



managed care

5 • 2006

7. Juli

Alter – Geriatrie – Ökonomie

Geriatrie im Spannungsfeld von Gesundheits- und Sozialpolitik

Selbsthilfe und Pflege zu Hause

Vernetzte Betreuung im Alter

Die Bedürfnisse von älteren Patientinnen und Patienten

Die Bedeutung von Altersbildern für die Gesundheit älterer Menschen

Case Management in der Geriatrie

Der demografische Wandel als Herausforderung für die Krankenkassen

www.forummanagedcare.ch
www.tellmed.ch

en français:
www.managedcareinfo.net

Quer im System?

Daniel Grob

Wer mit Kindern lebt, hat gelernt zu staunen, über die Offenheit, Neugier und Lernbegierigkeit dieser jungen Geschöpfe: Sie halten uns Erwachsenen oft den Spiegel vor und haben die Fähigkeit, ein in der Alltagsroutine vermeintlich gut funktionierendes Programm mit einer Frage, einer Handlung oder auch einer Verweigerung an die Grenzen der Funktionsfähigkeit zu bringen – sei dies ein Familienausflug, eine Einkaufstour oder eine Haushaltsarbeit.

Das kann uns Erwachsene jeweils ganz schön stressen. Wenn wieder Ruhe eingekehrt ist, stellt man dann oft fest, dass die eigentliche Ursache des Problems nicht das Kind, sondern die nicht kindergerechte Erwachsenenwelt mit ihren Zwängen, Regeln und Organisationen war. Kinder halten uns so oft den Spiegel vor – und wir sollten ihnen dafür dankbar sein.

Im Umgang mit Menschen am anderen Ende des Lebenszykluses kann sich ähnliches abspielen. Da konstruieren wir in stetiger Verfeinerung und Entwicklung ein schönes Gesundheitssystem und benutzen dazu Modelle, die sich an «idealen» Norm-Patientinnen und -Patienten orientieren: jüngere Menschen, die akut an einer schweren Krankheit erkrankt oder die verunfallt sind. Anhand dieser Modelle konstruieren wir dann Behandlungspfade von der Intensivstation über das Spitalbett zur Rehabilitationsklinik bis in den Spitex-Bereich. Wir entwickeln Disease-Management-Programme für einzelne Erkrankungen, konstruieren Abrechnungsprozeduren über Fallpauschalen (um den Ärzten «richtige» Anreize zu geben), bauen hoch spezialisierte Institutionen für spezielle Erkrankungen und definieren gleichzeitig, wer Eintritt erhält und wer wie lange dort verbleiben darf.



Daniel Grob

Und dann kommen hochbetagte, mehrfach kranke, verwirrte Menschen, die einfach nicht in dieses schöne System passen wollen: Sie benötigen Akutmedizin und gleichzeitig Rehabilitation; haben zehn verschiedene Diagnosen aber keine Hauptdiagnose, leiden an Krankheiten und Unfallfolgen gleichzeitig. Sie fordern nicht eine Verlängerung des Lebens, sondern Unabhängigkeit und Autonomie in den restlichen Lebensjahren, benötigen für alles mehr Zeit, und wollen vor allem eines nicht: in ein Pflegeheim eintreten. So halten uns auch diese betagten Menschen mit ihren spezifischen gesundheitlichen Bedürfnissen den Spiegel vor und führen uns die Grenzen unseres an Einfachmodellen so schön geplanten Gesundheitswesens vor. Wir sollten dieses Spiegelbild als Chance erkennen, unser Gesundheitswesen altersgerechter zu gestalten – und nicht die Geriatriepatientinnen und -patienten dafür bestrafen, dass unser Gesundheitssystem ihre spezifischen Probleme nicht abbildet. In der vorliegenden Ausgabe von Managed Care werden deshalb Themen rund um diese alten Menschen diskutiert. Die Artikel zeigen auf, wie komplex und vielschichtig die Problematik ist. Fazit: Wir können unseren hochbetagten, verwirrten, gebrechlichen Menschen nur dankbar sein, wenn sie mit ihren Bedürfnissen Lücken und Defizite in unserem Gesundheitssystem aufdecken. Hören wir den Geriatriepatientinnen und -patienten gut zu. Das Ziel sollte sein, in unserer alternden Gesellschaft ein Gesundheitswesen zu entwickeln, das den Bedürfnissen dieser Menschen entspricht – wir sind es ihnen schuldig.

Daniel Grob, Dr. med. MHA

Präsident Schweiz. Fachgesellschaft für Geriatrie SFGG

SCHWERPUNKTTHEMA:
ALTER – GERIATRIE – ÖKONOMIE

- 6** **Geriatric im Spannungsfeld von Gesundheits- und Sozialpolitik**
Daniel Grob, Erwin Carigiet
Die Geriatric ist Teil des Gesundheitswesens, aber mit sehr intensiven Beziehungen zum und Auswirkungen auf das Sozialleben. Dies zeigt sich exemplarisch an der Schnittstelle Spital-Langzeitpflege.
- 8** **Selbsthilfe und Pflege zu Hause**
Remo Gysin
Basel-Stadt hat eine neue Verfassung mit einem besonderen Gesundheitsartikel. Die Förderung der Selbsthilfe und der Pflege zu Hause sind darin als zwingende Staatsaufgaben festgehalten.
- 11** **Vernetzte Betreuung im Alter**
Felix Huber
Mit der gesteuerten Versorgung in Managed-Care-Modellen versuchen Hausärzte, die fragmentierte medizinische Versorgung im Interesse der Patienten besser zu koordinieren.
- 14** **«Die letzte Lebensphase ist die wichtigste»**
Angeline Fankhauser
Die alt Nationalrätin und Co-Präsidentin der VASOS und der Grauen Panther Basel erklärt in einem Interview die Bedürfnisse von älteren Patientinnen und Patienten aus Sicht der Betroffenen.
- 16** **Altersbilder: Krankheitsrisiko und Gesundheitspotenzial**
Caroline Moor
Mögliche Konsequenzen gesellschaftlicher Vorstellungen werden häufig im Kontext sozialer Diskriminierung thematisiert. Ein neuer Aspekt ist die Bedeutung gesellschaftlicher wie auch eigener Altersbilder für die Gesundheit älterer Menschen.
- 19** **Case Management in der Geriatric: Die Suche nach dem Königsweg**
Maya Nagel Dettling
In einem kürzlich veröffentlichten Bericht werden Empfehlungen zur Umsetzung und Finanzierung von Case-Management-Leistungen in der Geriatric vorgestellt.
- 22** **Der demografische Wandel als Herausforderung für die Krankenkassen**
Reto Neuhaus
Das steigende Durchschnittsalter der Schweizer Bevölkerung stellt für alle Sozialwerke eine Herausforderung dar und ist damit auch ein zentrales Thema für die Krankenkassen.

CASE MANAGEMENT

- 25** **Case Management für die Psychiatric in der Schweiz: Bedarf, Nutzen, Herausforderungen**
Marcel Maier, Jörg Herdt, Christian Kuhl
Die Zahl der psychisch kranken Menschen in der Schweiz nimmt zu, parallel steigen die dadurch verursachten Gesundheitskosten. Kann Case Management in der Psychiatric die Versorgung optimieren?

PATIENTENMITBESTIMMUNG

- 29** **Selbsthilfe und delegierte Mitbestimmung: Unterschiede und Gemeinsamkeiten**
Heidi Schriber
Selbsthilfe und Mitbestimmung sind die Pole im Spektrum der Patientenmitbestimmung. Die Unterschiede bestehen in den Zielen und in der Organisation, die in einer Übersicht darstellt werden.

SEITE DER PFLEGE

- 32** **Aggressionsmanagement in Gesundheitseinrichtungen**
Diana Grywa
Pfleger sind immer wieder Aggressionen seitens der Patienten ausgesetzt. Doch Gewalt in Gesundheitsinstitutionen ist grösstenteils voraussehbar und Schulungen im Umgang damit haben sich als wirksam erwiesen.

VERANSTALTUNGSBERICHT

36 **Der Wunsch nach mehr Wettbewerb**

Karin Diodà
Bericht über den 4. Zentrumstag Luzern vom 27. April 2006

RUBRIKEN

4 **Forum Managed Care**

Impressionen des Symposiums 2006

35 **Kolumne**

Disease Mongering: der letzte gesunde Mensch – von Ignazio Cassis, Präsident Public Health Schweiz

38 **Resonanz**

Pflegeforschung in der Schweiz: jung und noch zersplittert • Sich auch ums Sterben kümmern • Beweisen, dass Psychotherapie wirksam ist • Vom Krankheits- zum Gesundheitsmarkt

39 **Veranstaltungskalender**

Veranstaltungen/Weiter- und Fortbildung

41 **In Kürze**

Zerfall von Lebenserwartung und Wirtschaft • Interaktionen zwischen Spitex, Alterspflegeheimen und Akutspitälern • Prognosen der Kosten der Langzeitpflege • Hohe Laienkompetenz in «Virtual Communities» ••• Vorschau: Netzwerkmanagement

managed
care

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

Verlag:

Rosenfluh Publikationen AG
Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen

Redaktioneller Beirat:

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

*** Ausschuss des Redaktionellen Beirats**

Betreuung des Schwerpunktthemas:

Daniel Grob

Redaktion:

Karin Diodà (*kd*), Brigitte Casanova (*bc*)
und Rita Schnetzler (*rs*)
Dahliastrasse 8, 8008 Zürich
Telefon 044-431 73 56, Fax 052-558 89 37
E-Mail: k.dioda@rosenfluh.ch

Büro Neuchâtel:

Brigitte Casanova
Rue Denis-de-Rougemont 36, 2000 Neuchâtel
Fax 052-558 83 00
E-Mail: b.casanova@rosenfluh.ch

Redaktionssekretariat:

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

Anzeigenregie:

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

Anzeigenverkauf:

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

DTP und Layout:

Rosenfluh Publikationen AG, Regina Hauser

Druck:

stamm+co. Grafisches Unternehmen
8226 Schleithelm

Abonnemente, Adressänderungen:

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

Abonnementspreise:

Erscheint achtmal jährlich
Jahres-Abonnement: Fr. 99.–
(Westeuropa: Fr. 148.–)
Einzelheft: Fr. 15.– (zzgl. Porto, plus MwSt.)

Einzelheft-Bestellungen bitte an das
Redaktionssekretariat

Diese Zeitschrift wird im
EMBASE/Excerpta Medica indiziert.

10. Jahrgang; ISSN 1422-6618

© Copyright by Rosenfluh Publikationen 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. bedürfen
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 Über-
lassung eines Manuskripts oder einer Abbil-
dung zur Publikation erklärt sich der Autor/
die Autorin damit einverstanden, dass der ent-
sprechende Beitrag oder die entsprechende
Abbildung ganz oder teilweise in allen Publika-
tionen und elektronischen Medien der Verlags-
gruppe veröffentlicht werden kann. Bei einer
Zweitveröffentlichung werden der Autor infor-
miert und die Quelle der Erstpublikation ange-
geben.



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

Impressionen einer lebendigen Veranstaltung

Am 14. Juni 2006 wurde das Symposium des Forums Managed Care zum Thema «Nahtstellen zwischen ambulant und stationär» durchgeführt. Die Referate, Workshops und Projektpräsentationen stiessen auf ein grosses Echo und lösten angeregte Diskussionen aus. Die Bilder von diesem Anlass mit rund 250 Teilnehmenden zeigen engagierte, kontroverse, launige und kulinarische Augenblicke.



Präsident Peter Berchtold begrüsst die Anwesenden und eröffnet das Symposium



Ein Blick ins Publikum



Urs Zaroni als versierter Dirigent der Veranstaltung



Die Referenten Jürg Beer ...



... Christian Ludwig, Leo Boos und Christof Schmitz



Treffpunkt Mittagsbuffet



Diskussionen in der Pause



Erika Ziltener, Urs Zanoni, Ruedi Josuran



Workshop-Leiter Urs Keller



E-voting : eine Tradition des Symposiums

Geriatric im Spannungsfeld von Gesundheits- und Sozialpolitik

Die Geriatricentwicklung wird, wie andere medizinische Fachgebiete auch, durch die Entwicklungsdynamik der Medizin gefördert – aber auch in hohem Masse durch den gesundheits- und sozialpolitischen Willen.

