children, HBSC)
53	Schweizerische HIV-Kohortenstudie	Schweizerische HIV-Kohortenstudie (Swiss HIV Cohort Study, SHCS)
54	Schweizer Haushalt-Panel SHP	Schweizer Haushalt-Panel, SHP
55	Schweizerisches Rotes Kreuz SRK	Anerkannte Ausbildungsabschlüsse des Schweizerischen Roten Kreuzes, SRK
56	Swiss Teratogen Information Service, Hôpital Beaumont, Lausanne	Swiss Teratogen Information Service, STIS (Medikamentenrisiken in der Schwangerschaft)
57	Vereinigung schweizerischer Krebsregister VSKR	Krebsregister, Zentrale Datenbank der Vereinigung schweizerischer Krebsregister, VSKR
Internationale DatenproduzentInnen		
58	Organisation of Economic Cooperation and Development OECD	OECD-Gesundheitsdaten / OECD Health Data
59	World Health Organisation WHO	WHO Health for all Database

Quelle: Strub / Roth (2006)

Case Management: den Wiedereingliederungs- erfolg vorhersagen

Alter, Arbeitsfähigkeit nach Unfall, Beginn des Case Managements, Nationalität und Rechtsanwaltsbeizug. Diese fünf Variablen sind Prädiktoren¹ für den Erfolg des Case Managements bei Halswirbelsäulen-Verletzungen. Die Resultate einer Studie mit 159 abgeschlossenen Fällen eines spezialisierten Schweizer Case-Managements-Anbieters werden hier vorgestellt.

Stefan Scholz-Odermatt², Rainer Hartmann³

Um Versicherungsleistungen einsparen zu können, wird seit einigen Jahren die Wiedereingliederung von verunfallten und erkrankten Menschen gefördert. Die Methode der Wahl ist dabei das Case Management (CM): Versicherer, spezialisierte Dienstleistungsanbieter und teilweise auch Arbeitgeber führen es durch. CM scheint – trotz noch bescheidenem Forschungsstand – positive Effekte zu haben. [1, 2]

Was nützt die Massnahme jedoch im Einzelfall? In welchen Fällen oder Fallkonstellationen ist CM Erfolg versprechend? Oder anders gefragt: Können wir vorhersagen, bei welcher Patientin oder welchem Patienten in CM investiert werden soll, bei welchem Fall eher nicht? [3] In der vorliegenden Untersuchung wird versucht, Antworten auf diese Frage mittels einer statistischen Analyse von abgeschlossenen CM-Fällen zu gewinnen.

Ziel und Methode der Studie

Das Ziel der Studie ist, Fallmerkmale zu identifizieren, welche den Wiedereingliederungs-

erfolg beeinflussen. Dazu wurden 159 Fälle eines spezialisierten Anbieters (Activita Care Management AG⁴) analysiert. Es handelt sich dabei um UVG-Versicherte und Haftpflichtfälle, mehrheitlich Halswirbelsäulen-Verletzungen (inklusive «Schleudertrauma»), aber auch andere Verletzungsbilder (z.B. Schädelhirntrauma). Berücksichtigt wurden alle Fälle, die zwischen 2002 und 2005 abgeschlossen wurden. Von der Studie ausgeschlossen wurden lediglich die Fälle, bei denen mehr als zwölf Monate zwischen Unfallereignis und der Anmeldung zum CM lagen, da in diesen Fällen die Ausgangslage nicht mehr vergleichbar ist (z.B. ist die verunfallte Person bereits berentet, die Chronifizierung weit fortgeschritten). Die Zielvariable ist der «Reintegrationserfolg», der sich auf die berufliche Integration respektive die



Stefan Scholz-Odermatt



Rainer Hartmann

1 Prädiktor: Zur Vorhersage eines Merkmals herangezogene Variable.

2 Dr. rer. nat. Stefan Scholz-Odermatt ist Teamleiter der Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherungen UVG (SSUV) in Luzern. Der studierte Physiker gelangte über Marktforschung zur Statistik. Unfall- und Versicherungsstatistik sind die Schwerpunkte seiner Arbeit.

3 Lic. phil. Rainer Hartmann ist Geschäftsführer der Activita Care Management AG. Er absolvierte ein Studium in Psychologie, Betriebswirtschaft und Neuropsychologie und arbeitet seither im Bereich der Rehabilitation und Reintegration.

4 Activita Care Management AG betreut seit 2001 verunfallte und erkrankte Menschen in der gesamten Deutschschweiz und hat zwei Standorte in Uster und Olten. Activita versteht sich als Dienstleister und Partner aller Beteiligten auf dem Gebiet der Rehabilitation und Reintegration/Case Management und ist ausschliesslich in diesem Bereich tätig (mit Erfahrung in 450 Fällen). Weitere Informationen: www.activita.ch

Arbeitsfähigkeit bezieht und der dreistufig definiert wurde: Vollerfolg (volle Arbeitsfähigkeit), Teilerfolg (verbesserte Arbeitsfähigkeit), kein Erfolg (keine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit).

Statistiker der Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherungen UVG (SSUV) analysierten die Daten mittels dem Statistikprogramm SAS. Für die Analyse wurden alle im Fall erfassten unabhängigen Variablen als Einflussgrössen zugelassen. Da eine Voraussage gemacht werden soll, werden nur diejenigen Daten verwendet, die typischerweise zu Beginn des CM vorliegen. *Tabelle 1* gibt eine Übersicht über das untersuchte Kollektiv und die zur Verfügung stehenden Variablen.⁵ Viele der Merkmale sind in einem hohen Masse untereinander abhängig. So korreliert beispielsweise «Nationalität» mit «Arbeitsfähigkeit bei Beginn des CM» ($r = 0,3$)⁶ und «Alter» mit «Zivilstand» ($r = 0,5$). Solche sogenannten Vermischungen erschweren es, den Einfluss der einzelnen Eigenschaft zu bestimmen. Es wurde daher notwendig, ein komplexeres Analyseverfahren einzusetzen. Mittels multivariater Analyse⁷ wurden in einem mehrstufigen Einschlussverfahren diejenigen Variablen identifiziert, welche die Wiedereingliederung signifikant beeinflussen.

Resultate und Diskussion der Einflussvariablen

Als relevante Einflussgrössen findet man die folgenden Variablen, in alphabetischer Reihenfolge:

■ *Alter* ($p = 0,007$)⁸

Dieser Faktor hat sich in Praxis und Forschung immer wieder bestätigt: Ältere Menschen haben schlechtere Wiedereingliederungschancen. Dies hängt einerseits mit dem Arbeitsmarkt zusammen, auf dem ältere Stellensuchende benachteiligt sind (und sie u.a. auch höhere Arbeitslosenraten aufweisen), andererseits können sich gesundheitliche Beschwerden vor allem in körperlich belastenden Tätigkeiten stärker auswirken, wenn die Belastbarkeit schon vermindert ist. So beziehen beispielsweise kurz vor dem Pensionsalter ungefähr 20 Prozent aller Männer eine Invalidenrente [4].

■ *Arbeitsfähigkeit bei Beginn des CM* ($p = 0,001$)

Personen, die teilarbeitsfähig waren, blieben eingliedert beziehungsweise waren bei Fallabschluss mehrheitlich voll eingliedert. Bei Personen hingegen, die zu Beginn überhaupt nicht arbeitsfähig waren, lagen die Chancen auf Wiedereingliederung weit niedriger.⁹

■ *Beginn des Case Managements* ($p < 0,001$)

Je früher nach einem Unfall das Case Management beginnt, desto grösser sind die Erfolgchancen. Oder anders gesagt: Je länger eine Arbeitsunfähigkeit dauert, desto schlechter werden die Chancen auf eine Wiedereingliederung – insbesondere dann, wenn im Verlauf auch noch die Arbeitsstelle verloren geht. Natürlich gilt festzuhalten, dass dieser Effekt auch ohne CM spielt: Kurz nach Unfallereignis oder Erkrankung ist die Ausgangslage generell noch günstiger, da Schmerzchronifizierung, negative psychische Entwicklungen, physische Dekompensation und so weiter noch weniger weit fortgeschritten sind. Für das CM bedeutet dieser Prädiktor: «Early Intervention» (d.h. früh einsetzende Fallbetreuung) ist erfolgreicher.

■ *Nationalität* ($p = 0,017$)

In der vorliegenden Studie verteilen sich die Fälle auf 89 SchweizerInnen, 31 balkanstämmige AusländerInnen, 16 eingebürgerte und 23 andere AusländerInnen. Dabei zeigt sich bei den AusländerInnen nur in 21 Prozent,

5 Ordinale Kategorien wurden in der Auswertung wie numerische verwendet.

6 Der Korrelationskoeffizient r ist ein Mass für die Stärke des Zusammenhangs zwischen zwei Variablen. Mit $r = 0$ sind sie nicht korreliert; je grösser r ist, desto stärker der Zusammenhang; bei $r = 1$ weisen zwei Variable einen perfekten linearen Zusammenhang auf.

7 Multivariate Analyseverfahren dienen zur gleichzeitigen Analyse mehrerer Variablen. Es wurde hier ein logistisches Regressionsmodell (proportional odds model) eingesetzt.