Daniel Grob, Erwin Carigiet

Geriatric als medizinisches Fachgebiet geniesst eine spezielle Stellung: Es ist Teil des Gesundheitswesens, aber mit sehr intensiven Beziehungen zum und Auswirkungen auf das Sozialwesen. Dies zeigt sich exemplarisch an der Schnittstelle Spital-Langzeitpflege: Spitalaufenthalte verursachen für die Kranken ausser den Krankenkassenprämien keine Kosten, jene in Pflegeeinrichtungen können jedoch das Vermögen aufzehren und stellen ein strukturelles Armutsrisiko dar (gelindert durch die Ergänzungsleistungen zur AHV).

Was ist Geriatric?

Geriatric wird definiert als Zweig der Medizin, der sich mit der Gesundheit im Alter und den klinischen, präventiven, rehabilitativen und sozialen Aspekten von Krankheiten bei Betagten befasst [1]. Geriatric PatientInnen sind polymorbid, sie leiden an mehreren, oft chronischen Krankheiten mit körperlichen, psychischen, funktionellen, sozialen und ökonomischen Aspekten. Sie sind gebrechlich, von Autonomieverlust bedroht und in

der Regel über 65-jährig. Geriatric beschäftigt sich damit lediglich mit einer Minderheit der alten Menschen. Diese Geriatric-PatientInnen zeigen oft völlig atypische Krankheitspräsentationen, rasche Zustandsverschlechterung bei unbehandeltem Leiden, haben eine hohe Inzidenz von sekundären Krankheits- beziehungsweise Therapiekomplicationen und damit einen hohen Bedarf an Rehabilitationsleistungen. Umweltbedingte und soziale Faktoren haben eine hohe Bedeutung für die angestrebte Rehabilitation nach akuter Erkrankung. Für Diagnostik, Zielsetzung, Behandlung und Evaluation ist immer ein interdisziplinäres Team erforderlich (GeriatricerIn, Pflegefachperson, SozialarbeiterIn, PhysiotherapeutIn, ErgotherapeutIn, ErnährungsberaterIn, SeelsorgerIn).

Dimensionen geriatricer Arbeit und deren Handlungsfelder

Geriatric Tätigkeit ist ausgeprägt biopsychosozial¹ orientiert und beinhaltet medizinische, psychische, pflegerische, rehabilitative, soziale und palliative Elemente. Behandlungsziele sind oft nicht Heilung sondern Erhaltung der Selbstständigkeit, Verbesserung der Lebensqualität und Angstabbau.

Geriatric Handeln findet in verschiedenen Strukturen unseres Gesundheitswesens statt: im Akutspital, in Übergangs- und Überbrückungspflege-Einrichtungen, in Langzeit-einrichtungen (Alters- und Pflegeheime) oder im Spitex-Bereich. Die Geriatric hat Methoden entwickelt, die den Anteil akut erkrankter oder verunfallter alter Menschen, die in ein Pflegeheim eintreten müssen, verringert. Dies hat auch die



Daniel Grob



Erwin Carigiet

Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften erkannt und empfiehlt prinzipiell vor jedem Eintritt in ein Pflegeheim eine umfassende geriatric Abklärung (multidimensionales geriatric Assessment) [2]. Gesundheits- und

¹ Biopsychosoziale Orientierung meint die gleichbedeutende Berücksichtigung nicht nur biologischer, sondern auch psychischer und sozialer Aspekte von Gesundheit und Krankheit in der medizinischen Behandlung alter Menschen.

Sozialpolitiker in vielen Kantonen haben diesen Benefit der Geriatrie erkannt. So sind heute in mehreren Kantonen geriatrische Strukturen und Programme im Aufbau.

Die Geriatrie im Fadenkreuz

Die Finanzierung des Gesundheitswesens ist komplex. Das Gesundheitswesen wird im Resultat zu über zwei Dritteln von den privaten Haushalten finanziert, was über das Ganze gesehen eine hohe finanzielle Eigenverantwortung bedeutet [3]. Direkt abgegolten werden rund die Hälfte der medizinischen Leistungen von den Sozial- und Privatversicherungen – sie bezahlen einen Teil der Rechnungen. Kostenträger im engeren Sinne sind damit immer mehrere Partner (PatientInnen, deren Angehörige, öffentliche Hand, Sozial-, Privatversicherungen und andere) mit naturgemäss ungleichen Interessen. Das Krankenversicherungsgesetz KVG setzt für die Kostenträger spezielle Anreize [4]: So ist für Krankenversicherer je nach Situation eine stationäre Behandlung von Grundversichererten oft kostengünstiger als eine ambulante Behandlung. Im stationären Bereich nehmen zudem die den Versicherern verrechneten Preise von der Akutbehandlung im Spital bis zur Langzeitpflege sukzessive ab. Das erklärt den Wunsch der Versicherer an die Mitarbeitenden der Spitalgeriatrie, ihre Schutzbefohlenen in Akut-, Rehabilitations- und Langzeitpatienten zu kategorisieren und diese möglichst rasch in die für die Versicherer günstigste Institution zu verlegen, womit der Kostenanteil der Versicherer sinkt und jener der Betroffenen steigt. Das ist an sich ein vertretbarer sozialpolitischer Effekt, zumal es in Anbetracht der Generationengerechtigkeit angebracht erscheint, die Vermögen der alten Menschen höher zu belasten. Für die finanziell schlechter gestellten Alten müssten aber gleichzeitig die Ergänzungsleistungen zur AHV ausgebaut werden.

Gesamtwirtschaftliche Perspektive

Aus altersmedizinischer Sicht lassen die komplexen Mehrfacherkrankungen mit enger inhaltlicher und zeitli-

cher Verflechtung von Akut- und Rehabilitationsbehandlung die erwähnte eindimensionale Klassifizierung zumindest anfänglich oft nicht zu.

Die zu Beginn einer Akuterkrankung im Spital häufig gestellte Frage der Krankenversicherer, weshalb ein Patient nicht im Pflegeheim betreut werden könne, ist an sich nicht ehrenrührig. Doch kann sie einen altersdiskriminierenden Hintergrund erhalten, da sie fast ausschliesslich bei alten Menschen gestellt wird. Prinzipiell könnte jeder kranke Mensch im Pflegeheim betreut werden, die Frage ist nur, mit welchem Ziel und zu welchem Zweck. GeriaterInnen benötigen damit auch ein gutes Mass an gesundheitsökonomischem Wissen, um für alle Seiten fair und nachvollziehbar in diesem Spannungsfeld von klinischer Medizin und Ökonomie zu handeln.

Geriatrische Interventionen sind oft vor allem aus einer gesamtwirtschaftlichen Perspektive (Erhaltung der autonomen Lebensführung, Verringerung der Pflegeheimbetreuung) interessant – man denke zum Beispiel an die Modelle präventiver Hausbesuche oder die belegte Wirksamkeit von Assessment-Strategien im Akutspital [5]. Vermeintliche Einsparungen bei der Behandlung akuter Erkrankungen bei alten Menschen bedeuten später oft höhere Ausgaben in der Langzeitpflege.

Die soziale Sicherheit

Eine neue Untersuchung des Bundesamtes für Statistik weist nach, dass die demografische Alterung nicht Hauptursache der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen ist. Für die steigenden Kosten ist ein «komplexer Grundtrend» aus einer Verbindung von angebots- wie auch nachfrageseitigen Elementen verantwortlich, der rund zwei Drittel des Kostenwachstums ausmache [6]. Die Frage, wie wir mit unseren kranken, hochbetagten Menschen umgehen, ist deshalb nicht primär eine ökonomische, sondern eine medizinische Frage sowie eine Frage der sozialen Sicherheit. Die Betrachtungsweise «Was kostet die soziale Sicherheit?» unterdrückt die mindestens so bedeutsame Frage «Was

kostet die soziale Unsicherheit?» So geht vergessen, nach den Auswirkungen und den Erfolgen der sozialen Sicherheit zu fragen, zum Beispiel nach den dank des medizinischen Fortschritts gewonnenen zusätzlichen Lebensjahren in autonomer Lebensführung. Die Kosten der sozialen Sicherheit sind leicht messbar, jene der sozialen Unsicherheit, etwa die Fragmentierung der Gesellschaft (Zwei-Klassenmedizin und Ähnliches), sind es nicht. Alle Menschen möchten länger leben – der einzige Weg dazu führt über das Älterwerden [7]. Und dieser Weg ist auch heute noch im hohen Alter oft von Gebrechlichkeit und Krankheit belastet. ■

Autoren:

Daniel Grob, Dr. med. MHA

Präsident Schweiz. Fachgesellschaft für Geriatrie SFGG und Chefarzt
Klinik für Akutgeriatrie
Stadtpital Waid
Tièchestrasse 99, 8037 Zürich
E-Mail: daniel.grob@waid.stzh.ch

Dr. iur. Erwin Carigiet

Schweizerische Vereinigung für Sozialpolitik (SVSP), Präsident
Association suisse de politique sociale (ASPS), président
Mühlenplatz 3, 3011 Bern
E-Mail: info@svsp.ch

Literatur

1. WHO. Health of the Elderly. WHO Tech Rep Series No. 779, Geneva 1989.
2. Schweiz. Akademie der Med. Wissenschaften SAMW: Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen. Basel 2004.
3. Carigiet Erwin, Gesundheitswesen – Aspekte gesellschaftlicher Solidarität, in: Carigiet Erwin, Grob Daniel (Hrsg.), Der alte Mensch im Spital – Altersmedizin im Brennpunkt, Zürich: Gesundheits- und Umweltschutzdepartement der Stadt Zürich; 2003.
4. Bapst Ludwig, Die Finanzierung und Steuerung der Spitäler und ihre Auswirkungen auf die alten Menschen. In: Carigiet Erwin, Grob Daniel (Hrsg.), Der alte Mensch im Spital – Altersmedizin im Brennpunkt, Gesundheits- und Umweltschutzdepartement der Stadt Zürich 2003, 83 ff.
5. Ellis G., Langhorne P. Comprehensive geriatric Assessment for older hospital patients. Br Med Bull 2005; 71: 45–59.
6. Gerber Yves-Alain, Kosten des Gesundheitswesens und Demografie, CHSS 6/2005, 365 ff.
7. Schneider B. in: Geriatrie: Zukunftsfach ohne Zukunft? KMA Sept. 2002; S. 75

Selbsthilfe und Pflege zu Hause

Basel-Stadt hat sich eine neue Verfassung mit einem ganz besonderen Gesundheitsartikel gegeben. Die Förderung der Selbsthilfe und der Pflege zu Hause sind darin als zwingende Staatsaufgaben festgehalten. Ein Blick auf das kantonale Alterskonzept gibt Hinweise zur konkreten Umsetzung und verdeutlicht die zentrale Bedeutung der Spitex.

Remo Gysin

Am 13. Juli 2006 tritt die neue basel-städtische Verfassung in Kraft. Dann gilt der Gesundheitsartikel mit Pioniercharakter (siehe *Kasten 1*) auch offiziell. Darin werden die kantonalen Behörden verpflichtet, die Selbsthilfe und die Spitex zu fördern. Das ist in der deutschsprachigen Schweiz einmalig. Die Pflege zu Hause nimmt im Basler Gesundheits- und Alterskonzept zwar schon lange einen zentralen Platz ein; aber nun ist sie in die kantonale Verfassung gehiebt worden. Den Weg ebnet hat eine traditionelle und fruchtbare Zusammenarbeit zwischen gemeinnütziger privater Arbeit und öffentlichen Stellen.

Leitlinien der Alterspolitik

Schon vor 15 Jahren haben Basels Graue Panther als Interessenvertre-

ter der älteren Generation fünf allgemeine Forderungen zu ihrem Wohlbefinden an die Behörden herangebracht [1].

«Alte Menschen wollen

1. ihre Selbstständigkeit beibehalten, auch materiell und im Wohnbereich
2. ihre Identität bewahren
3. eine sinnvolle Betätigung haben (gemeint ist weder Berufsarbeit noch Beschäftigungstherapie)
4. am sozialen und kulturellen Leben teilnehmen
5. Freude und Liebe austauschen können.»

Aufgrund des Dialogs und der Reflexion über die Bedürfnisse älterer Menschen hat das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt schon vor Jahren entsprechende Ziele und Grundsätze der Alterspflegepolitik formuliert und in einem integrierten Alterskonzept auch umgesetzt. [2]. Darin steht als Kernstück der sich wandelnden Bedürfnisvielfalt eine entsprechende Betreuungs- und Förderungsvielfalt gegenüber (siehe *Kasten 2*). Wichtig ist, dass jede Hilfeleistung aufgrund einer systematischen Erfassung des individuellen Pflege- und Betreuungsbedarfs erbracht wird.

In den «Leitlinien der kantonalen Alterspolitik» sind der Schutz der persönlichen Integrität, Lebensqualität und Selbstständigkeit als oberste Ziele genannt [3]. «Der ältere Mensch soll (mit Unterstützung durch Angehörige und Spitex) so lange wie möglich zu Hause leben können». Dies wird durch zahlreiche Beratungsangebote, Notrufsysteme, Mahlzeiten- und Hauslieferdienste, aber auch Entlastungsangebote, An-



Remo Gysin

reize zur Nachbarschaftshilfe und Tagespflegeheime erleichtert. «Ein Eintritt in eine mit öffentlichen Geldern unterstützte Institution erfolgt erst, wenn das Ausmass an Hilfs- und Pflegebedürftigkeit das soziale Netz inklusive Spitex-Leistungen überfordert beziehungsweise das Verbleiben zu Hause aufgrund wirtschaftlicher Gesichtspunkte für das Gemeinwesen nicht mehr vertretbar ist.»

Entwicklungsprozess und Neustrukturierung

Die Organisation des Entwicklungsprozesses ist in Basel-Stadt stets besonders beachtet worden. Steuerungsimpulse, die Einbettung in das kantonale Gesundheitssystem, Koordination, Transparenz und Akzeptanz des Alterspflegekonzeptes verlangen besondere organisatorische Strukturen und Abläufe. Dazu ist 1986 das kantonale Amt für Alterspflege als Führungs- und Beratungsorgan geschaffen worden. Ende Juni 2005 wurde es leider aufgelöst. Seine Aufgaben werden seit Juli

2005 von der Abteilung Langzeitpflege als Teil des Bereiches Gesundheitsversorgung wahrgenommen. Ob sich diese Neustrukturierung bewährt, wird sich zeigen. Aus dem Jahresbericht 2005 des Gesundheitsdepartements lässt sich immerhin entnehmen, dass «die Hilfe und Pflege zu Hause bei allen Unterstützungsangeboten weiterhin im Vordergrund steht».

Zentrale Bedeutung der Spitex

Meilensteine in der Entwicklung der Hauspflege in Basel-Stadt waren

- die Realisierung eines flächendeckenden Spitex-Angebots über den ganzen Kanton
- der Aufbau der spitalexternen Onkologiepflege
- die Integration der psychiatrischen Gemeindekrankenpflege
- das kantonale Spitex-Gesetz
- die Schaffung einer Ombudsstelle für Altersfragen und Spitex.

Die Selbsthilfe erhielt entscheidende Impulse durch das 1981 gegründete «Hinterhuus», heute «Zentrum Selbsthilfe» genannt. Dieses sorgte im Bereich der Selbsthilfegruppen auch für eine schweizerische Initiierung, indem es massgebend an der Gründung der Stiftung KOSCH¹ beteiligt war. Anfang 2005 arbeiteten in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft 198 Selbsthilfegruppen in 109 verschiedenen Themenbereichen.

Zusätzlich bieten die gerontologische Beratungsstelle «Memory Clinic» und die Alzheimer-Vereinigung² Betroffenen und Angehörigen verschiedene Hilfestellungen an, zum Beispiel Gedächtnistraining und fachlich begleitete Angehörigengruppen.

Der Erfolg der baselstädtischen Alterspolitik lässt sich mit dem Vergleich der altersspezifischen Bettenquoten belegen. In Basel-Stadt leben anteilmässig deutlich weniger betagte Menschen in einem Pflegeheim als im schweizerischen Durchschnitt. Dies dürfte auf den in Basel-

Kasten 1

Neue Verfassung Basel-Stadt

§ 26 Gesundheit

- 1 Der Staat schützt und fördert die Gesundheit der Bevölkerung.
- 2 Er gewährleistet eine allen zugängliche medizinische Versorgung.
- 3 **Er fördert die Selbsthilfe und die Hilfe und Pflege zu Hause und unterstützt Familien und Angehörige in dieser Aufgabe.**
- 4 Er trifft Massnahmen im Bereich der Prävention.
- 5 Er achtet auf die Wahrung der Patientenrechte.

Die Spitäler sind in einem besonderen Paragraphen angesprochen.

Kasten 2

Grundsätze der Alterspolitik, Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Die Angebote:

Präventive Massnahmen – Förderung der Selbst- und Nachbarschaftshilfe – Haushilfe – Haus- und Gemeindekrankenpflege – Tageszentren – Alters- und Pflegeheime – geriatrische Aufnahme- und Abklärungsstationen – geriatrische Kliniken und Rehabilitation

Stadt erhöhten Stellenwert der Pflege zu Hause sowie auf die konsequente Bedarfsabklärung und das differenzierte Leistungsangebot vor allem auch im ambulanten Bereich zurückzuführen sein. So gesehen, ist die Aufnahme von Selbsthilfe und Pflege zu Hause in die kantonale Verfassung eine logische Konsequenz des bewährten Alterskonzeptes.

Ausblick

Mit dem Verfassungsauftrag zur Förderung von Selbsthilfe und Spitex erhalten Bevölkerung und Leistungsanbieter erhöhte Gewähr, dass sie auch künftig gebührend anerkannt und unterstützt werden. Dies ist in einer Situation, in welcher der Service Public von Abbau und Privatisierung bedroht ist und auch die meisten Krankenkassen – eine löbliche Ausnahme bildet die ÖKK Basel – um Spitex-Tarife feilschen, von grosser Bedeutung. Umso mehr,

als es in verschiedenen Bereichen des Alterskonzeptes noch Lücken, Erneuerungsbedarf und Ansätze zur Qualitätsverbesserung gibt. ■

Autor:

Remo Gysin

Dr. rer. pol., Nationalrat,
ehemaliger Vorsteher des
Sanitätsdepartementes BS,
Präsident Stiftung KOSCH,
Petersgraben 49

4051 Basel

E-Mail: info@gysinbasel.ch

Internet: www.gysinbasel.ch

Literatur

1. Schriftliche Unterlage der «Grauen Panther» zur Monatsversammlung vom 4.11.1991 in Basel
2. Siehe Remo Gysin, «Alt und krank: Das Alterspflegemodell Basel-Stadt», gekürzte Fassung des gleichlautenden Referats, gehalten am 1.4.1993 in Mülhausen /Frankreich.
3. Gesundheitsdepartement Basel-Stadt (Hrg.), Alterspolitik des Kantons Basel-Stadt: Stand 2001, vom Regierungsrat des Kantons BS genehmigt am 7.8.2001.

¹ KOSCH: Dachorganisation zur Koordination und Förderung von Selbsthilfegruppen in der Schweiz, www.kosch.ch
² www.alzheimer-beiderbasel.ch

Vernetzte Betreuung im Alter

Die Betreuung des betagten Patienten wird für den Hausarzt zu einer immer anspruchsvolleren Aufgabe. Durch eine bessere Koordination der verschiedenen Akteure soll die Lebensqualität der Patienten erhöht und unnötige Kosten verhindert werden.

Felix Huber

Ziel der Hausärzte ist es, ihren betagten Patienten möglichst lange eine gute Lebensqualität zu ermöglichen und ihre Selbstständigkeit zu erhalten: also ihnen ein langes Leben und eine kurze Leide- und Sterbephase zu ermöglichen. Deshalb müssen gesundheitliche Risiken rechtzeitig erfasst und einschränkende Störungen möglichst eliminiert oder gelindert werden. Dafür steht ein fantastisches Arsenal an Interventionsmöglichkeiten zur Verfügung, denn das medizinische Wettrüsten macht auch vor dem hochbetagten Patienten nicht Halt.

Mit der gesteuerten Versorgung in Managed-Care-Modellen versuchen Hausärzte, die fragmentierte medizinische Versorgung im Interesse der Patienten besser zu koordinieren. In einem gross angelegten Projekt der American Veterans Affairs konnte gezeigt werden, dass sich mit Managed Care die Lebenserwartung und die Lebensqualität

steigern und die Hospitalisationen sowie die Gesamtkosten bei den wichtigsten chronischen Leiden senken lassen [1].

Werden die Mittel richtig eingesetzt?

Die Risikoausgleichszahlen haben gezeigt, dass eine 80-jährige Person etwa 10- bis 15-mal höhere Krankheitskosten verursacht als eine 20-jährige. Diese hohen Kosten kumulieren sich zudem altersunabhängig in den letzten Lebensmonaten eines Patienten. Es ist bekannt, dass die meisten Menschen in einem polymorbiden oder terminalen Stadium am liebsten zu Hause gepflegt werden möchten, doch fehlen dafür weitgehend die organisatorischen und personellen Ressourcen. Betagte Menschen werden sehr oft unkoordiniert behandelt. Für viele medizinischen Leistungen fehlt häufig die korrekte Indikation. Auch diese Faktoren kumulieren sich im Alter. Es kommt zu einer unheilvollen Vermischung des ärztlichen Machbarkeitswunsches oder -anspruchs und der Angst des Patienten vor Leid und Endlichkeit.

Wird es von den Patienten richtig genutzt?

Viele ältere Patienten sind mit dem Überangebot an medizinischen Leistungen überfordert. In unserer modernen Gesellschaft und insbesondere in städtischen Verhältnissen leben Betagte häufig isoliert und vereinsamt. Die Medizin erhält manchmal eine pseudoreligiöse Funktion oder sie ersetzt die fehlende soziale Vernetzung. Dafür ist der medizinisch-technische Apparat aber ungeeignet und viel zu teuer. «The more a



Felix Huber

society spends on health care the more likely are its inhabitants to regard themselves as sick», war eine der Schlussfolgerungen in der BMJ Ausgabe «Too much medicine?» [2].

Der Hausarzt als Koordinator

Beim betagten Patienten wird der Hausarzt wieder zur wichtigsten ärztlichen Ansprechperson, da er die Hauptkoordination der Betreuung zu Hause übernehmen sollte. Beteiligt sind dabei verschiedene Fachrichtungen und Institutionen und es braucht eine enge Zusammenarbeit mit spezialisierten Einrichtungen wie

- Spitex (eventuell Onkospitex, psychiatrische Spitex)
- Tageskliniken (zur Entlastung der Angehörigen)
- Betreuungsdienste
- Physio- und Ergotherapie
- Sozialarbeit
- Sterbebegleitung
- weitere Hilfestellungen (Beraterinnen, Mahlzeitendienst, Hilfsmittel).

Dem Hausarzt kommt die oberste koordinierende Funktion zu, was

sehr anspruchsvolle und zeitraubende Arbeit bedeutet. Ohne zusätzliche finanzielle Anreize und Entlastung für den Hausarzt durch weitere koordinierende Fachpersonen lässt sich dies nicht bewerkstelligen. Insbesondere sollte mit den betagten Patienten und ihren Angehörigen die Patientenverfügung thematisiert, und ein entsprechendes Dokument ausgefüllt werden. Angesichts dieser Situation wird der Hausarzt in Zukunft viele Aufgaben delegieren müssen. Es ist denkbar, dass er für die administrativen Aufgaben von speziell geschulten Case Managern entlastet wird.

Die Kosten für die Langzeitpflege werden gemäss einer Studie des Gesundheitsobservatoriums [3] von aktuell 6,5 Milliarden Franken jährlich auf über 15 Milliarden im Jahr 2030 ansteigen. Um stationäre Eintritte zu verhindern, braucht es die Bereitschaft zur aufwändigen Betreuung, eventuell auch durch den Spitalarzt am Krankenbett zu Hause, und unter Umständen rund um die Uhr. Ausserdem stellt die palliative Behandlung des terminalen Patienten zum Teil hochkomplexe Anforderungen.

Integrierte Versorgung

Es stellt sich die Frage, wie durch eine verbesserte Organisation und Koordination eine medizinische Versorgung erreicht werden kann, die alle Beteiligten zum Nutzen des Patienten optimal integriert. Voraussetzung dafür sind folgende Elemente:

- Primärarztssystem (Gatekeeper) mit der Kompetenz, zu steuern und somit auch zu koordinieren
- Disease-Management-Programm für chronische Leiden
- präventive Hausbesuche und Entlastung des Primärarztes durch medizinische Fachpersonen (medizinische Case Manager)
- Gruppenpraxen mit hoher Verfügbarkeit der medizinischen Leistungen
- Rapporte der stationären Einrichtungen an den Hausarzt
- spezielle finanzielle Anreize als Motivation für die beteiligten Akteure.