8 Der p -Wert stellt die Irrtumswahrscheinlichkeit dar. Je kleiner, desto signifikanter – sicherer – ist die Aussage.

9 Der Einfluss dieser Grösse reagiert übrigens relativ empfindlich auf Veränderungen an den Parametern der Regressionsanalyse, was vor allem an der erwähnten starken Vermischung mit anderen Variablen lag, insbesondere der Nationalität. Die in der Studie erfassten AusländerInnen waren sehr oft zu Beginn voll arbeitsunfähig.

bei den SchweizerInnen hingegen in 45 Prozent ein voller CM-Erfolg. Mit dem Merkmal der Nationalität sind jedoch weitere Faktoren vermischt: Die AusländerInnen (insbesondere die grösste Gruppe der balkanstämmigen) sind durchschnittlich schlechter ausgebildet und haben eher Arbeitsstellen mit körperlichen Belastungen inne. Dazu kommen natürlich alle Aspekte der Integration, welche die Wiedereingliederung beeinflussen: insbesondere die beruflichen Perspektiven, Sprachkenntnisse und Migrationsstress (man geht davon aus, dass bereits die Migration in ein fremdes Land für sich selbst genommen einen Belastungsfaktor im Leben dieser Menschen darstellt).

■ *Rechtsanwalt bei Anmeldung* ($p = 0,104$)

Den Wiedereingliederungserfolg beeinflusst auch die Tatsache, ob die betroffenen Personen beim Beginn des CM bereits von einem Rechtsanwalt vertreten waren oder nicht (was sich jeweils etwa hälftig aufteilte). Das Outcome war ohne Beizug eines Rechtsanwalts deutlich besser.

Die Einflussgrösse «Rechtsanwalt» muss aber noch genauer diskutiert werden. Unsere Studie gibt nämlich keine Antwort auf die Kausalität: Ist der Rechtsanwalt «schuld» am schlechteren Wiedereingliederungsergebnis (weil er den Schaden maximieren will) oder gibt es Unterscheidungsgründe, die dafür verantwortlich sind, dass sich jemand früh einen Rechtsanwalt nimmt oder eben nicht? Wir gehen davon aus, dass Letzteres wohl die grössere Rolle spielen dürfte: Wer einen Rechtsanwalt beizieht, wird wohl tendenziell eher mit einem negativen Outcome rechnen («Das wird nicht wieder gut, deswegen brauche ich auch einen Rechtsanwalt, der mir zu einer Entschädigung verhilft.»). Die eigene Erwartungshaltung, die erwiesenermassen [5] einen grossen Einfluss auf den Wiedereingliederungserfolg hat, wurde in der vorliegenden Studie jedoch nicht erhoben.

Wie oben diskutiert, ist die Variable «Nationalität» mit zahlreichen weiteren Aspekten (Schulbildung etc.) vermischt. Wir haben deshalb die Fälle nochmals ausgewertet, dabei jedoch die ausländischen Verunfallten ausgeschlossen. Die verbleibende Zahl von 89 Fällen von Schweizerinnen und Schwei-

zern ist zu gering, um damit eigenständige, fundierte Aussagen zu machen. Die Auswertung ohne Ausländer lieferte jedoch die gleichen Einflussgrössen wie die Auswertung mit Ausländern, was auf valide Ergebnisse schliessen lässt.

Chancen-Schätzer

Tabelle 2 quantifiziert den Einfluss der einzelnen Variablen. Auf Basis der gefundenen Prädiktoren wurde ein einfaches, jedoch sehr anschauliches Excel-Tool erstellt, in dem



Abbildung: Chancen-Schätzer (Excel-Tool)

über die Eingabe der fünf Merkmale eine Wiedereingliederungschance errechnet werden kann (siehe *Abbildung*). Selbstverständlich kann mit diesem Tool aufgrund der jedem Einzelfall innewohnenden spezifischen Aspekte keine genaue Einzelprognose gestellt werden, es kann jedoch der Diskussion um Wiedereingliederung und Case Management wertvolle Anregungen geben und die Erwartungen ans CM klären (insbesondere der Kostenträger und CM-Anbieter).

Zusammenfassung und Beurteilung

Die vorliegende Analyse abgeschlossener Fälle zeigt auf, welche Aspekte einen statistisch erwiesenen Einfluss auf den Wiedereingliederungserfolg haben, nämlich: Alter, Arbeitsfähigkeit nach Unfall, Beginn des CM, Nationalität und Rechtsanwaltsbeizug. Die Resultate sind für die in diesem Feld Tätigen wohl nicht überraschend, jedoch (gemäss unserem Wissen) in der Schweiz erstmalig in dieser Form analysiert und damit quantifizierbar. Durch diese Quantifizierung werden die Einflüsse auch vergleich-

Tabelle 1:
Profil des untersuchten Kollektivs und verwendete Variablen

	Anzahl (N)	Erfolg des CM (Anteil in %)		
		kein	teilweise	voll
Soziodemografie				
Alter (numerisch, in Jahren)				
< 35 Jahre	55	29%	20%	51%
35–49	63	44%	24%	32%
50 und älter	41	54%	29%	17%
Geschlecht (nominal)				
Mann	53	53%	15%	32%
Frau	106	36%	28%	36%
Bildung (ordinal)				
1 Grundschule	42	55%	24%	21%
2 Berufslehre	94	33%	26%	41%
3 Mittelschule	15	53%	20%	27%
4 Fachhochschule/Universität	8	50%	13%	37%
Nationalität (nominal)				
0 Schweiz	89	31%	24%	45%
1 Ausland	70	54%	24%	21%
Zivilstand (nominal)				
ledig	57	25%	30%	46%
verheiratet	72	51%	18%	31%
geschieden	30	50%	27%	23%
Versicherung/Recht				
Haftpflichtversicherer (nominal)				
0 nicht involviert	16	56%	19%	25%
1 involviert	143	40%	24%	36%
Rechtsanwalt (vor CM-Beginn; nominal)				
0 nicht beigezogen	84	34%	23%	43%
1 beigezogen	75	49%	25%	25%
Unfall / Gesundheit				
Gesundheit (vor Unfall; ordinal)				
1 keine Probleme bekannt	113	38%	25%	37%
2 in Genesungsphase	9	44%	11%	44%
3 lang dauernde Probleme	28	54%	25%	21%
4 lang dauernde Probleme, berentet	9	44%	22%	33%
AUF-Eintritt (Einsetzen der Arbeitsunfähigkeit nach Unfall; ordinal)				
sofort	137	42%	22%	36%
später	22	36%	36%	27%
Kopfanprall (nominal)				
0 ohne	109	38%	24%	38%
1 mit	50	48%	24%	28%
Polyblessé (weitere Verletzungen; nominal)				
0 ohne	126	40%	25%	35%
1 mit	33	49%	18%	33%
Heckanprall (Autounfall mit Heckkollision)				
0 ohne	50	36%	28%	36%
1 mit	109	44%	22%	34%
	Anzahl (N)	Erfolg des CM (Anteil in %)		
		kein	teilweise	voll
Case Management				
CM-Beginn (in Wochen nach Unfall; numerisch)				
unter 20 Wochen	81	30%	20%	51%
nach 20 Wochen und mehr	76	54%	28%	18%
Arbeitsfähigkeit (Arbeitsfähigkeit bei CM-Beginn, numerisch)				
keine (voll arbeitsunfähig)	104	51%	28%	21%
teilweise oder voll	55	24%	16%	60%

Tabelle 2:
Schätzwerte und Odds Ratios aus logistischer Regression

	Schätzwert	Standardfehler	p > χ^2	Odds Ratio
INTERCEPT1	-3,75	0,78	<,001	-
INTERCEPT2	-2,42	0,75	0,001	-
Alter	0,04	0,02	0,007	1,04
Arbeitsfähigkeit	-1,16	0,04	0,001	0,31
Nationalität	0,82	0,34	0,017	2,26
CM-Beginn	0,06	0,02	<,001	1,06
Rechtsanwalt	0,53	0,33	0,104	1,71

Die *logistische Regression* ist ein statistisches Verfahren, um Eintretenswahrscheinlichkeiten in Abhängigkeit von mehreren Merkmalen abzuschätzen. Aus den Schätzwerten können mit den individuellen Merkmalen die jeweiligen Erfolgchancen berechnet werden (Cox-Modell). Die *Intercept-Werte* adjustieren hierbei den merkmalsunabhängigen Anteil der Erfolgchancen. Das *Odds Ratio* zeigt, wie ein einzelnes Merkmal die Chancen verändert: Die Chance, dass ein Verunfallter mit beigezogenem Rechtsanwalt arbeitsunfähig bleibt, ist 1,71-mal grösser als bei einem Verunfallten ohne Rechtsanwalt.

bar: Die Aussage, dass der Faktor Rechtsanwalt die Erfolgchancen ähnlich stark herabsetzt wie 13 zusätzliche Altersjahre des Verunfallten es täten, gibt die Perspektive des Case Managements pointiert wieder.

Die Analyse berücksichtigt nur harte Faktoren (und nur die Faktoren, die auch standardmässig erfasst worden sind). Weiche Faktoren (wie Arbeitszufriedenheit [6], weitere Belastungsfaktoren wie z.B. Beziehungsprobleme) spielen ebenfalls eine entscheidende Rolle bei der Wiedereingliederung, wurden hier aber nicht erhoben.

Obwohl die vorliegende Studie nur Fälle berücksichtigt, die durch CM betreut worden sind (und vermutlich dadurch gesamthaft gesehen besser wieder eingegliedert wurden), gehen wir davon aus, dass sich diese Resultate zumindest im Unfallversicherungs-/Haftpfllichtbereich generalisieren lassen und die genannten Faktoren auch in Fällen ohne CM entscheidende Prädiktoren für den Wiedereingliederungserfolg sind.