Primärarztssystem

Eine bessere Koordination der medizinischen Betreuung ist nur möglich, wenn der Hausarzt die Kompetenz zur Steuerung erhält. Im Versicherungsvertrag von Managed-Care-Modellen wird ihm diese Kompetenz (Gatekeeper) zugesprochen. Zur Kompetenz gehört aber insbesondere das notwendige Wissen für diese anspruchsvolle Aufgabe. Es braucht eine konsequente und kontinuierliche Weiterbildung sowie einen hochfrequenten Austausch unter den Akteuren. Die beste Möglichkeit, um diese qualitativen Aspekte fortlaufend zu vermitteln, sind die wöchentlichen, strukturierten Qualitätszirkel.

Disease-Management-Programme

Eine Lösung für wiederkehrende, anspruchsvolle Probleme sind Richtlinien, in denen die Probleme zusammengefasst, und bei häufigem Vorkommen in Disease-Management-Programme übersetzt werden. So konnte beispielsweise gezeigt werden, dass sich mit einem gut strukturierten Programm für Herzinsuffizienz die Rate der Notfallhospitalisationen bereits im ersten Jahr halbieren liess. Dadurch verbessert sich die Lebensqualität für die Patienten bereits ab Beginn der Intervention. Die ambulanten Kosten nehmen leicht zu, während die stationären Kosten drastisch gesenkt werden können.

Präventive Hausbesuche

In Zukunft wird es neue Betreuungsansätze brauchen, wobei präventive Hausbesuche eine Heimeinweisung hinausschieben können. Mit fachkompetenten Hausbesuchen lassen sich gemäss internationalen Studien [4] die Heimeinweisungen um einen Drittel reduzieren.

Die MediX-Gruppenpraxis in Zürich hat sich an einem Pilotmodell zu diesen präventiven Hausbesuchen beteiligt. Dabei konnten interessante Erfahrungen gesammelt werden. Es wurden Defizite in der Versorgung und beim Wissensstand der Patienten entdeckt. So haben die Patienten bei den Pflegefachpersonen oft neue Themen angesprochen, für die es in der ärztlichen Sprechstunde keinen

Platz gab. Die MediX-Ärzte mussten sich daran gewöhnen, dass noch andere Fachpersonen mitreden und mitdenken. Insgesamt war das Projekt ein Gewinn für alle Beteiligten.

Hohe Verfügbarkeit der medizinischen Leistungen

Die MediX-Gruppenpraxis mit vielen Fachrichtungen kann den betagten Patienten fast das ganze medizinische Versorgungsspektrum unter einem Dach anbieten. Dabei schätzen es die betagten Patienten, fast alle Versorgungsangebote am gleichen Ort vorzufinden. Sie wissen, dass sich die Ärzte untereinander gut absprechen, dass immer jemand da ist und dass sie im Notfall auch nachts anrufen können.

Rapport an den Hausarzt

Zu einer konsequenten integrierten Versorgung gehört auch die nahtlose Zusammenarbeit mit den stationären Einrichtungen in allen Abstufungen. Heute werden Hausärzte von den stationären Einrichtungen oft übergangen, das heisst, nicht in den Entscheidungsprozess miteinbezogen oder nicht genügend über das gewählte Prozedere informiert. Die Patienten werden oft ohne Rücksprache mit dem Hausarzt in ein ambulantes Setting entlassen, manchmal mit einem Medikamentenvorrat für 24 Stunden und ohne Kurzbericht. Ein weiteres Problem entsteht, wenn eine sorgfältig aufgebaute Generikamedikation mit Originalen über den Haufen geworfen wird. Hier gibt es noch viel Handlungsbedarf für die stationären Einrichtungen. Zu einer optimalen Betreuung gehört es im Übrigen auch, Falschplatzierungen wie Pflegeheimpatienten auf Akutstationen, zu verhindern. Die dazu notwendige, oft langwierige Überzeugungsarbeit bei betagten Patienten kann teilweise auch an andere Fachpersonen, wie Sozialarbeitende und Case Manager, delegiert werden.

Spezielle finanzielle Anreize als Motivation

Letztlich werden alle diese anspruchsvollen Betreuungs- und Koordinationsaufgaben aber nur geleistet

tet, wenn sich der Aufwand auch finanziell lohnt. Dabei geht es nicht nur um die korrekte oder angemessene Entschädigung der eigenen Leistung. Es geht auch um eine zusätzliche Belohnung für den zusätzlichen Aufwand an massgeschneiderter Organisation. Dies ist in Managed-Care-Modellen mit Budgetverantwortung möglich und wird in der Schweiz seit Jahren erprobt. Ausserdem erlaubt die Budgetverantwortung, die kostspieligen Behandlungen systematisch auf ihren Nutzen zu analysieren.

In Zukunft wird der Hausarzt noch verstärkt die Hauptkoordination bei der Betreuung von betagten Patienten übernehmen. Unterstützt wird er dabei von Fachpersonen, die präven-

tive Hausbesuche durchführen und einen Teil der Betreuungsarbeit und der Organisation übernehmen. Entscheidend ist, dass präventive Hausbesuche konsequent durchgeführt und von den Krankenkassen als Pflichtleistung übernommen werden. Es wird darum gehen, die optimale Koordination der Betreuung überall verfügbar zu machen. ■

Autor:

Dr. med. Felix Huber

Leiter MediX Ärzte Zürich

MediX Gruppenpraxis

Rotbuchstrasse 46

8037 Zürich

E-Mail: felix.huber@medix-aerzte.ch

Internet: www.medix.ch und

www.medix-gruppenpraxis.ch

Literatur:

1. N Engl J Med 2003; 348: 2218-27. 2003; 349: 1665-66, 1637-46.
2. BMJ 2002. 324: 859-860.
3. Gesundheitsversorgung von Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen oder Behinderung in der Schweiz. Schweiz. Gesundheitsobservatorium, Arbeitsdokument Nr. 14. Neuchâtel Feb. 2006.
4. JAMA 2002; 287: 1022-1028.

«Die letzte Lebensphase ist die wichtigste»

Angeline Fankhauser, alt Nationalrätin SP, Co-Präsidentin der VASOS (Vereinigung aktiver Senioren- und Selbsthilfe-Organisationen der Schweiz) und der Grauen Panther Basel erklärt die Bedürfnisse von älteren Patienten aus Sicht der Betroffenen.

Managed Care: Frau Fankhauser, wie beurteilen Sie die Situation der älteren Bevölkerung ganz allgemein?

Fankhauser: Es ist höchste Zeit, dass sich die Gesellschaft wie auch die Politiker überlegen, was zu unternehmen ist, damit diese Bevölkerungsgruppe nicht länger als Randgruppe betrachtet wird. Der Anteil älterer Menschen beträgt in der Schweiz fast 20 Prozent und sie wollen integriert sein, mit ihren möglicherweise anfallenden Problemen, aber auch mit ihren Ressourcen. Es braucht ein Umdenken, damit sie nicht nur als Leistungsbezüger oder gar als Belastung wahrgenommen werden, und sich wohl fühlen können als Bürger. Es gibt zwar immer wieder einzelne Projekte für ältere Menschen, doch sie genügen nicht. Es braucht eine Gesamtstrategie des Bundes, die bisher fehlt.

MC: Und wie steht es um die Gesundheitsversorgung von älteren Menschen, welche Bedürfnisse haben sie?

Fankhauser: Unser grösstes Anliegen ist die Koordination der Versor-

ungsangebote. Auch hier braucht es ein Gesamtkonzept, in das die geriatrische Medizin, die Pflege und die Betreuung eingebettet sind. Es ist für ältere Menschen schwierig, sich bei all den neuen Angeboten der Krankenkassen zurechtzufinden. Ältere Menschen möchten eine einzige Anlaufstelle, an die sie sich wenden können, und nicht viele, verstreute Angebote. Für sie ist es wichtig zu wissen, dass die Kontinuität in der Versorgung gewährleistet ist.

MC: Wer wäre Ihrer Meinung nach geeignet, die Koordination der Angebote zu übernehmen?

Fankhauser: Die Pro Senectute, die ja mit AHV-Geldern finanziert wird. Früher war es ihre Aufgabe, zu verhindern, dass es in der Schweiz soziale Härtefälle im Alter gibt. Das ist heute nicht mehr so aktuell, trotzdem ist die Institution der Pro Senectute nach wie vor sehr nötig. Sie sollte vermehrt aktiv werden und sich für die Anliegen der älteren Bevölkerung stärker einsetzen.

MC: Sie haben vorhin die Kontinuität in der Versorgung angesprochen. Was bedeutet diese für den einzelnen Patienten?

Fankhauser: Er braucht konstante vertraute Personen, die seine Situation kennen, damit nicht immer wieder nachgefragt werden muss. Je pflegebedürftiger ein älterer Patient ist, umso müder ist er und mag nicht immer wieder alles von vorne erklären. Doch je länger man lebt, umso weniger Leute hat man um sich, die über alles Bescheid wissen.

MC: Welches sind die Folgen dieser Situation?



Angeline Fankhauser

Fankhauser: Eines Tages stellt man zum Beispiel fest, dass der eigene langjährige, vertraute Arzt, das kann ein Hausarzt oder ein Spezialist sein, pensioniert wird. Sein Nachfolger ist dann wahrscheinlich ein junger Mediziner, und diese haben oft überhaupt keine Ahnung vom Älterwerden. Sie stellen sich vor, dass man ältere Patienten zusammenflicken kann wie jüngere Patienten, und dann ist alles in Ordnung. Sie verkennen, dass ältere Leute zum Teil anders funktionieren und andere Bedürfnisse haben. So fehlt es häufig an Verständnis, dass sie langsamer sind und mehr Zeit brauchen, das gilt auch bei der Genesung.

MC: Wie kann das Verständnis älteren Patienten gegenüber gefördert werden?

Fankhauser: Junge Mediziner sollten sich vermehrt mit Geriatrie und Gerontologie auseinandersetzen und sich für ältere Patienten mehr Zeit nehmen und ihnen zuhören. Und es ist an der Zeit, dass nicht nur Ärzte, sondern auch die Gesellschaft gene-

rell erkennt, dass die letzte Lebensphase die wichtigste ist. Im Alter gibt es kein «später» mehr. Man kann nichts mehr aufschieben und deshalb sollten diese Menschen bis zur letzten Minute zu spüren bekommen, dass sie wohlgekommen sind.

MC: Wie beurteilen Sie die aktuelle Gesundheitsversorgung für ältere Patienten?

Fankhauser: Von Seiten der Krankenkassen besteht, die Kosten betreffend, ein gewisser Druck und der ist für ältere Patienten spürbar. Es ist zum Beispiel bekannt, dass Behandlungen wie Physiotherapie und Ergotherapie ab einem bestimmten Alter sehr infrage gestellt werden. Im Grunde gibt es heute bereits eine indirekte Rationierung, die aber nicht offiziell ist und nicht deklariert wird. Während noch vor wenigen Jahren die Patienten eher Angst vor einer Überversorgung hatten, ist die Situation heute umgekehrt. Die älteren Patienten sind verunsichert, wenn der Arzt ihnen mitteilt, eine bestimmte Therapie lohne sich nicht: Sagt der Arzt das nun, weil die Therapie medizinisch nicht sinnvoll ist oder weil er zu hohe Kosten befürchtet?

MC: Ein anderer Aspekt der Gesundheitsversorgung ist die Pflege. Welche Angebote sind hier für ältere Patienten besonders wichtig?

Fankhauser: Für betagte Patienten gibt es nach einem Spitalaufenthalt meist nur zwei Möglichkeiten: entweder können sie nach Hause oder sie müssen in ein Pflegeheim.

Es wird jeweils sofort und definitiv entschieden, und das macht diesen Patienten Angst. Unter Umständen ist die Einweisung in ein Pflegeheim gar nicht nötig, weil sie nach einer bestimmten Zeit wieder selbstständig leben können und nur eine längere Erholungsphase brauchen. Sinnvoll wäre in diesem Fall eine Übergangspflege nach dem Spitalaufenthalt, zum Beispiel eine Rehabilitationseinrichtung wie für Unfallpatienten. Leider fehlt ein solches umfassendes geriatrisches Pflegekonzept, es wird von Fall zu Fall entschieden, wobei gesagt werden

muss, dass viele Gemeinden diesbezüglich gute Arbeit leisten. Aber es fehlen die Grundlagen dafür, auch für die Finanzierung.

MC: Sind Ihnen lokale Angebote bekannt, die eine bedürfnisgerechte Pflege für ältere rekonvaleszente Patienten anbieten?

Fankhauser: In Genf gibt es ein vorbildliches Modell für die Übergangspflege, das Cesco.¹ In diese Einrichtung kommen Patienten zur Rehabilitation, die nicht mehr akut pflegebedürftig sind. Für manche von ihnen ist der Aufenthalt temporär, andere bleiben aber auch. Entscheidend ist, dass nicht schon im Voraus und über ihre Köpfe bestimmt wird, sondern dass man wartet, ob sich die Patienten erholen und wieder selbstständig leben können.