Mittels der gefundenen fünf Faktoren (Chancen-Schätzer), und wenn die weiteren bekannten (harten und weichen) Aspekte berücksichtigt werden, lässt sich im Einzelfall besser abschätzen, ob ein CM Erfolg versprechend sein könnte. Die Entscheidungsfindung (des Kostenträgers), ob er im Einzelfall in CM investiert, kann so verbessert werden. Gleichzeitig können Erwartungen an das CM realistischer diskutiert werden.

Autoren:

Dr. Stefan Scholz dipl. phys.

Teamleiter Statistik

SSUV – Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherungen

c/o Suva

Fluhmattstrasse 1

6002 Luzern

stefan.scholz@suva.ch

lic. phil. Rainer Hartmann Psychologe FSP

Geschäftsführer

Activita Care Management AG

Amtsstrasse 3/Postfach

8610 Uster

rainer.hartmann@activita.ch

Literatur:

1. Hartmann R und Harder H (2004). Möglichkeiten der Erfolgsmessung. *Managed Care* (Schwerpunktthema «Case Management heute»), 2, 14–16.
2. Hartmann R (2004). Case Management von Unfallopfern lohnt sich. *Schweizer Versicherung*, 7, 32–33.
3. Hartmann R (2006). Eine Frage der Investition. *Schweizer Versicherung*, Juli 2006, 58–60.
4. Bundesamt für Statistik, IV-Statistik 2004.
5. Heijbel B et al. (2006). Return to work expectation predicts work in chronic musculoskeletal and behavioral health disorders: Prospective study with clinical implications. *J Occup Rehabil*, 2006 Jun;16(2): 173–84 2006/May, 173–184.
6. Bigos SJ et al. (1992). A longitudinal, prospective study of industrial back injury reporting. *Clin. Orthop.*, 1992/Jun, 21–34.

Ambulante Psycho- therapie – der Aufwand der Neuregelung



Jörg Herdt

Ab zehn Sitzungen eine Meldung an den Vertrauensarzt, ab 40 Sitzungen ein ausführlicher Bericht und ein Gesuch um eine verlängerte Kostengutsprache – dies ist die neue Regelung für ambulante Psychotherapien. In der Verhaltenstherapie-Ambulanz der Universitären Psychiatrischen Klinik Basel wird bei 85 Prozent der PatientInnen eine Meldung nötig sein, und bei 20 bis 40 Prozent der Bericht mit Gesuch.

Jörg Herdt, Corina M. Hänny und Klaus Bader



Corina M. Hänny

Am 1. Januar 2007 ist die veränderte Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) in Kraft getreten, die unter Artikel 3 die Kostenübernahme für Psychotherapie regelt. Die Verordnung zielt darauf ab, durch die Neuregelung der Vergütung Mittel einzusparen. Konkret müssen nach dem 1. Januar 2007 begonnene Psychotherapien, die voraussichtlich mehr als zehn Sitzungen beansprucht werden, der Vertrauensärztin oder dem Vertrauensarzt gemeldet werden. Diese oder dieser prüft den Fall und gibt eine Empfehlung ab. Der Versicherer entscheidet, ob und für wie viele Sitzungen die Kosten übernommen werden, wobei höchstens 30 weitere Sitzungen bewilligt werden. Ist notwendig, die Therapie darüber hinaus fortzusetzen, wird ein ausführlicher Bericht mit Gesuch um Verlängerung der Kostengutsprache fällig.

Bereits im Vorfeld der Änderungen wurde massiv Kritik geäußert, zum Beispiel, dass der erhöhte administrative Aufwand eine Kostensenkung infrage stellt und den Zu-

gang zu fachgerechter Psychotherapie erschwert [1]. Ob und wie sich die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen verändern wird, wird sich erst im Lauf der Zeit zeigen. Im Folgenden haben wir versucht, schon heute anhand von Daten aus der Verhaltenstherapie-Ambulanz (VTA) der Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) Basel aufzuzeigen, mit wie vielen Anträgen und Berichten aufgrund der neuen Regelung zu rechnen ist. Ausserdem gehen wir der Frage nach, ob der gesetzliche Rahmen der «durchschnittlichen» PsychotherapiepatientInnen gerecht wird.

Typische PsychotherapiepatientInnen der Verhaltenstherapie-Ambulanz

Um bereits heute Aussagen darüber machen zu können, wie viele PsychotherapiepatientInnen (und deren TherapeutInnen) von der Antrags- beziehungsweise Berichtspflicht betroffen sein werden, werden Daten zu Psychotherapien herangezogen, die in der VTA durchgeführt wurden. Die folgenden Darstellungen basieren auf der Auswertung der Daten von 155 Patientinnen und 115 Patienten im Alter zwischen 17 und 78 Jahren, die zwischen November 2000 und Dezember 2006 an der VTA Basel eine ambulante Verhaltenstherapie abgeschlossen haben. Therapievergleichsstudien zeigen, dass die Behandlungsdauer bei diesem Therapieansatz in der Regel kürzer ist als bei anderen Therapieformen, wie zum Beispiel bei der Langzeit-Psychoanalyse [2]. Aussagen zur Therapiedauer sind somit eher als untere Grenze anstatt als allgemein gültige Angabe zu interpretieren.



Klaus Bader

Die VTA in Basel wurde im Sommer 2000 an den Universitären Psychiatrischen Kliniken eingerichtet. In ihr werden PatientInnen im Rahmen der Grundversorgung verhaltenstherapeutisch behandelt. Das Indikationsspektrum umfasst schwerpunktmässig Angst- und Zwangsstörungen, affektive Störungen, somatoforme Störungen, Essstörungen (v.a. Bulimie und Binge Eating Disorder), Adipositas und Trichotillomanie (zwanhaftes Haareausreissen).

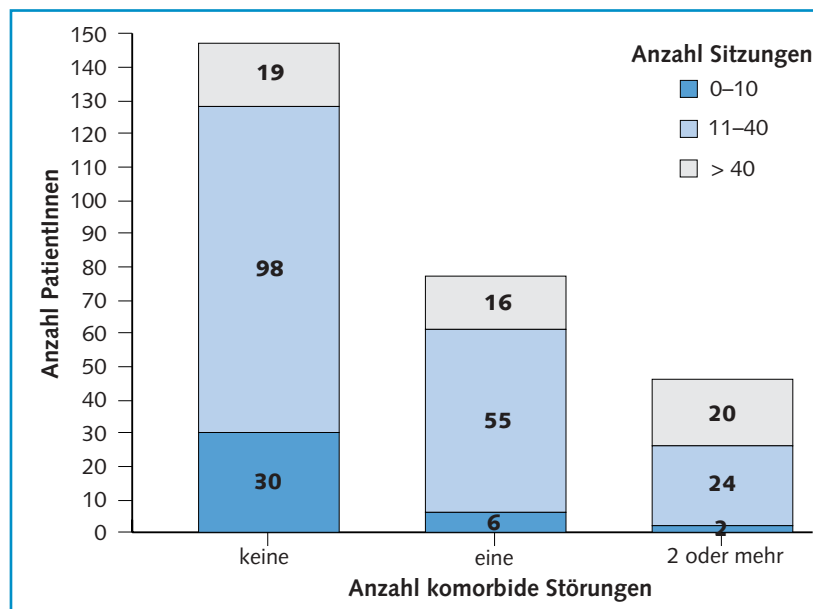
Wie die *Tabelle* zeigt, haben fast die Hälfte aller PatientInnen neben der Hauptdiagnose einer psychischen Störung noch weitere psychische Störungen, was hier mit dem Begriff «Komorbidität» beschrieben wird. Die durchschnittliche Krankheitsdauer vor der Behandlung liegt bei über zehn Jahren. Dass fast die Hälfte der PatientInnen eine oder mehrere Begleitstörungen aufweisen, deckt sich mit Ergebnissen internationaler epidemiologischer Studien. Diese zeigen, dass sowohl die Schwere der Erkrankung als auch das Vorliegen von mindestens einer weiteren psychischen Störung mit der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung zusammenhängen [3, 4, 5, 6, 7].

Was nun die Behandlungsdauer bis zum Abschluss einer Therapie angeht, liegt die Mehrzahl der Behandlungen in allen PatientInnengruppen (65% aller abgeschlossenen Therapien) zwischen 11 und 40 Sitzungen, wobei die Komorbidität ganz offensichtlich eine besondere Rolle spielt. Wie *Grafik 1* zeigt, weisen 20 der 46 PatientInnen (43,5%) mit zwei oder mehr komorbiden Störungen eine Behandlungsdauer von über 40 Sitzungen auf, während dieser Anteil bei PatientInnen mit keiner (19 von 147 bzw. 12,9%) oder einer weiteren Störung (16 von 77 oder 20,8%) deutlich niedriger liegt.

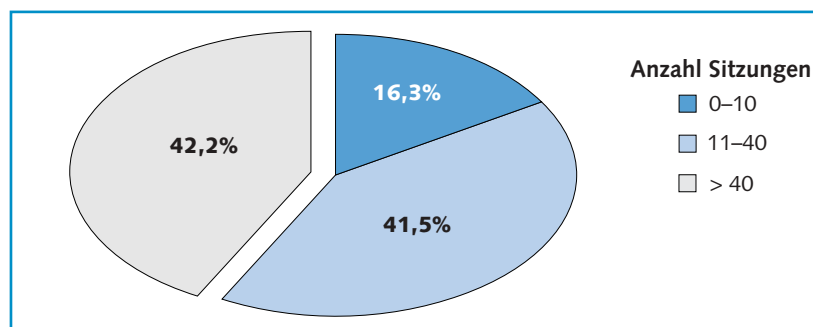
Über alle PatientInnen betrachtet liegt die durchschnittliche Behandlungsdauer bei zirka 27 Sitzungen beziehungsweise 36 Stunden. Wären diese bereits abgeschlossenen Psychotherapien schon unter die veränderte KLV gefallen, wären bei 85 Prozent aller PatientInnen eine Meldung bei der Vertrauensärztin oder beim Vertrauensarzt (Therapiedauer länger als 10 Sitzungen) und bei zirka 20 Prozent zusätzlich ein ausführlicher Bericht und Gesuch um Verlängerung der Kostengutsprache (Therapiedauer länger als

40 Sitzungen) erforderlich geworden.

Einschränkend ist bei dieser Analyse zu sagen, dass ausschliesslich abgeschlossene Therapien berücksichtigt wurden. Nicht eingeschlossen wurden PatientInnen, deren Therapie nicht regulär beendet wurde. Die Rate



Grafik 1: Behandlungsdauer bei regulären Therapieabschlüssen



Grafik 2: Anzahl Sitzungen der laufenden Therapien (n = 155)

der vorzeitig von PatientIn oder TherapeutIn beendeten Therapien in der VTA liegt im Untersuchungszeitraum bei 22 Prozent, gut die Hälfte davon nach der zehnten Sitzung. Da auch bei diesen Therapien eine Meldung erforderlich wäre, dürfte die Anzahl der Meldungen noch höher liegen als oben dargestellt.

Ebenso unberücksichtigt blieben laufende Therapien, bei denen die Dauer noch nicht definitiv feststeht. In dieser PatientInnengruppe sind die noch laufenden Langzeittherapien enthalten, die bei der Betrachtung abgeschlossener Therapien nicht erfasst, für die Melderegelung aber relevant sind. Betrachtet man diese PatientInnengruppe

Tabelle:
**Komorbide Störungen bei
Verhaltenstherapie-PatientInnen**

Komorbide Störungen	Anzahl PatientInnen
keine	147 (54,4%)
eine	77 (28,5%)
2 oder mehr	46 (17,0%)
Gesamt	270 (100%)

(Stichtag: laufende Therapie am 31.12.2006), so zeigt sich das Bild (*Grafik 2*), dass bei knapp 85 Prozent aller PatientInnen eine Meldung erforderlich, und bei über 42 Prozent auch der Bericht und das Gesuch notwendig geworden wäre.

Fazit

Ausgehend von den Daten der Verhaltenstherapien der VTA der UPK Basel ist davon auszugehen, dass durch die veränderte KLV bei zirka 85 Prozent aller PatientInnen eine Meldung bei der Vertrauensärztin oder dem Vertrauensarzt (Therapiedauer länger als 10 Sitzungen) notwendig werden wird. Bei einem erheblichen Teil der PatientInnen (20–40%) wird darüber hinaus ein ausführlicher Bericht und ein Gesuch um Verlängerung der Kostengutsprache über 40 Sitzungen hinaus erforderlich sein.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass bei einer durchschnittlichen Therapiedauer von unter 40 Sitzungen die neue Regelung für einen ausführlichen Bericht und Verlängerungsgesuch zunächst angemessen erscheint. Allerdings liegt bei einem wesentlichen Teil der Therapien der Behandlungsaufwand deutlich darüber. Diese Therapien sind keine Ausnahmen, sondern spiegeln den Behandlungsbedarf bei der «durchschnittlichen Klientel» der Ambulanz mit häufig komorbiden Störungen und Erkrankungen von langer Dauer. Die KLV regelt für diese Fälle lediglich das administrative Vorgehen. Ihre Anwendung und insbesondere die Bewilligungsquote der einzureichenden Gesuche werden zeigen, ob man den Betroffenen gerecht wird oder nicht.

Eine Aussage über eine angemessene Therapiedauer kann nicht pauschal, sondern im-

mer nur einzelfallbezogen gemacht werden. Die VertrauensärztInnen sind dafür verantwortlich, nach Bedarf der PatientInnen gewissenhaft zu entscheiden.

AutorInnen:

Dr. phil. Jörg Herdt

Psychologischer Dienst
Versorgungsforschung/Qualitätssicherung
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
Wilhelm Klein-Strasse 27
4025 Basel
joerg.herdt@upkbs.ch

lic. phil. Corina M. Hänny

Fachpsychologin für Psychotherapie FSP
Verhaltenstherapie-Ambulanz
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
Wilhelm Klein-Strasse 27
4025 Basel
corina.haenny@upkbs.ch

Dr. phil. Klaus Bader

Leiter Psychologischer Dienst und
Verhaltenstherapie-Ambulanz
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
Wilhelm Klein-Strasse 27
4025 Basel
klaus.bader@upkbs.ch

Literatur

1. Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) (2006). Neue Psychotherapievergütung. Krankenkassen und Vertrauensärzte profitieren, Patienten bleiben auf der Strecke. Pressemitteilung vom 5. Juli 2006. Bern: FSP. Verfügbar unter http://www.zuepp.ch/AKTUELL/PM_FSP_re-KLV_20060705.pdf [Zugriff am 6.2.2007].
2. Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (2001). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession (5. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
3. Andrews, G., Henderson, S., Hall, W. (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *Br J Psychiatry*, 178, 145–153.
4. Bijl, R. V., de Graaf, R., Hiripi, E., Kessler, R. C., Kohn, R., Offord, D. R., Ustun, T. B., Vicente, B., Vollebergh, W. A., Walters, E. E. & Wittchen, H. U. (2003). The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Aff (Millwood)*, 22 (3), 122–133.
5. Jacobi, F., Wittchen, H. U., Holting, C., Hofler, M., Pfister, H., Müller, N., Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med.*, 34(4), 597–611.
6. Wittchen, H.U., Jacobi (2005). Size and Burden of Mental Disorders In Europe – A Critical Review and Appraisal of 27 Studies. *Eur Neuropsychopharmacol*, 15, 357–376.
7. Wittchen, H. U., Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatr Scand*, 108 (Suppl. 417), 4–18.

Präventives Fallmanagement durch Krankenkassen

Ein deutsches Dienstleistungsunternehmen für Krankenkassen hat ein Vorsorgeprogramm entwickelt, um ältere HochrisikopatientInnen frühzeitig zu erfassen und bedarfsgerecht zu betreuen. Es will damit teure Spitalaufenthalte vermeiden.

Frank Heinzen, Julia Fleckenstein

Die Bevölkerung in Deutschland altert ebenso wie in anderen europäischen Industrieländern. Im Jahr 2050 wird sich die Zahl der über Achtzigjährigen von heute nicht ganz 4 Millionen auf 10 Millionen beinahe verdreifacht haben [1]. Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte müssen daher lernen, mit den unvermeidlichen chronischen Erkrankungen des Alters möglichst aktiv umzugehen. Gesundheit ist dabei prozesshaft als funktionale Anpassung an die äusseren und inneren Lebensbedingungen zu sehen und bezeichnet die Fähigkeit, trotz eines gewissen Masses an körperlichen oder psychischen Störungen am Leben teilhaben und zufrieden sein zu können.

Wo und wie können Krankenkassen nun durch aktives Management helfen, die Krankheitslast älterer Menschen zu mindern? Dies ist nicht nur aus humanitären Gründen erstrebenswert, sondern auch von grosser ökonomischer Bedeutung – denn im kostenintensiven stationären Sektor steigt die Inanspruchnahme ab dem 55. Lebensjahr stark an [3].

Gründe für Spitalaufenthalte

Viele stationäre Aufenthalte im Alter werden

nötig, weil sich der Gesundheitszustand eines chronisch Kranken akut verschlechtert. Anhand der folgenden fünf häufigen Einweisungsgründe wird deutlich, dass eine Vielzahl von Spitalaufenthalten vermieden werden kann, wenn rechtzeitig ambulant interveniert wird.

1. *Mangelernährung* ist die häufigste Begleiterkrankung im Alter. Es wird geschätzt, dass 5 bis 10 Prozent der zu Hause lebenden Senioren mangelernährt und damit anfälliger sind für Stürze, Infektionen und Wundheilungsstörungen [4].

2. Schätzungsweise 30 Prozent der zu Hause lebenden Personen über 65 Jahre stürzt mindestens einmal jährlich. Etwa 5 Prozent der *Stürze* führen zu Knochenbrüchen. Die Folgen reichen von stationärer Behandlung über den Verlust der Selbstständigkeit bis hin zu vollständiger Pflegebedürftigkeit. Al-

Untersuchungen haben aber mittlerweile gezeigt, dass bis zu 40 Prozent der Stürze durch vorbeugende Massnahmen verhindert werden können.

lein die direkten Kosten der medizinischen Behandlung von Hüftgelenksbrüchen werden für Deutschland auf mehr als eine Milliarde Euro jährlich beziffert [5]. Untersuchungen haben aber mittlerweile gezeigt, dass bis zu 40 Prozent der Stürze durch vorbeugende Massnahmen verhindert werden können [6].

3. Unerwünschte *Arzneimittel(wechsel)wirkungen* treten auf, wenn einige als kritisch



Frank Heinzen



Julia Fleckenstein

bekannte Präparate unsachgemäß eingenommen werden. Deren Folgekomplikationen verursachen bis zu 5 Prozent aller Krankenhauseinweisungen [7].