Ein weiteres Beispiel für bedürfnisgerechte Versorgung sind die Centres médicaux sociaux im Kanton Waadt. Diese Akut-Versorgungszentren sind eine Drehscheibe für soziale Betreuung, Gesundheitsversorgung und auch Prävention. Das entspricht dem Grundgedanken von Managed Care. Für ältere Leute ist die soziale Betreuung mindestens ebenso wichtig wie die medizinische. Deshalb wäre es vorteilhaft, Managed-Care-Modelle wie HMO mit solchen Zentren zu verbinden. Die Centres médicaux sociaux sind nicht auf Geriatrie beschränkt, sondern für alle Bevölkerungsgruppen konzipiert. In der Ortschaft Pully etwa steht das Zentrum in einem Einkaufszentrum mit Geschäften und Restaurants, also mitten im Leben.

MC: Wie steht es mit Konzepten für die Pflege zu Hause? Als aktuelles Beispiel hat Basel-Stadt neu eine Verfassung mit einem Gesundheitsartikel zur Förderung der Selbsthilfe und Pflege zu Hause (s. Seite 8 dieser Ausgabe).

Fankhauser: Ich finde diese Idee sehr gut, Basel-Stadt war auch einer der ersten Kantone, der eine Entschädigung für pflegende Angehörige ein-

geführt hat. Die Förderung der Selbsthilfe und Pflege zu Hause muss sich aber am Wohl der Betroffenen orientieren und nicht als zusätzliches Sparprogramm im Gesundheitswesen gestaltet werden.

Es gibt noch andere Konzepte für die Pflege zu Hause, wie Telehome Care in Basel-Land, für das ich mich engagiere. Doch kommen wir mit dem Projekt nicht voran, weil uns niemand unterstützt. Beim Telehome Care werden in den Wohnräumen von älteren Leuten Monitore installiert, natürlich nur auf deren Wunsch, um visuellen Kontakt zwischen ihnen und einer Versorgungszentrale herzustellen. Das Konzept ist aber nicht nur für Notfallsituationen gedacht, es geht in erster Linie um den täglichen Kontakt. Dabei ist nicht die Technik das Problem, sondern die Zuständigkeit, wer sich anschliessend um die Betagten kümmert. Meiner Meinung nach müsste die Zentrale lokal sein, damit sich die Leute untereinander kennen. Die einzelnen Angebote dazu gibt es ja bereits: den Notfallarzt, die Spitex, die Intervention mit dem Notruf in der Nachbarschaft, sie müssten nur noch vernetzt werden. Aber das Problem ist, entweder werden die Bedürfnisse älterer Menschen nur aus sozialpolitischer Perspektive betrachtet oder nur aus medizinischer Sicht, und ich finde, beides gehört zusammen. ■

Interview:
Karin Diodà

Redaktion Managed Care

¹ Cesco: Centre de soins continus, weitere Informationen unter www.hug-ge.ch/soins/cesco.html

Altersbilder: Krankheitsrisiko und Gesundheitspotenzial

Die möglichen Konsequenzen gesellschaftlicher Vorstellungen zum Alter werden häufig im Kontext sozialer Diskriminierung thematisiert. Hier wird nun ein neuer Aspekt beleuchtet, nämlich die Bedeutung gesellschaftlicher wie auch eigener Altersbilder für die Gesundheit älterer Menschen.

Caroline Moor

Welches Bild machen sich Schweizerinnen und Schweizer vom Alter? In einer Studie des Nationalen Forschungsprogramms 32 zum Thema «Alter» liessen Patricia Roux und ihre Kollegen jüngere und ältere Personen eine Reihe Begriffe beurteilen, die in der öffentlichen Diskussion zum Alter(n) häufig angesprochen werden [1]. Aus den Antworten ermittelten sie anschliessend sechs eigenständige Bilder (siehe *Kasten*).

Existenzielle Zweideutigkeit einer Lebensphase

Die Vielfalt der gefundenen Bilder macht deutlich, dass keine einheitliche Vorstellung über das Alter existiert. Vielmehr besticht die «(...) durchaus widersprüchliche Kombination positiver und negativer Bilder und Vorstellungen zum Alter, dies sowohl bei jungen als auch bei den älteren Menschen. Darin widerspie-

gelt sich sicherlich die existenzielle Zweideutigkeit einer Lebensphase, die neben Entwicklungschancen unbestreitbar erhöhte soziale und gesundheitliche Risiken mit sich bringt (...) Das Nebeneinander positiver und negativer Altersklischees kann daneben auf einen allmählichen Wandel des Bildes des Alters in der modernen Gesellschaft hinweisen. Frühere defizitorientierte Vorstellungen vom Alter werden vermehrt infrage gestellt und durch aktivitätsorientierte Modelle «erfolgreichen Alterns» zumindest ergänzt» [1].

Werden kollektive Bilder zu eigenen Bildern?

Angesichts dieser Vielzahl an (Fremd-)Bildern stellt sich eine entscheidende Frage: Wie nehmen ältere Personen ihr eigenes Alter(n) wahr? Interessanterweise zählten sich bei der genannten Studie nicht alle der befragten 65- bis 74-Jährigen selbst zur Gruppe der «Alten». Deshalb bleibt letztlich offen, inwie-

«Das Nebeneinander positiver und negativer Altersklischees kann daneben auf einen allmählichen Wandel des Bildes des Alters in der modernen Gesellschaft hinweisen.»

weit ihre Antworten Selbstbilder, Fremdbilder oder eine Mischung aus beidem wiedergaben. Beziehen denn ältere Menschen kollektivgesellschaftliche Vorstellungen zum Al-



Caroline Moor

ter(n) überhaupt auf die eigene Person? Und wenn ja, wird ihr Selbstbild dadurch bedroht? Diese Frage wird kontrovers diskutiert. Insbesondere negative Altersbilder dürften ältere Menschen dann zusätzlich

«So besteht beispielsweise die klare Tendenz, die eigene Zugehörigkeit zur Kategorie «alt» abzustreiten.»

belasten, wenn sie mit vermuteten oder bereits vorhandenen Einbussen konfrontiert oder auf Hilfe angewiesen sind. Tatsächlich zeugen aber einige Befunde zur Frage, wie ältere Menschen mit Altersnormen und -bildern umgehen, eher von psychischer Widerstandsfähigkeit. So besteht beispielsweise die klare Tendenz, die eigene Zugehörigkeit zur Kategorie «alt» abzustreiten. Ältere Personen fühlen sich jünger als ihr kalendarisches Alter und hal-

ten ihre eigenen Entwicklungsziele für konsistenter gegenüber denjenigen jüngerer Erwachsener [2].

Gegen die Verinnerlichung von Altersklischees spricht auch ein Experiment des deutschen Forschers Martin Pinquart [3]. Er konfrontierte ältere Testpersonen mit einer Textpassage, die alte Menschen anhand negativer Stereotypen beschrieb. Nach dieser Manipulation schätzten die Testpersonen die Kompetenzen fiktiver Gleichaltriger tiefer ein – ihre eigene Kompetenzbeurteilung hingegen fiel höher aus. Offensichtlich benutzten die Testpersonen die negative Stereotypisierung eher als Referenz für einen so genannten Abwärtsvergleich (verglichen mit denen geht es mir ja noch gut!), als dass sie diese – zumindest kurzfristig – in ihr eigenes Selbstkonzept integrierten.

Implizite Altersbilder als Gesundheitsrisiko

Derartige kognitive Schutzmechanismen versagen allerdings, sobald Altersstereotypen auf unbewusster, impliziter Ebene wirken. Ein Beispiel dafür ist eine Studie aus der Arbeitsgruppe der Amerikanerin Becca

«Für ältere Menschen könnte daher die alltägliche Konfrontation mit latenten, negativen Altersbildern einen gesundheitlichen Risikofaktor darstellen.»

Levy [4]. Älteren Versuchspersonen wurde am Bildschirm eine Serie von Wörtern dargeboten, die sie zwar visuell wahrnahmen, aufgrund der kurzen Darbietungszeit aber nicht entziffern konnten. Der Hälfte der Personen wurden dabei negative Altersstereotypen wie senil und verwirrt eingestreut. Dadurch erhöhte sich ihre kardiovaskuläre Stressreaktion während 30 Minuten, während umgekehrt in der anderen Gruppe positive Stereotypen wie erleuchtet und weise eher stressdämpfend

wirkten. Mit dieser Studie gelang es erstmals nachzuweisen, dass unterschwellige Altersstereotypen direkt auf physiologische Prozesse Einfluss nehmen. Für ältere Menschen könnte daher die alltägliche Konfrontation mit latenten, negativen Altersbildern einen gesundheitlichen Risikofaktor darstellen.

Altersbilder in der Gesundheitsversorgung

Indirekte gesundheitliche Risiken ergeben sich auch dort, wo ältere Menschen aufgrund einseitig negativer, verallgemeinernder Vorstellungen über das Alter diskriminiert werden – ein unter dem Stichwort «Ageism» (analog zu Rassismus oder Sexismus) vieldiskutiertes Phänomen. Entgegen der intuitiven Annahme, professionelle Helfer seien ihrer älteren Klientel gegenüber weniger voreingenommen, sind auch in der medizinischen und psychologischen Praxis stereotype Sichtweisen verbreitet, etwa dass ältere Patienten schlechter behandelbar seien [5]. Innerhalb der Ärzteschaft besteht diese Sichtweise vielleicht gerade deshalb, weil sie sich überproportional häufig mit solchen «Fällen» beschäftigt. Weit reichende Konsequenzen können auch undifferenzierte Vorstellungen vom Altern als globalen, unaufhaltsamen Abbauprozess haben, wo altersbedingte Krankheiten quasi als

natürliche Begleiterscheinungen des Alters missverstanden werden. Dann nämlich drohen die Erfolgchancen präventiver Massnahmen unterschätzt, das Krankheitsmanagement in seiner Bedeutung hingegen überschätzt zu werden [6].

Ein eindrückliches Beispiel dafür, wie Altersklischees unser professionelles Handeln leiten, liefert eine amerikanische Studie aus dem Pflegealltag [7]. Dort fiel auf, dass Betreuungspersonen mit älteren Heimbewohnern häufig in vereinfachten, verlangsamten Sätzen kommunizierten – dies taten sie aber völlig unabhängig vom tatsächlichen kognitiven oder gesundheitlichen Zustand des jeweiligen Bewohners. Offenbar lag dieser gegenüber älteren Menschen häufig gefundenen sprachlichen Überanpassung die verallgemeinernde Annahme zugrunde, ältere Personen hörten (alle) schlecht und seien (alle) geistig abgebaut.

Positive Einstellung zum eigenen Altern als Gesundheitsindikator

Das Forschungsteam um Levy untersucht seit längerem auch die gesundheitlichen Auswirkungen von Einstellungen zum eigenen Altern [8,9]. Ihre Längsschnittdaten ergaben, dass Personen ab 50, die bei Studienbeginn dem eigenen Altern positiver gegenüberstanden, zwanzig Jahre

Kasten

Altersbilder in der Schweiz

■ Einsamkeit, Isolation und Abhängigkeit

Dieses traditionelle Defizitmodell wurde von jungen Befragten stärker vertreten, fand sich aber auch bei manchen älteren Personen.

■ Konservativ, desorientiert, Gedächtnisprobleme

Dieses Bild wurde von älteren Personen häufiger angeführt als von jungen.

■ Aktive Pensionierung, Kontakt mit anderen Generationen

Dieses positive Bild wurde von älteren Befragten stärker betont als von jungen.

■ Geruhames Alter

Das Bild vom geruhamen Alter besteht weiterhin, aber es wird zunehmend durch das Bild des aktiven Alters konkurrenziert. Bei der älteren Gruppe wurde dieses Bild stärker unterstützt als bei der jüngeren.

■ Alt = krank

Diesem Bild stimmten jüngere und ältere Befragte gleichermaßen zu – es stand jedoch im Vergleich zu den obigen Bildern weniger im Vordergrund.