4. Krankenhausaufenthalte können auch nötig werden, wenn beispielsweise die pflegenden Angehörigen plötzlich mit der Situation überfordert sind oder phasenweise aus-

fallen. Oft hilft hier schon, *häusliche Versorgungsengpässe* kurzfristig durch professionelle Unterstützung zu überbrücken.

5. *Herz-Kreislauf-Erkrankungen* verursachen mit jährlich 35 Milliarden Euro von allen Diagnosen die höchsten Krankheitskosten. Eine Symptomschulung (z.B. zu Schwindel, Atemnot, Kopfschmerzen) kann den Betroffenen helfen, Notfälle als auch Nichtnotfälle richtig zu erkennen und Krisen selbstständig zu meistern.

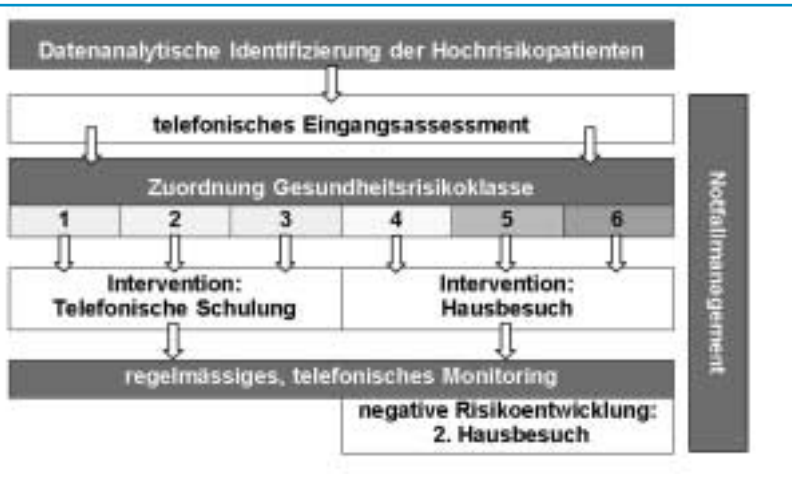
Bausteine des Programms

Wie kann dieses Potenzial genutzt werden, um es den älteren Menschen zu ermöglichen, angemessen versorgt in ihrer häuslichen Umgebung zu verbleiben? Zielführend ist ein zeitnahe, ergebnisorientiertes und flexibles Fallmanagement, das den Einzelnen und nicht nur seine Erkrankung in das Zentrum der Bemühungen stellt. Bisherige vereinzelte Initiativen der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland zur gezielten Patientenunterstützung sind in der Regel regional begrenzt und setzen erst nach dem Eintritt ins Krankenhaus und damit des Leistungsanspruchs an. Sie sind also nicht in der Lage, von einer Krankenhauseinweisung bedrohte Senioren schon vorher systematisch zu erfassen und flächendeckend präventiv zu betreuen.

Mit dem Fallmanagement Casaplus® (siehe *Kasten*), das im April diesen Jahres für einige ausgewählte gesetzliche Betriebskrankenkassen starten wird, nimmt die Medical-Contact AG¹ sich dem beschriebenen Versorgungsproblem bundesweit an. Die Teilnahme ist für die Versicherten freiwillig und kostenlos, sie profitieren von zusätzlichen Leistungen, die über das gesetzlich geforderte Mass hinausgehen. Das Fallmanagement basiert auf folgenden Prinzipien:

Fokussierung auf Hochrisikopatienten mit angemessenem Steuerungspotenzial

Um die Programmeffizienz zu gewährleis-



Kasten: Das Fallmanagement Casaplus®

¹ MedicalContact AG: Der interdisziplinäre Dienstleister arbeitet derzeit für rund 140 gesetzliche (Betriebs-)Krankenkassen mit insgesamt zirka 10 Millionen Versicherten. Er verfügt über jahrelange Erfahrung in der Entwicklung und Umsetzung von Disease-Management-Programmen, Präventionsangeboten und integrierten Versorgungsverträgen.

ten, darf nicht nach dem Giesskannenprinzip vorgegangen werden. Vielmehr sind explizit die besonders gefährdeten Versicherten ab dem 55. Lebensjahr anzusprechen. Hierfür hat die MedicalContact AG speziell für das deutsche Gesundheitssystem ein multivariates² Prognosemodell entwickelt, das individuell auf der Basis von Stamm- und retrospektiven Verordnungsdaten des Versicherten – wie beispielsweise Alter, Geschlecht, Medikation oder Krankenhausdiagnosen – die Wahrscheinlichkeit für eine Krankenhauseinweisung im nächsten Jahr berechnen kann [8]. Dieses Prognosemodell hat sich im Testlauf an Echtdaten als sehr zuverlässig erwiesen. Je nach Versichertenstruktur der Krankenkasse lassen sich so etwa 15 Prozent der Versicherten mit einem Krankenhausaufenthalt im nächsten Jahr treffsicher vorab herausfinden.

Im Einzelgespräch am Telefon wird anschliessend mithilfe von Fragebögen, die speziell für das Programm auf der Basis von

etablierter geriatrischen Analyseinstrumente [9] entwickelt und an den telefonischen Kontakt angepasst wurden, das konkrete, behebbare Gesundheitsproblem des Versicherten herausgearbeitet (Eingangsassessment). Die angestellten Fallmanager des Dienstleisters – allesamt medizinisches Fachpersonal mit jahrelanger Erfahrung im Umgang mit dieser Patientenklientel – testeten bereits, ob ein solches Telefongespräch praktikabel ist. Die Versicherten waren sehr kooperativ und hatten keine Schwierigkeiten, dem zirka 20-minütigen Interview zu folgen und zeigten keine Berührungängste.

Berücksichtigung von Multimorbidität³

Casaplus[®] ist nicht auf einzelne Krankheits-

2 Multivariate Verfahren: Es wird das Zusammenwirken mehrerer Variablen betrachtet und ihre Abhängigkeitsstruktur analysiert.

3 Multimorbidität: gleichzeitiges Vorliegen mehrerer Erkrankungen.

bilder begrenzt und kann so multimorbide Patienten diagnoseübergreifend erfassen. Die Fallmanager sind in der Lage, individuell auf die Versicherten einzugehen, können sich aber gleichzeitig an den Prozessvorgaben des Programms orientieren, welche Experten aus dem Bereich der Versorgungsforschung, Pflege, Pharmakologie und Geriatrie vorab aus der wissenschaftlichen Literatur und ihrem Erfahrungsschatz in den praktischen Gebrauch übersetzt haben. So können sie beispielsweise die problembezogenen Beratungsstandards im Gespräch mit den Versicherten nutzen.

Stärkung der Patientenkompetenz

Der Versicherte soll lernen, sich anbahnende Krisen frühzeitig zu erkennen und noch vor der Eskalation zu bewältigen. Um einen

Notfalleinsatz zu vermeiden, genügt es oft schon, dass der Versicherte vorhergehende Risikoindikatoren feststellt, Gefahrenquellen beseitigt oder einfache Handlungsanweisungen in der bedrohlichen Situation umsetzt. Zuweilen erzeugt allein das Wissen, bei auftretenden Problemen seinen persönlichen Fallmanager als kompetenten Ansprechpartner jederzeit telefonisch verfügbar zu haben, ein Gefühl der Sicherheit, sodass objektiv unbegründete Notrufe ans Krankenhaus unterbleiben.

Bedarfsgerechte und praxisnahe Interventionen

Die Interventionen zielen darauf ab, Gesundheitsgefahren aufzudecken, die gefährdeten Versicherten hinsichtlich ihres spezifischen Risikos zu schulen, ihre Gefahrenentwicklung zu überwachen und bei akutem Handlungsbedarf sofort einzugreifen, wenn Versorgungsleistungen zu organisieren sind. Während bei manchen Themen eine telefonische Kommunikation ausreichend ist (z.B. eine Beratung zu den Wechsel- und Nebenwirkungen der eingenommenen Arzneimittel), erfordern andere Risiken den persönlichen Kontakt, beispielsweise weil die Woh-

Bisherige Programme sind nicht in der Lage, von einer Krankenhausaufweisung bedrohte Senioren schon vorher systematisch zu erfassen und flächendeckend präventiv zu betreuen.

nung des Versicherten auf Stolperfallen hin begutachtet werden muss. Wichtig ist, dass wirklich verständlich und alltagstauglich beraten wird. Um das Verhalten tatsächlich zu ändern, brauchen ältere Menschen keine abstrakten Schulungsinhalte, sondern einfache Tipps und Tricks, wie sie im Alltag mit ihren gesundheitlichen Herausforderungen umgehen können (z.B. «Stellen Sie sich am Morgen bereits Ihre Getränke für den Tag bereit.»).

Einbeziehung des sozialen Umfelds und der individuellen Versorgungssituation

Der Fallmanager erstellt für seine Versicherten systematische Berichte. Diese können

auch den Hausarzt unterstützen, wertvolle Einblicke in die häusliche Situation seines Patienten zu erhalten, die er vorher aus Zeitgründen vielleicht nicht hatte. Genauso wird eng mit den Angehörigen, Pflegediensten und sonstigen Leistungserbringern zusammengearbeitet, wenn der Versicherte dies wünscht.

Um als Koordinator des Versorgungsgeschehens tätig werden zu können, muss der Fallmanager auf alle verfügbaren Patientendaten zugreifen können. Die für Casaplus® entwickelte Software-Lösung führt daher alle Informationen aus den Screenings der Leistungsdaten sowie aus den persönlichen, schriftlichen und telefonischen Kontakten mit dem Versicherten, Angehörigen und Leistungserbringern in einer zentralen elektronischen Patientenakte zusammen und errechnet daraus auch Vorschläge für weitere notwendige Interventionsschritte.

Um gegenüber dem Versicherten ein abgestimmtes Auftreten zwischen der auftraggebenden Krankenkasse und dem Dienstleister zu gewährleisten, kann die Kasse online Einsicht in bestimmte Bereiche der Software nehmen und ist so stets darüber informiert, welche Versichertenkontakte durch die Fallmanager stattfinden und stattgefunden haben. Durch die enge Zusammenarbeit ist es auch möglich, kassenspezifische Besonderheiten bei der Betreuung zu berücksichtigen, indem zum Beispiel auf spezifische Konditionen bei der Inanspruchnahme präventiver Leistungen eingegangen wird.

Wissenschaftliche Begleitung

Bisherige Untersuchungen weisen tendenziell bereits auf die Vorteile eines Fallmanagements bei älteren Patienten hin, liefern jedoch je nach Studiendesign und Programmaufbau unterschiedliche Ergebnisse [10]. Die MedicalContact AG fühlt sich daher verpflichtet, gegenüber den auftraggebenden Krankenkassen konkrete Beweise für den subjektiven Patientennutzen, die medizinische Effektivität und die kassenbezogene Effizienz von Casaplus® zu erbringen. Um diese Vorteile transparent machen zu können, wird das Fallmanagement daher anhand einer wissenschaftlich fundiert ausgewählten Vergleichsgruppe extern evaluiert.

AutorInnen:

Dr. Frank Heizen

Leitender Direktor
heizenf@medical-contact.de

Dr. Julia Fleckenstein

Produktmanagement
fleckensteinj@medical-contact.de

MedicalContact AG
Kronprinzenstrasse 5-7
45128 Essen

Literatur:

1. Statistisches Bundesamt (2006): 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung bis 2050, Wiesbaden.
3. Statistisches Bundesamt (2004): Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten 2002; Winter, M., Maaz, A., Kuhlmeier, A. (2006): Ambulante und stationäre medizinische Versorgung im Alter, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 49: 575–582.
4. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (2003): Grundsatzstellungnahme Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen, Essen; Boumendjel, N. et al. (2001): Refrigerator content and admission in old people, *Lancet* 356: 563.
5. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin DEGAM (2004): Leitlinie Nr. 4 – Ältere Sturzpatienten, Düsseldorf; Icks, P., Becker, C., Kunstmann, W. (2005): Sturzprävention bei Senioren – eine interdisziplinäre Aufgabe, *Deutsches Ärzteblatt* 102 (31–32): A2150–2152.
6. Gillespie, L., Gillespie, W., Robertson, M., Lamb, S., Cumming, R., Rowe, B. (2003): Interventions for preventing falls in elderly people, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4 Art.Nr. CD000340.
7. Pirmohamed, M., James, S., Meakin, S., Green, C., Scott, A., Walley, T., Farrar, K., Park, B., Breckenridge, A. (2004): Adverse drug reactions as cause of admission to hospital – prospective analysis of 18.820 patients, *BMJ* 329: 15–19.
8. Für ein ausländisches Beispiel siehe: Billings, J., Dixon, J., Mijanovich, T., Wennberg, D. (2006): Case finding for patients at risk of readmission to hospital – development of algorithm to identify high risk patients, *BMJ* 333: 327–330.
9. Beispielsweise siehe: Lachs, M., Feinstein, A., Cooney, L., Drickamer, M., Marottoli, R., Pannill, F. et al. (1990): A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients, *Ann Intern Med* 112: 699–706.
10. Hutt, R., Rosen, R., McCauley, J. (2004): Case managing long-term conditions – what impact does it have in the treatment of older people?, London; Elkan, R. et al. (2001): Effectiveness of home based support for older people – systematic review and meta-analysis, *BMJ* 323: 1-9; Clark, J. (2001): Preventive home visits to elderly people, *BMJ* 323: 708; Gravelle, H. et al. (2007): Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients – controlled before and after analysis of quantitative outcome data, *BMJ* 334: 31–34.

Vorankündigung zum Podiums Anlass
Hausärzte und kein Nachwuchs – Ursachen aus erster Hand

Datum: Donnerstag, 30. August 2007, 16.15 Uhr
Ort: Raum Zürich, genaue Angaben erfolgen auf unserer Website www.med-swiss.net

Nach welchen Kriterien wählen die Jungärzte ihre Spezialisierung?
Experten diskutieren Ursachen und Massnahmen

Die Kernfrage wurde in der Schweiz zum ersten Mal wissenschaftlich erforscht. Frau Professor Barbara Buddeberg-Fischer, Departement für Psychosoziale Medizin, Universitätsspital Zürich und ihr Team haben Jugendärztinnen und -ärzte an den Deutschschweizer Universitäten im Rahmen einer prospektiven Studie nach ihren persönlichen Motiven befragt. Die ersten Resultate liegen vor und werden am Podium präsentiert. Die Studie ist auf Anregung von med-swiss.net und mit Unterstützung des SGAM, des VSAO, der FMH und des BSV zustande gekommen.

Es ist offensichtlich: In der medizinischen Grundversorgung in unserem Land zeichnet sich ein Hausärztemangel ab. Die Managed-Care-Bewegung in der Schweiz ist jedoch auf eine intakte Grundversorgung zwingend angewiesen. Ohne Hausärzte wird ein angemessenes Care Management unmöglich. Politiker, Versicherer und insbesondere die allgemeine Öffentlichkeit müssten an einem guten funktionierendem Care Management rege interessiert sein. Manche Patienten finden sich in der heutigen Spezialisierungsmedizin nicht mehr zurecht; die Hausärztin/der Hausarzt wird als integrierende Beraterin/integrierender Berater zunehmend wichtig.

Wir möchten natürlich auch wissen, welche Massnahmen zur Nachwuchsförderung bisher realisiert wurden, und wo aufgrund der Studienresultate Verbesserungen nötig sind.

Herr Dr. med. vet. Markus Dürr, Präsident der Gesundheitsdirektorenkonferenz und Vertreter des BAG, der Versicherer, der Ärzteschaft und vor allem aus der Politik werden am Podium teilnehmen.

Als Diskussionsleiter konnte Herr Hans Fahrländer, Chefredaktor «Aargauer Zeitung» gewonnen werden.

Wenn Sie am Schicksal des Schweizer Gesundheitswesens und den daraus hervorgehenden Managed-Care-Fragen interessiert sind, so reservieren Sie sich schon jetzt diesen Termin. Anmeldungen sind erbeten an info@med-swiss.net.



Die Schweizer Netzwerkarbeit wird in verdankenswerter Weise von den folgenden Firmen unterstützt: Galaxis, Novartis, Sandoz, IBSA, MSD, Bluecare, Spirig, Nycomed, Sanofi Aventis, Astra Zeneca, Pfizer und Unilabs.



Anmeldetalon Podiums Anlass 30. August 2007

Hausärzte und kein Nachwuchs – Ursachen aus erster Hand

Bitte kreuzen Sie Ihre Zugehörigkeit an:

- Pressenat, Nationalrat, Ständerat, Versicherung, Standesorganisation, Netzwerkmitglieder und Interessenten, Bundesamt, Patientenorganisation, andere.....

Firma: PLZ/ Ort:
Name: Tel.:
Vorname: E-Mail:
Adresse: Anzahl Teilnehmer:

Bitte Anmeldung bis spätestens 27. August 2007 an Fax Nr. 044-280 44 03 oder per Post an med-swiss.net, Grütlistr. 36, 8002 Zürich.

Stimmen zum Gesundheitswesen

Mut zu Transparenz

Es brauche Mut, zu schlechten Qualitätsdaten zu stehen. Julian Schilling, Experte für Qualitätsfragen im Gesundheitswesen, sieht aber auch die wertvollen Seiten schlechter Daten: «Intern kann sich eine Institution verbessern, wenn sie erkennt, welche ihrer Ergebnisse schlecht sind.» Und wenn ein Spital im Benchmarking merkt, dass es schlechter ist als andere, so könne es dies allenfalls begründen: «Wir sind schlechter, weil wir zu wenig Ressourcen haben. Wir brauchen also mehr Geld.» Der Mut könne sich somit auszahlen. (bc)

Quelle: Spitäler Top oder Flop: Müssen Spitäler ihre Qualität offen ausweisen? Streitgespräch. In: Competence Nr. 3/2007.

Das Positive im Föderalismus

Ein dezentralisiertes, föderalistisches Gesundheitssystem weist auch einige Vorteile auf. Diese Meinung vertritt Peter M. Suter, Präsident der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften. Denn fortschrittliche kantonale Initiativen wie die Bekämpfung von Drogenmissbrauch, die Krebsfrüherkennung oder der Schutz vor Passivrauchen in öffentlichen Gebäuden können schnell umgesetzt werden. Suter: «Die geforderte Verstärkung der nationalen Governance soll auf diese rasche Umsetzung ausgerichtet sein, die positiven kantonalen Initiativen jedoch nicht bremsen.» (bc)

Quelle: Schweizer Gesundheitssystem – ein Blick von aussen. Editorial von Peter M. Suter. In: Samw Bulletin Nr. 1/07.