■ Alt = weise

Dieses ebenfalls eher hintergründige Bild wurde von den jüngeren Befragten etwas stärker vertreten.

später ihre funktionale Gesundheit höher einschätzten, wobei sich dieser Zusammenhang über die Jahre zunehmend verstärkte. Ebenso begünstigte eine positive Einstellung zum Altern später präventives Gesundheitsverhalten wie eine ausgewogene Diät, Bewegung oder eine regelmässige Medikamenteneinnahme. Schliesslich lebte diese Gruppe durch-

«Ebenso begünstigte eine positive Einstellung zum Altern später präventives Gesundheitsverhalten wie eine ausgewogene Diät, Bewegung oder eine regelmässige Medikamenteneinnahme.»

schnittlich 7,5 Jahre länger (zum Vergleich: der bekannte lebensverlängernde Effekt tiefer Cholesterinwerte oder sportlicher Aktivität liegt bei maximal 4 Jahren).

Wenn nun eine positive Einstellung zum eigenen Altern eine bessere Gesundheit voraussagt, schadet dann umgekehrt eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes dem eigenen Altersbild? Die Zürcher Gerontopsychologen Hans Rudolf Schelling und Mike Martin haben in einer aktuellen Studie festgestellt, dass sich – im Zeitverlauf betrachtet – Veränderungen in der psychophysischen Gesundheit auf die Einstellung zum eigenen Altern auswirken [10]. Gesundheitliche Ressourcen und Einstellungen zum eigenen Altern stehen also offenbar in einer gegenseitigen Abhängigkeit. Schelling und Martin kommen deshalb zum Schluss, dass für das Wohlbefinden älterer Menschen präventive Massnahmen zur Erhaltung oder Verbesserung in beiden Bereichen angezeigt sind.

Zusammenfassend betrachtet kann also die Berücksichtigung von Altersbildern – im Wissen um ihre Auswirkungen negativer wie auch positiver Art – in Forschung und Praxis zur Gestaltung von effizienten Interventionsmassnahmen beitragen. ■

Autorin:
lic. phil. Caroline Moor
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Zentrum für Gerontologie
Universität Zürich
Schaffhauserstr. 15
8006 Zürich
E-Mail: c.moor@zfg.unizh.ch

Literatur:

1. Roux, P., Gobet, P., Clémence, A., & Höpflinger, F. (1996). Generationenbeziehungen und Altersbilder: Ergebnisse einer empirischen Studie. Nationales Forschungsprogramm 32 Alter/Vieillesse. Lausanne/Zürich.
2. Heckhausen, J. (1997). Developmental regulation across adulthood: Primary and secondary control of age-related changes. *Developmental Psychology*, 33, 176–187.
3. Pinquart, M. (2002). Good news about the effects of bad old-age stereotypes. *Experimental Aging Research*, 28, 317–336.

4. Levy, B. R., Hausdorff, J. M., Hencke, R., & Wie, J. Y. (2000). Reducing cardiovascular stress with positive self-stereotypes of aging. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 55B, P205–P213.
5. Nelson, T. D. (2005). Ageism: Prejudice against our feared future self. *Journal of Social Issues*, 61, 207–221.
6. Grant, L. (1996). Effects of ageism on individual and health care providers' responses to healthy aging. *Health and Social Work*, 21, 9–15.
7. Kemper, S. (1994). Elderspeak: Speech accommodation to older adults. *Aging and Cognition*, 1, 17–28.
8. Levy, B. R. (2003). Mind matters: Cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58B, P203–P211.
9. Levy, B. R., & Myers, L. M. (2004). Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Preventive Medicine*, 39, 625–629.
10. Schelling, H. R., & Martin, M. (Manuskript in Revision). Einstellungen zum eigenen Altern: Eine Alters- oder eine Ressourcenfrage?

Case Management in der Geriatrie: Die Suche nach dem Königsweg

Empfehlungen zur Umsetzung und Finanzierung von Case-Management-Leistungen in der Geriatrie stellt eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe in einem Bericht vor, der soeben veröffentlicht wurde. Der Bericht entstand auf Initiative des Netzwerks Case Management Schweiz¹ und des Bundesamtes für Gesundheit.

Maja Nagel Dettling

Insgesamt hält die Arbeitsgruppe fest, dass die Wirksamkeit des Case-Management-Verfahrens (siehe *Kasten 1*) wissenschaftlich nicht befriedigend nachzuweisen ist, trotz der vielfältigen Vorteile für Anbieter und Abnehmer. Besonders für konkrete Ergebnisse stellt die wissenschaftlich vergleichende Evaluation des Case-Management-Verfahrens und von Case-Management-Konzepten sowohl hohe Anforderungen an die Methode als auch an die Datengrundlage. Bereits die Berechnung der quantifizierbaren Parameter, zum Beispiel die Kosteneinsparung, stösst auf Schwierigkeiten, da eine Krankheit biologische, psychische und soziale Komponenten enthält und so die Zuordnung einer Programmintervention zu einem Ergebnis nur begrenzt möglich ist. Viele

Verbesserungen lassen sich überdies erst in mehreren Jahren messen. Trotzdem fand die Arbeitsgruppe zahlreiche Hinweise, welche mit grosser Wahrscheinlichkeit die Wirtschaftlichkeit und die Wirksamkeit des Case-Management-Verfahrens belegen.

Finanzierungsmodelle

Nach Prüfung verschiedener Finanzierungsvarianten für Case-Management-Leistungen schlägt die Arbeitsgruppe folgende Finanzierungsart für die Geriatrie² vor: Die Case-Management-Leistungen werden durch die direkten Nutzniesser und durch eine Mischfinanzierung von verschiedenen Trägern – unter besonderer Berücksichtigung der Kommune – realisiert. Aufgrund der Erhebungen hat die Arbeitsgruppe festgestellt, dass sich die Finanzierung der Case-Management-Leistungen durch verschiedene Kostenträger mit dem Einzugsgebiet und den Verbundpartnern zu koppeln als sinnvoll erweist.

Gemäss einer Umfrage bei Case-Management-Praxisexperten gibt es in der Schweiz wegen den vielfältigen Anwendungsgebiete entsprechend viele Kostenträger (siehe *Kasten 2*). Die Art und Weise, wie Case-Management-Leistungen finanziert werden, ist ebenfalls sehr verschieden. Dies gilt auch für die Geriatrie. Die eigentlichen Nutzniesser sind in der Regel Patienten, Angehörige, Versicherungen, welche die Leistungen ganz oder anteilmässig bezahlen.

¹ Im Netzwerk CM Schweiz sind Organisationen und Institutionen aus dem Sozial-, Gesundheits- und Versicherungsbereich vertreten. Gemeinsam haben sie die Gründung des Vereins Netzwerk Case Management Schweiz gefördert. Weitere Informationen: www.netzwerk-cm.ch.

² Geriatrie umfasst in diesem Kontext über 65-jährige Patienten in der Akutgeriatrie und in Pflegeheimen.



Maja Nagel Dettling

Häufig treten die Gemeinden, die Kantone oder der Bund als weitere Kostenträger von entsprechenden Leistungen in der Geriatrie auf.

Modellprojekte in Deutschland

Das deutsche Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat in einem Abschlussbericht [1] 20 Modellprojekte in der Altershilfe evaluiert. Die Resultate dieser Evaluation bestätigen die Ergebnisse der Arbeitsgruppe. Genannt wird zum Beispiel die Bedeutung von Synergien durch systematische Kooperation und Vernetzung der Leistungsanbieter. So lassen sich qualitativ bessere Leistungen und ein rationellerer Einsatz von Ressourcen erzielen, was wiederum zu einer erfolgreichen Implementierung von Case Management beitragen kann. Weiter Erfolg versprechend sind Ansätze, die darauf abzielen, vorhandene Kooperationsstrukturen schrittweise zu lokalen Qualitätsverbänden auszubauen.

Empfohlen wird in diesem Abschlussbericht auch Netzwerkkoordination

im Sinne einer «regionalen Moderation, Planung und Steuerung». Als Zuständige infrage kommen die Gemeinden oder andere Träger, die vor Ort über entsprechendes Potenzial und genügend Erfahrung verfügen und von den Akteuren anerkannt sind. Hervorgehoben werden auch Ansätze, bei denen regionale Koordinationssaufgaben zwischen einer Koordinationsstelle (von den Verbundpartnern im Umlageverfahren selbst finanziert) und einer kommunalen Instanz aufgeteilt werden.

Vorteile einer Mischfinanzierung

Die Koppelung des Fall Management an das System Management wird auch im Abschlussbericht aus Deutschland als wirkungsvoll beschrieben. Es wird aufgezeigt, dass Case Management – über die Modellprojektphase hinaus – vor allem in Projekten weitergeführt wird, bei denen die strukturelle Einbindung des System Managements gelungen ist und somit auch verschiedene Kostenträger im Sinne einer Mischfinanzierung involviert sind. Ziel der Mischfinanzierung ist die strukturelle Integration der nutzniessenden Organisationen, inklusive der öffentlichen Hand, in eine gemeinsame Trägerschaft. Angesichts der Vorteile einer lokalen Verbundstruktur mit nationaler Ausrichtung der Case-Management-Förderung könnte die Mischfinanzierung auch für das Fall und System Management angewendet werden (siehe *Kasten 1*).

Die Erbringung oder Finanzierung von CM beim Fall Management in der geriatrischen Langzeitpflege soll an zwei wesentliche Vorgaben gekoppelt werden. Erstens wird für das Fall Management die Einhaltung der Empfehlungen (zum Beispiel Qualitätsstandards) des Netzwerks CM Schweiz gefordert. Zweitens soll für die Durchführung des Fall Managements eine Trägerschaft vorhanden sein. Diese soll finanziert werden, wenn

- sie ein lokales/regionales Gebiet abdeckt
- Organisationen des Sozial- und Gesundheitswesens Mitglieder dieser Trägerschaft sind
- die Mitglieder dieser Trägerschaft

Kasten 1:

Definition Case Management

Case Management ist ein spezifisches Verfahren zur koordinierten Bearbeitung komplexer Fragestellungen im Sozial-, Gesundheits- und Versicherungsbereich. In einem systematisch geführten, kooperativen Prozess wird eine auf den individuellen Bedarf abgestimmte Dienstleistung erbracht beziehungsweise unterstützt, um gemeinsam vereinbarte Ziele und Wirkungen mit hoher Qualität effizient zu erreichen. Case Management stellt einen Versorgungszusammenhang über professionelle und institutionelle Grenzen hinweg her. Es respektiert die Autonomie der Klientinnen und Klienten, nutzt und schont die Ressourcen im Klient- sowie im Unterstützungssystem (Definition Case Management Netzwerk Case Management Schweiz, 2005).

Es gibt zwei Bereiche, in denen CM angewendet wird: bei Einzelpersonen (Fall Management) und Institutionen (System Management). Beim Fall Management übernimmt das CM delegierte Aufgaben bei der Betreuung von einzelnen Patienten. Beim System Management wird die Systemoptimierung und Förderung der regionalen Gesundheitsversorgung durch Beratung und Begleitung bei Fragen zum Fall Management angestrebt.

Kasten 2

Finanzierung von Case-Management-Anwendungen

Nebst dem vorgeschlagenen Modell existieren weitere Varianten der Finanzierung von CM-Anwendungen (zum Beispiel freier Markt). In der Regel sind es folgende, sich zum Teil je ergänzende Finanzierungsarten, die in der Praxis angewendet werden:

- Case-Management-Nutzniesser, die einen Anteil an der CM-Finanzierung übernehmen (Patienten, Angehörige, Versicherungen etc.)
- Querfinanzierung des CM durch Umlage von finanziellen Gewinnen zu Gunsten des CM
- Projektfinanzierungen
- Beiträge von Gemeinden, Kantonen oder Bund
- Anreizzahlungen bei ausgewiesenem Nutzen, unter anderem Berücksichtigung der Fallschwere für die Rehabilitation (Risikoadjustierung: zum Beispiel Arbeitsfähigkeit und Lebensqualität zur Anpassung der Zielgrößen der Fallschwere)

die Qualitätsvorgaben für das Fall Management einhalten

- ein Netzwerk Management innerhalb dieser Trägerschaft betrieben wird.

Bedarf an Case-Management-Leistungen und deren Effizienz

Bei der Betreuung und Pflege von älteren Menschen kann bei medizinisch komplexen Situationen und erhöhter Pflegebedürftigkeit (Defizite im ADL³-Bereich) ein Schnittstellen Management notwendig werden, besonders, wenn gleichzeitig Ressourcen bei der Selbstorganisation des Patienten fehlen.

Die Case-Management-Leistungen müssen effizient und nachweisbar erbracht werden. Bezogen auf die Leistungserbringung muss das CM immer das Ziel haben, die Effizienz des Gesamtprozesses zu erhöhen. Bedarfsgerechtes, rechtzeitiges, inhaltlich und zeitlich aufeinander ab-

gestimmtes Case Management wird die Effizienz der Hilfen erhöhen. Die Wirksamkeit muss sowohl in der Einzelsituation als auch auf der Systemebene dokumentiert und nachgewiesen werden.