15 Minuten für die Hausarztforschung

Die Hausarztforschung hat in der Schweiz keine Tradition, die in letzter Zeit geschaffenen universitären Stellen werden als «Alibistellen» bezeichnet. Beat Künzi, Präsident der Arbeitsgruppe «Forschung in der Hausarztmedizin» des Kollegiums für Hausarztmedizin gibt zu, dass es bis jetzt nicht gelungen sei, eine eigene akademische Persönlichkeit hervorzubringen. Hausarztforschung müsse international gültigen Standards entsprechen, was sie aufwändig mache. Eine Umfrage des Horten-Instituts hat ergeben, dass 60 Prozent der Grundversorger an For-

schungsprojekten teilnehmen würden, dafür könnten sie aber im Schnitt nur 15 Minuten täglich aufwenden. (bc)

Quelle: Alan Niederer: Der Hausarzt als Wissenschaftler. In: Neue Züricher Zeitung, 21. März 2007.

Hohe Medikamentenpreise wegen Pharmastandort

Im Länderkorb für die Preisbildung von Medikamenten sind unsere günstigen Nachbarländer Österreich, Frankreich und Italien nicht dabei, denn Länder ohne forschende Pharmaindustrie seien mit der Schweiz nicht vergleichbar. Andreas Wildi, Leiter der Sektion Medikamente beim BAG, erklärt den Grund: «Natürlich soll nicht das Axiom Pharmastandort = hohe Medikamentenpreise gelten. Aber das Grundprinzip ist unbestritten, dass wir in der Schweiz kein Dumping von geistigem Eigentum betreiben wollen.» (bc)

Quelle: «Die Nachfrager brauchen mehr Handlungsspielraum». Andreas Wildi im Gespräch. In: info santésuisse Nr. 3, März 2007.

Geschlecht und Gesundheit

Geschlechtergerechtigkeit in der Gesundheit heisst nicht, Sterblichkeit und Krankheitslast auszugleichen, sondern ungerechte Barrieren zu entfernen, die aus den unterschiedlichen sozialen Rollen entstehen. Mit diesen Worten führt Faten Ben Abdelaziz, Mitarbeiter beim Health Equity Programm der WHO, in die Sonderausgabe Gender Equity and Health des International Journal of Public Health ein. Gender ist nicht nur eine Frage der sozial erworbenen Rollen, sondern auch ein Organisationsprinzip des sozialen Lebens und es geht um Macht, schreibt Ilona Kickbusch, unabhängige internationale Gesundheitsberaterin, in ihrem Editorial. Das Geschlecht bestimme unsere Gesundheit, unser Wohlbefinden und über Leben und Tod. Dies müsse die Gesundheitsforschung, aber auch die Gesundheitspolitik berücksichtigen. (bc)

Quelle: Faten Ben Abdelaziz: Women's Health and Equity Indicators. Und: Ilona Kickbusch: Gender – a critical determinant of health in a global world. In: Gender Equity & Health, International Journal of Public Health, Vol.52, Supplement 1, 2007.

Thema

Kontakt

13.–15. Juni, Nashville (USA)	3rd Annual International Summit on Redesigning Hospital Care	Institute for Healthcare Improvement IHI, 20 University Road, 7 th Floor, Cambridge, MA 02138 USA. Tel. 617 301-4800. Fax 617 301-4848. info@ihi.org; www.ihi.org
14.–15. Juni, Bern	Hplus-Kongress	Hplus, Lorrainestrasse 4 A, 3013 Bern. Tel. 031-335 11 11. Fax 031-335 11 70. geschaefsstelle@hplus.ch; www.hplus.ch
14.–15. Juni, Männedorf	Denk-quer! Kosch-Werkstattgespräch für Selbsthilfegruppen	Boldern, Evangelisches Ausbildungs- und Studienzentrum, Boldernstrasse 83, Postfach, 8708 Männedorf. Tel. 044-921 71 71. tagungen@boldern.ch; www.boldern.ch; www.kosch.ch
20.–22. Juni, Berlin (D)	Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit	Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit, Palisadenstrasse 48, D-10243 Berlin. Tel. 030-498 550 31. Fax 030-498 550 30. info@hauptstadtkongress.de; www.hauptstadtkongress.de
21.–22. Juni, Olten	Swiss Public Health Conference: Mental Health in Public Health	Public Health Schweiz, Zentralsekretariat, Effingerstrasse 54, Postfach 8172, 3001 Bern. Tel. 031-389 92 86. Fax 031-389 92 88. info@public-health.ch; www.public-health.ch
30. August, Zürich	Sparen wir die Pflege kaputt? Irchel-Tagung	SGGP Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik, Langstrasse 64, Postfach 2160, 8026 Zürich. Tel. 043 243 92 20. Fax 043-243 92 21. info@sggp.ch. www.sggp.ch
6. September, Schinznach	7. Schinznacher roundTable	aarReha Schinznach, Fachklinik für Rehabilitation, Rheumatologie, Osteoporose, Badstrasse 55, 5116 Schinznach-Bad. Tel. 056-463 85 11. Fax 056 463 85 90. www.aarreha.ch
13.–14. September, Bern	Tagung für Patientensicherheit	Stiftung für Patientensicherheit, Asylstrasse 41, 8032 Zürich. Tel. 043-243 76 70. Fax 043-243 76 71. info@patientensicherheit.ch; www.patientensicherheit.ch
17.–21. September, Augsburg (D)	Medizin und Gesellschaft – Prävention und Versorgung	Bayrisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Stefanie Lötsch, Pfarrstrasse 3, D-80538 München. Tel. 089-21 84 290. Fax 089-21 84 338. info@med-ges-2007.de; www.med-ges-2007.de
23.–27. September, Washington (USA)	Medicare and Medicaid Conferences	America's Health Insurance Plans, 601 Pennsylvania Avenue, NW, South Building Suite 500, Washington, DC 20004. USA. customersolutions@ahip.org; www.ahip.org
24.–26. September, Porto (P)	Patient Safety Research	Professional Briefings, 37 Star Street, Ware, Hertfordshire, SG12 7AA, United Kingdom. Tel. 0044 1920-487 672. Fax 0044 1920-462 730. admin@patientsafetyresearch.org; www.patientsafetyresearch.org
27.–28. September, Nottwil	7. Schweizerischer eHealthcare Kongress	eHealthCare.ch, Josef Müller-Weg 2, 6210 Sursee. Tel. 041-925 76 89. Fax 041-925 76 80. info@ehealthcare.ch, www.ehealthcare.ch
28. September, Sankt Augustin (D)	Konferenz: Dienstleistungen für internationale Patienten	Fachhochschule Bonn-Rhein-Sieg, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, z.H. Jen Juszcak, Grantham-Allee 20, 53757 Sankt Augustin, Deutschland. Tel. 0049-2241 865 120. Fax 0049-2241 865 8120. jens.juszcak@fh-brs.de. www.auslandpatienten.de
30. September– 3. Oktober, Boston (USA)	24th International ISQua Conference: Transforming Healthcare in the Electronic Age	ISQua The International Society for Quality in Healthcare, Clarendon Terrace, 212 Clarendon Street, East Melbourne, Victoria 3002, Australia. Tel. 0061-3 9417 6971. Fax 0061-3 9417 6851. isqua@isqua.org; www.isqua.org
11.–13. Oktober, Helsinki (FIN)	Eupha-Konferenz	European Public Health Association EUPHA, Otterstraat 118–124, Postbox 1568, N-3500 BN Utrecht. Tel. 0031-302 729 709. Fax 0031-302 729 729. d.zeegers@nivel.nl; www.eupha.org
19. Oktober, Bern	4. Schweizerischer Kongress für Gesundheitsökonomie und Gesundheitswissenschaften	SKGG c/o Künzi Beratungen, Schachenstrasse 21, Postfach, 4702 Oensingen. Tel. 062 396 10 49. Fax 062 396 24 10. info@kuenzicons.ch
19. Oktober, Berlin (D)	8. Berliner Gespräche zum Gesundheitswesen	Thieme.congress, Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstrasse 14, D-70469 Stuttgart. Tel. 0049 711-8931 362. Fax 0049 711-8931 370. fortbildung@thieme.de; www.gespraechе-zum-gesundheitswesen.de
24.–27. Oktober, Dresden (D)	6. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung: Von der Versorgungsforschung zur Prävention	Deutsches Netzwerk für Versorgungsforschung, Dr. Claudia Kaiser, MPH, Wissenschaftliche Koordinatorin, Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK), Medizinische Fakultät der Universität zu Köln, Eupener Strasse 129, D-50933 Köln. Tel. 0049 221-478 97112. Fax 0049 221-478 97118. claudia.kaiser@uk-koeln.de; www.dnvf.de
29. Oktober– 2. November, Beijing (China)	11th Global Forum for Health Research	Global Forum for Health Research c/o Centre Oecuménique, 1–5 route des Morillons, 1211 Genève. Tel. 022-791 42 60. Fax 022-791 43 94. info@globalforumhealth.org; www.globalforumhealth.org