Rahmenbedingungen

Zu den Rahmenbedingungen für Case Management zählen insbesondere die organisationsstrukturellen Bedingungen, Aussagen zum CM-Verfahren sowie die fachlichen Anforderungen an die Case Managerinnen und Manager. Um eine CM-Tätigkeit auszuüben, sind berufliche Weiterbildung, abgestützt auf Standards, und Qualifikationen wie Kommunikations- und Sozialkompetenz

³ ADL, Activities of Daily Living, Aktivitäten des täglichen Lebens = ADL wird einerseits als «Massstab» zur Erfassung der Alterskrankheiten (Alzheimer, Demenz, etc.) eingesetzt (z.B. Barthel-ADL-Index), andererseits werden unter diesem Begriff Therapieprogramme und -strategien zur Bewältigung des Alltags genannt.

Möglichkeiten der Umsetzung von Case Management in der Geriatrie

Leistungen Case Management	Fall Management	System Management (Netzwerk Management)
Leistungsbedingungen	Zum Beispiel: Qualitätsanforderungen Netzwerk CM Schweiz	Lokale/regionale Trägerschaft im Verbundsystem, welche übergreifend auf dem Sozial- und Gesundheitswesen aufgebaut ist, System Management betreibt und das Fall Management selber oder durch deren Mitglieder erbringt
Leistungsfinanzierung	Finanzierung des CM beim Fall Management an entsprechende Trägerschaften durch - AHV - EL - KV Grundversicherung	Das Netzwerk Management/System Management wird durch die Mitglieder der lokalen/regionalen Trägerschaft finanziert. Diese kann unter den oben genannten Bedingungen Leistungen für das CM beim Fall Management auslösen.
	eidgenössisch	Lokal/regional

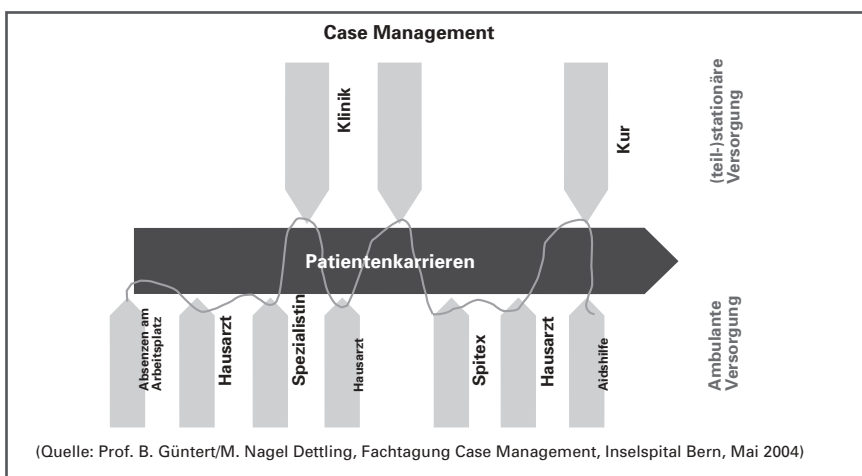


Abbildung: Typische Koordinationsaufgaben bei Case Management

erforderlich. Zu berücksichtigen sind ferner die rechtlichen Vorgaben – insbesondere die des Datenschutzes, des Schutzes vor Willkür, der Haftung, und die Zugangsberechtigung zu bestimmten Leistungen – und Situationen, wo keine rechtlichen Vorgaben vorhanden sind.

Organisationen, welche Case-Management-Beratung für alte Menschen durchführen, sollten nahe bei ihrem Lebensumfeld angesiedelt werden. Anzustreben wären Unabhängigkeit und Neutralität, damit keine direkte Beeinflussung der Steuerung geschieht, sowie Gewährung und Zuteilung materieller Ressourcen. Falls das CM durch Organisationen durchgeführt wird, welche mit einem beteiligten Akteur (Leistungserbringer oder Kostenträger) verbunden sind, sollten Kontext und mögliche Interessenlagen gegenüber allen Beteiligten transparent gemacht werden. Case Management ist in mehr oder

weniger standardisierter Form unter Beteiligung verschiedener Berufsgruppen zu erfassen. Dazu gehören insbesondere folgende Elemente:

- Casefinding (Zugang zu den Beratungsangeboten)
- Assessment (Ermittlung des Hilfebedarfs)
- Planning (Aufstellung des Hilfeplans)
- Linking (Durchführung der Hilfeplanung und Vermittlung der Hilfen)
- Monitoring (Überprüfung der Hilfeplanung)
- Evaluation (Auswertung des Hilfeprozesses)
- Documentation (Dokumentation)

Die Arbeitsgruppe hat festgestellt, dass es in der Schweiz für professionelles Case Management noch keinen Königsweg gibt. Vielmehr existieren verschiedene Ansätze nebeneinander, mit mehr oder weniger unterschiedlichen Rahmenbedingun-

gen. Die vom Netzwerk CM Schweiz entwickelten Verfahrensstandards sollen erste Richtlinien definieren, um Mindesteigenschaften sicherzustellen. CM ist nach Meinung der Arbeitsgruppe ein Verfahren, welches mit hoher Wahrscheinlichkeit der Kostensteigerung in der Langzeitpflege, insbesondere in der Prävention, entgegenarbeitet.

Die Arbeitsgruppe empfiehlt deshalb, eine Studie durchzuführen oder ein Modell zu erarbeiten, bei dem die verschiedenen Aspekte des Case Management in der Schweiz empirisch erhoben werden. Damit liessen sich weitere Daten zum Sparpotenzial von Case Management, insbesondere aber auch zum Mischfinanzierungsmodell, gewinnen. ■

Autorin:
Maja Nagel Dettling
 Ausbildungs- und Organisationsberatung
 Binzstrasse 51
 8712 Stäfa
 E-Mail: m.nagel@bluewin.ch

«Case Management in der Geriatrie - Umsetzungs- und Finanzierungsmodelle»: Der vollständige Bericht oder eine Kurzfassung kann beim Netzwerk Case Management Schweiz, c/o HSA Luzern, Werftstrasse 1, Postfach 3252, 6002 Luzern, Fax 041-367 48 49 bestellt werden. (Preis: Fr. 42.-/15.-)

Literatur:

1. Deutsches Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Altershilfestrukturen der Zukunft. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Bundesmodellprogramm. 2005.

Der demografische Wandel als Herausforderung für die Krankenkassen

Eine der Hauptaufgaben der Krankenversicherer besteht darin, ihren Kunden den Zugang zu einer optimalen Gesundheitsversorgung zu ermöglichen, und das zu bezahlbaren Prämien. Die Krankenversicherer sind für ein gut funktionierendes Gesundheitswesen mitverantwortlich, wobei es letztlich darum geht, die Kosten in den Griff zu bekommen.

Reto Neuhaus

Das steigende Durchschnittsalter der Schweizer Bevölkerung stellt für alle Sozialwerke eine Herausforderung dar und ist damit auch ein zentrales Thema für die Krankenkassen. Neben der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung hält das Krankenversicherungsgesetz (KVG)¹ für Leistungserbringer und Krankenversicherer fest, dass die Leistungen den WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit)² entsprechen müssen. Weiter sind die Krankenversicherer unter anderem dazu angehalten, die Verwaltungskosten für die soziale Krankenversicherung auf das für eine wirtschaftliche Geschäftsführung erforderliche Mass³ zu beschränken.

Betagte Patienten als gleichberechtigte Kunden

Das Gesetz geht somit davon aus, dass allen Personen mit einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung eine optimale Gesundheitsversorgung zu tragbaren Preisen zusteht. Die gesetzliche Vorgabe zum ökonomischen Umgang mit den finanziellen Ressourcen entspricht einem «ökonomischen Diktat». Denn bei den steigenden Gesundheitskosten und knappen Finanzmitteln rückt sofort die Frage des Nutzens und somit der Rationalisierung der Leistungen in den Vordergrund. Zwar wird noch von Solidarität unter den Generationen gesprochen, doch beim Thema Kosten-Nutzen respektive Rationalisierung von Gesundheitsleistungen richtet sich die Aufmerksamkeit heute zuerst auf die betagte Bevölkerung [1].

Anstelle der ethisch fragwürdigen Diskussion über die Notwendigkeit von Behandlungen bei betagten Patienten sollten Leistungserbringer und Krankenversicherer darüber nachdenken, wie sie ihrer gesetzlichen Verpflichtung bei dieser Patientengruppe nachkommen können ohne Einschränkung von notwendigen Behandlungen. Aus Sicht der Krankenversicherer müssten betagte Patienten Kunden sein, die eine Gleichstellung und Gleichbehandlung gegenüber jüngeren Kunden erwarten können. Doch der heutige Risikoausgleich belohnt die Selektion von guten (gesunden) Risiken anstelle der Förderung eines optimalen Kostenmanagements. Ein Lösungsansatz könnte darin bestehen, betagte Patienten mittels neuen (integrierten) Versorgungsmodellen gezielt zu behandeln.



Reto Neuhaus

Es ist nicht Sache der Krankenversicherer, über die Art der Behandlung bei betagten Patienten zu bestimmen. Sie können höchstens mittels Gestaltung ihrer Versicherungsangebote einwirken und über Tarifverhandlungen Einfluss auf die Kostenentwicklung nehmen. Heute existieren zahlreiche Angebote⁴ auf dem Markt, aber nur für gesunde Risikogruppen. Bei den heutigen Versicherungsprodukten handelt es sich vorwiegend um reine Prämiensparmodelle, die vielfach zur Risikoselektion eingesetzt werden. Was fehlt, ist ein Modell oder ein spezifisches Versicherungsprodukt für betagte Patienten.

Gesundheitsrisiken frühzeitig erfassen

In integrierten Versorgungsmodellen kann der Patient mit altersspezifi-

1 SR 832.10 Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung KVG

2 SR 832.10 Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung KVG; Artikel 32

3 SR 832.10 Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung KVG; Artikel 22

4 Hausarzt- und HMO-(Health Maintenance Organization-) Modelle

schen Interventionen und Leistungen (Behandlungsketten) gesteuert und medizinisch versorgt werden. Hier tritt der Krankenversicherer als Begleiter auf, und diese Rolle beginnt schon bei der Erkennung eines potenziellen Hochkostenfalles. Um diese Begleitung effektiv und effizient wahrzunehmen, fehlt es dem Versicherer aber weitgehend an Datenmaterial. Dabei liesse sich aus der Leistungshistorie eines Kunden (Summe der bezogenen respektive abgerechneten Leistungen) ein Bild über mögliche Gesundheitsrisiken erstellen. Der Kunde könnte dabei rechtzeitig und vor Eintritt des befürchteten Gesundheitsrisikos in eine adäquate Behandlung integriert werden. Dazu wären die Vertrauensärzte der Versicherer und eine zu schaffende Instanz auf kantonaler Ebene (zum Beispiel Kantonsarzt) nötig, welche die medizinische Versorgung von betagten Patienten koordiniert und steuert.

Speziell entwickelte IT-Lösungen könnten hier einen nicht zu unterschätzenden Beitrag leisten. Wenn es dem Krankenversicherer gelingt, über den bereits involvierten Leistungserbringer einen geeigneten Behandlungspfad festzulegen, könnten neben einer adäquaten Behandlung längerfristig auch Kosten eingespart werden. Doch setzt eine solche «präventive» Altersmedizin auch immer die Einwilligung der Patienten und Kunden voraus. Besonders für betagte Menschen steht heute in der Regel keine Behandlungskette zur Verfügung, die auf die individuellen Bedürfnisse des Einzelnen abgestimmt ist.

Die Rolle der Übergangspflege

Gerade in der Akutgeriatrie fehlt aus Sicht der Krankenversicherer ein solches Angebot weitgehend. Die Versicherer stehen vor dem Problem, dass die Schnittstelle zwischen Akutmedizin und Akutgeriatrie nicht eindeutig ist. Aus Kostenüberlegungen beschränkt sich die Diskussion zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern meist auf die Frage der Akutspitalbedürftigkeit mit dem Ziel, den Patienten der Langzeitpflege zuzuführen. Das The-

ma Akutgeriatrie wird politisch wie auch von Versicherern und Leistungserbringern zu wenig thematisiert. Das zeigt sich bei den Tarifverhandlungen mit den Spitälern, wo diese Patientengruppe kaum einbezogen ist, da keine Behandlungsketten mit entsprechenden Tarifpositionen vereinbart werden und die Tarife in erster Linie den akuten Spitalfall regeln.