Weiter- und Kontakt Fortbildung

11.–22. Juni, Basel	Health District Management I: Planning and Programme Design	Swiss Tropical Institute, Course Secretariat, Socinstrasse 57, P.O. Box, 4002 Basel. Tel. 061-284 82 80. Fax 061-284 81 06. courses-sti@unibas.ch; www.sti.ch
Beginn: 18. Juni (40 Tage), Aarau	Management in Gesundheitsinstitutionen	Hplus, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. bildung@hplus.ch; www.kurse.hplus.ch
25. Juni–6. Juli, Basel	Health District Management II: Priority Setting and Resource Allocation	Swiss Tropical Institute, Course Secretariat, Socinstrasse 57, P.O. Box, 4002 Basel. Tel. 061-284 82 80. Fax 061-284 81 06. courses-sti@unibas.ch; www.sti.ch
Beginn: 25. Juni (40 Tage), Aarau	Interdisziplinäre Führung	Hplus, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. bildung@hplus.ch; www.kurse.hplus.ch
Beginn: 25. Juni (22 Tage), Aarau	Leadership in Gesundheitsinstitutionen	Hplus, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. bildung@hplus.ch; www.kurse.hplus.ch
Beginn: 21. August (18 Tage), Bern	Wirksam managen im Gesundheitssystem	College-M, Freiburgstrasse 41, 3010 Bern. Tel. 031-632 30 26. Fax 031-632 30 25. info@college-m.ch; www.college-m.ch
Beginn: 24. August (13½ Tage), Winterthur	Informations- und Wissensmanagement	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG, Im Park, St. Georgenstrasse 70, Postfach 958, 8401 Winterthur. Tel. 052-267 78 97. caroline.tiedemann@zhwin.ch; www.wig.ch
Beginn: 3. September (28 Tage), Luzern	Disability Management	HSA Hochschule für Soziale Arbeit Luzern, Werftstrasse 1, 6002 Luzern. Tel. 041-367 48 48. rwoodtly@hsa.fhz.ch; www.hsa.fhz.ch/casdm
Beginn: 6. September (13½ Tage), Winterthur	Gesundheitsökonomie	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG, Im Park, St. Georgenstrasse 70, Postfach 958, 8401 Winterthur. Tel. 052-267 78 97. caroline.tiedemann@zhwin.ch; www.wig.ch
Beginn: 21. September (12 Tage), Zürich	Ethische Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen	Dialog Ethik, Sonneggstrasse 88, 8006 Zürich. Tel. 044-252 42 01. Fax 044-252 42 13. info@dialog-ethik.ch; www.dialog-ethik.ch
Beginn: 11. Oktober (60 Tage), St. Gallen	Health Service Management	FHS St. Gallen, Management-Weiterbildungszentrum, Teufener Strasse 2, Postfach 630, 9001 St. Gallen. Tel. 071-228 63 28. Fax 071-228 63 20. management@fhsg.ch; www.fhsg.ch/nds-ism
Beginn: 17. Oktober (60 Tage), St. Gallen	MAS in Health Service Management	FHS St. Gallen, Management-Weiterbildungszentrum, Teufener Strasse 2, Postfach 630, 9001 St. Gallen. Tel. 071-228 63 28. Fax 071-228 63 20. management@fhsg.ch; www.fhsg.ch/mas-ism
Beginn: 22. Oktober (25 Tage)	Case Management	HSA Hochschule für Soziale Arbeit Luzern, Werftstrasse 1, 6002 Luzern. Tel. 041-367 48 48. rwoodtly@hsa.fhz.ch; www.hsa.fhz.ch/cascm
Beginn: Oktober (20 Tage), St. Gallen	Management und Politik im Gesundheitswesen	FHS St. Gallen, Management-Weiterbildungszentrum, Teufener Strasse 2, Postfach 630, 9001 St. Gallen. Tel. 071-228 63 28. Fax 071-228 63 20. management@fhsg.ch; www.fhsg.ch/ndk-mpg
Beginn: Oktober, (4 Semester), Lausanne	Master of Advanced Studies en économie et management de la santé	Luciana Vaccaro, Institut d'Economie et Management de la Santé (IEMS), Université de Lausanne – Bât. Extranef, 1015 Lausanne. Tél. 021-692 34 91. Fax 021-692 36 55. luciana.vaccaro@unil.ch; www.hec.unil.ch/iem
Beginn: Oktober (4 Semester), Lausanne	Master of Advanced Studies en économie et politique du médicament	Anne Decollogny, Institut d'Economie et Management de la Santé (IEMS), Université de Lausanne – Bât. Extranef, 1015 Lausanne. Tél. 021-692 36 51. Fax 021-692 36 55. anne.decollogny@unil.ch; www.hec.unil.ch/iem
5.–16. November, Ifakara (Tansania)	Rational Medicine Management	Swiss Tropical Institute, Course Secretariat, Socinstrasse 57, P.O. Box, 4002 Basel. Tel. 061-284 82 80. Fax 061-284 81 06. courses-sti@unibas.ch; www.sti.ch
Beginn: 8. November (20 Tage), St. Gallen	Leadership und Führung im Gesundheitswesen	FHS St. Gallen, Management-Weiterbildungszentrum, Teufener Strasse 2, Postfach 630, 9001 St. Gallen. Tel. 071-228 63 28. Fax 071-228 63 20. management@fhsg.ch; www.fhsg.ch/ndk-lfg

Hinweise erwünscht:

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

Den guten Tod erforschen

Tod und Sterben ist ein Tabuthema in unserer Gesellschaft. Was auch bewirkt, dass in Todesnähe wenig geforscht wird – Gesundheitsfachleute und Ethikkomitees verhindern dies bis jetzt oft. Dabei sind manche sterbenskranke PatientInnen durchaus bereit, bei Studien mitzumachen, wie eine kürzlich im BMJ publizierte Studie zeigt. Wichtig sei, ethisch und methodisch absolut korrekt vorzugehen. Zudem sollen PatientInnen, die Angehörigen, aber auch die Mitarbeitenden und Forschenden psychologisch unterstützt werden. Somit könne untersucht werden, schliessen die AutorInnen, was einen «guten Tod» ausmacht. (bc)

Quelle: Marily Kendall et al. Key challenges and ways forward in researching the «good death»: qualitative in-depth interview an focus group study. In: British Medical Journal 2007; 334:521. 10. März.

Unbekannte Telemedizin

Während Telemedizin in Fachkreisen ein grosses Potenzial vorhergesagt wird – nicht zuletzt, weil 15 bis 20 Prozent Einsparungen prognostiziert werden – ist sie bei den PatientInnen wenig bekannt. Eine Umfrage aus Deutschland bei PatientInnen mit Blutgerinnungsstörungen, welche normalerweise im Selbstmanagement geübt sind und als aktive und gut informierte Patientengruppe gilt, hat ergeben, dass zwei Drittel Telemedizin nicht kennen. Die meisten der Befragten stellen sich darunter die Beratung per Telekommunikationsmedien vor. Diagnostik, Therapie und Überwachung nannten ebenfalls einige. Praktische Erfahrung mit Telemedizin hatten nur 10 Prozent. (bc)

Quelle: Heinrich Körtke et al.: Telemedizin aus Patientensicht: Immer noch ein Traum oder bereits gelebte Realität? In: Healthcom Nr. 2, März-April 2007.

Schlechte Kommunikation zwischen Spitalarzt und Grundversorger

Beim ersten Hausarztbesuch der Patientin oder des Patienten nach dem Spitalaufenthalt hatten nur 12 bis 34 Prozent der Grundversorger einen Austrittsbericht erhalten, und auch nach vier Wochen nur 51 bis 77 Prozent. In 3 bis 20 Prozent kam es aber zu einer direkten Kommunikation zwischen dem Spitalarzt und dem Hausarzt. Dies zeigt ein Literaturreview. Bei den Austrittsberichten fehlen oft wichtige Informationen

**Schwerpunktthema:
Chancen und Risiken der
Versichertenkarte**

Einführung der Versichertenkarte
Vereinfachte Administration, aber kaum
Kosteneinsparung
Kritisches von der Ärzteseite
Versichertenkarte und Managed Care
Anforderungen des Datenschutzes
Sicht der Patientenorganisationen
Perspektiven für die Kantone

Die hausärztliche Steuerung entschädigen
RFID im Inselspital Bern

Erscheint am 6. Juli 2007

wie Untersuchungsergebnisse, die genaue Spitalbehandlung, die Entlassungsmedikation oder Angaben zum weiteren Vorgehen. Standardformulare für den Austrittsbericht, Zusammenfassungen durch den Computer oder wenn die PatientInnen den Bericht persönlich überbringen verbesserten die Kommunikation zwischen dem Spitalarzt und dem Grundversorger. (bc)

Quelle: Sunil Kripalani et al.: Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians. In: The Journal of the American Medical Association JAMA Vol. 297, Nr. 8, 28. Februar 2007.

Gesundheit im Alter verbessern

47 Prozent der älteren Menschen sind nicht gegen Grippe geimpft und 90 Prozent nicht gegen Lungenentzündung. Bei Frauen wurde weniger häufig das Cholesterin und der Blutzucker bestimmt als bei Männern, sie hatten auch weniger Gehörkontrollen und ihr Stuhl wurde seltener auf Blut untersucht. Die Studie des Obsan deckt neben Vorsorgemängeln bei fast allen zu Hause lebenden Senioren auch ungünstiges Gesundheitsverhalten bezüglich Ernährung, Alkohol und Bewegung auf. Fazit: Es besteht ein grosser Bedarf an Gesundheitsförderung und Prävention bei der älteren Bevölkerung in der Schweiz. (bc)

Quelle: Eva Blozik et al.: Gesundheitsförderung und Prävention im Alter in der Schweiz. Ergebnisse aus dem Gesundheitsprofil-Projekt. Arbeitsdokument 21 des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Neuchâtel Februar 2007.