Aussicht auf Erfolg besteht, wenn die Diskussion über ganzheitliche Behandlungspfade zu Ende geführt wird. Im Kanton Bern beschäftigt sich eine Arbeitsgruppe aus Kantonsvertretern, Leistungserbringern und Krankenversicherern mit dem Thema «Vernetzte Nachsorge; Akut – Geriatrie – Rehabilitation – Spitem» und sucht nach Lösungsmodellen. Ein Ansatz könnte das Pilotprojekt für die Übergangspflege⁵ im Kanton Bern sein. Mit dieser kann unter anderem Geriatriepatienten eine bessere Betreuung angeboten werden. Im Zentrum steht hier die Phase zwischen Akutspitalbedürftigkeit und Rehabilitation respektive dem Austritt nach Hause, wenn die Geriatriepatienten nicht mehr akutspitalbedürftig sind, aber ihre Konstitution den nächsten Schritt noch nicht erlaubt. In solchen Fällen lassen sich mit der Übergangspflege oder «Post-Akutpflege» unnötige oder lange Aufenthalte in Rehabilitationskliniken vermeiden. Als weiterer positiver Effekt können Diskussionen über die Schnittstelle Akut-/Langzeitpflege verringert werden.

Finanzierungsmodelle

Die Familienbetreuung ist in Modellen der vernetzten Nachsorge oder integrierten Versorgung wichtig, denn betagte Patienten fühlen sich in ihrer gewohnten Umgebung am wohlsten. Die Krankenversicherer sollten deshalb vermehrt personelle Ressourcen für die Betreuung und Umsetzung von Managed-Care-Programmen einsetzen, mit dem Fokus auf eine altersgerechte medizinische Versorgung und nicht auf eine Risikoselektion. Die Eigenverantwortung jedes einzelnen Patienten ist dabei wesentlich und muss von den Versicherern mit Anreizen gefördert

werden. Unter der heutigen Gesetzgebung kann ein Patient nicht gezwungen werden, sich speziellen Behandlungsprogrammen zu unterziehen. Im Gegensatz zum Unfallversicherungsgesetz UVG⁶ ist im KVG die Mitwirkungspflicht nicht festgelegt, und für den Patienten besteht keine Verpflichtung.

Die Kosten für Geriatriepatienten in integrierten Versorgungsmodellen könnten über einen diagnosebezogenen Schadenpool⁷ analog dem Elementarschadenpool finanziert werden. Dieser müsste den jetzigen Risikoausgleich, der zu Marktverzerrungen und Entsolidarisierung führt, ablösen. Die Kosten für die reine Alterspflege, die heute nur teilweise finanziert sind, könnten über eine für alle Erwachsenen obligatorische Pflegeversicherung vorfinanziert werden.

Der Leistungskatalog wäre so zu gestalten, dass ein Grundangebot an Pflichtleistungen besteht, auf das jeder Versicherte Anspruch hat. Darüber hinaus müssten die Krankenversicherer mit den Leistungserbringern integrierte, geriatriegerechte Versorgungsmodelle entwickeln.

Geriatrisches Assessment und politische Massnahmen

Ein weiterer Ansatz zur Unterstützung integrierter Versorgungsmodelle ist ein multidimensionales geriatrisches Assessment [2] bei Eintritt in die Modelle (obligatorisch ab einem bestimmten Alter). Bei einem solchen Assessment wird ein standardisierter Satz von Informationen aus den fünf Gesundheitsdimensionen (somatisch, psychisch, sozial, funktionell und ökonomisch) erhoben. Auf diese Weise lässt sich frühzeitig der richtige Behandlungspfad erkennen, und entsprechende Massnahmen können eingeleitet werden. Auf politischer Ebene hat der Bundesrat den Auftrag⁸ erhalten, die rechtlichen Grundlagen für eine «Prävention zur Förderung der Ge-

5 www.be.ch/uebergangspflege

6 SR 832.20 Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung UVG

7 Prof. Dr. Roland Schaer, Vortrag vor der volkswirtschaftlichen Gesellschaft Bern vom 6. Februar 2006

8 Motion 05.3436 NR Bea Heim vom 17. Juni 2005

sundheit und der Autonomie im Alter» zu schaffen. Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-SR) hat am 25. April 2006 die Motion zur Annahme beantragt. Den Erwägungen der Kommission kann aus Sicht der Krankenversicherer nur zugestimmt werden. Mit einer griffigen Präventionsstrategie, eventuell mit Elementen der oben erwähnten integrierten Versorgungsmodelle, können das Pflegerisiko vermindert oder zumindest hinausgezögert und auf längere Sicht auch die Gesundheits-

und Pflegekosten reduziert werden. Dies muss im Interesse derjenigen sein, die das schweizerische Gesundheitswesen mittragen und früher oder später selber betroffen sind – also von uns allen. ■

Autor:

Reto Neuhaus

Leiter Tarife / Verträge und
Absolvent Nachdiplomstudium
Sozialversicherungsmanagement
an der
Hochschule für Wirtschaft Luzern

Genossenschaft KPT/CPT
Krankenkasse
Tellstrasse 18
3000 Bern 22
E-Mail: neuhaus.reto@kpt.ch

Literaturliste:

1. Grob D: Das Gespenst der Altersrationierung. VSAO Journal Sept. 2004; 9, 45-47.
2. Grob D: Geriatrie: Siebzig Jahre geriatri-
sches Assessment - wo stehen wir heute?
Schweiz. Med. Forum 2005; 5, 1280-1282.

Case Management für die Psychiatrie in der Schweiz: Bedarf, Nutzen und Herausforderungen

Die Anzahl der psychisch kranken Menschen in der Schweiz nimmt zu, parallel dazu steigen die dadurch verursachten Gesundheitskosten. Kann Case Management in der Psychiatrie die Versorgung optimieren? Internationale Studien liefern heterogene Resultate. Ein Literaturreview zeigt Forschungsbedarf für die Schweiz auf.

Marcel Maier, Jörg Herdt, Christian Kuhl

Case Management (CM) ist ein Begriff, unter dem sehr unterschiedliche Modelle subsumiert werden und dem zahlreiche, je nach Anwendungsgebiet unterschiedliche Konzepte zugrunde liegen. Übersichten hierzu geben zum Beispiel Löcherbach [1]; Löcherbach, Klug, Rimmel-Fassbender & Wendt [2], und Wendt [3]. Nach Wendt [4] ist insbesondere zu unterscheiden zwischen CM als Management eines Einzelfalls (personale Handlungsebene) und CM als Ansatz zur Koordination der vorhandenen Versorgungsstrukturen (Organisations- bzw. Systemkonzept). Trotz des häufig inflationär anmutenden Gebrauchs dieser Begrifflichkeit scheint das Grundkonzept ein Erfolg versprechender Ansatz zu sein, die

oft nicht aufeinander abgestimmten Prozesse und Akteure in der Gesundheitsversorgung auf den Einzelfall bezogen zu koordinieren. Das grosse Interesse an diesem Thema spiegelt sich auch in der einschlägigen Fachliteratur wider (z.B. *Managed Care* 2/05).

Viele psychisch Kranke und ein oft chronischer Verlauf

Psychische Erkrankungen liegen international hinsichtlich Prävalenz an zweiter Stelle aller Erkrankungen. Zählt man die möglichen (und oft wahrscheinlichen) Folgeerkrankungen hinzu, so nehmen sie sogar gemäss der WHO den Spitzenplatz ein [5]. In der Schweiz leiden derzeit etwa 25 Prozent der Bevölkerung unter einer psychischen Beeinträchtigung, bei der eine Diagnose nach ICD-10¹ indiziert ist [6]. Im Zeitraum von 1986 bis 1998 hat sich die Gesamtzahl der Personen, welche aufgrund von psychischen Problemen berentet wurden, um über 100 Prozent erhöht. Die Schweiz nimmt hier im europäischen Vergleich einen Spitzenplatz ein [7].

Psychische Erkrankungsepisoden verlaufen häufig in Phasen. Jede dieser Phasen erfordert hinsichtlich Intensität und Inhalten unterschiedliche Behandlungsangebote, die wiederum von den örtlich gegebenen Versorgungsstrukturen abhängen. Auch innerhalb diagnostisch einheitlicher Untergruppen sind verschiedene Krankheitsverläufe eher die Regel als die Ausnahme. Therapeutische Interventionen verursachen vergleichsweise geringe Kosten für



Marcel Maier



Jörg Herdt



Christian Kuhl

¹ ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

Methoden und Apparaturen. Die meisten Kosten entfallen hier auf personelle Ressourcen. Da sehr viele Störungsbilder früh beginnen und einen chronischen Verlauf nehmen, kann sich die Behandlung schlimmstenfalls ein Leben lang hinziehen. Psychische Erkrankungen sind immer noch mit einem Stigma belegt. Dies erschwert die Prävention und somit auch eine frühzeitige Behandlung, was die Langzeitprognosen verschlechtert [8]. Weiter wirkt sich eine psychische Erkrankung auf alle Lebensbereiche des Betroffenen aus, und somit auf einen grossen Kreis von weiteren Beteiligten. Die Indikation für ein erweitertes, flankierendes und therapiebegleitendes Konzept, welches nebst dem rein therapeutischen Setting auch die kontextuelle Situation des Betroffenen mit einschliesst, scheint also gegeben. Es wird zunehmend postuliert, dass CM ein adäquates Instrument sei, um eine frühzeitige Berentung bei psychischen Störungen zu vermeiden, Rehospitalisierungen zu verringern und somit auch die Kosten für das Gesundheitssystem zu senken [9, 10]. In der Schweiz wird CM im Psychiatriebereich vereinzelt in Psychiatriekonzepten und Therapieplänen genannt [11, 12] oder als zusätzliche Dienstleistung angeboten [13]. Die verschiedenen in der Praxis bereits eingesetzten Beispiele zeigen zusammenfassend folgende Ansatzpunkte für Massnahmen des CM:

- Vernetzung von Leistungsträgern
- Förderung der Selbstbefähigung (Empowerment)
- Berufliche Reintegration
- Patientenzentrierung betreffend Festlegung, Umsetzung und Koordination therapeutischer Bemühungen
- Vernetzung von Beratungs-, Behandlungs- und Betreuungsangeboten

«Umfassendes» Case Management wirksam

Zur Wirksamkeit psychiatrischer CM-Modelle in der Schweiz wurden bisher keine empirischen Evaluationsergebnisse veröffentlicht. Vorliegende internationale Studien liefern ein heterogenes Bild, was die Wirksamkeit von CM in der Psych-

Tabelle	
Unterschiedliche untersuchte Outcome-Parameter zur Wirksamkeit von Case Management bei Ziguras [15] und Marshall [14]	
Ziguras & Stuart, 2000	Marshall et al., 1998
Anzahl der Aufnahmen	Anzahl Personen, die mit dem Service in Kontakt blieben
Symptome	Todesfälle (Suizid, o.a.)
Aufenthaltsdauer	Gefängnisaufenthalte, Kontakte mit der Polizei, Arreste
Anteil der Patienten, die hospitalisiert wurden	Beschäftigungsstatus (am Ende jeder Studie)
Kontakte mit Mental Health Services	Anpassungsstatus
Kontakte mit anderen Diensten	Mentaler Status
Dropouts aus dem Mental Health Service	Compliance bei der Medikation
Soziale Funktionalität	Soziale Funktionalität
Patientenzufriedenheit	Lebensqualität
Pflegeaufwand für die Familie	Pflegebedarf
Zufriedenheit der Familie	Psychisches Wohlbefinden
Gesamtkosten	Selbstwertgefühl
	Durchschnittliche wöchentliche Kosten für psychiatrische Behandlung/Pflege im Spital
	Durchschnittliche wöchentliche Gesamtkosten für die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems

iatrie betrifft. Problematisch ist ferner, dass häufig verschiedene CM-Konzepte mit unterschiedlichen Outcome-Parametern verglichen wurden. Als Beispiel sei hier auf die Metaanalysen von Marshall [14] und Ziguras [15] verwiesen (siehe *Tabelle*). Langjährige Erfahrungen mit CM bei Menschen mit psychischen Erkrankungen in den USA, Grossbritannien und Australien haben gezeigt, dass umfassende Ansätze punktuell wirkenden Konzepten überlegen sind. Modelle rein administrativer Koordination haben weder Verbesserungen noch effektive Kosteneinsparung gebracht. Hingegen zeigen interdisziplinäre, gemeindepsychiatrische Teams mit relativ kleiner Fallzahl und einem umfassenden und flexiblen Dienstleistungsangebot eine gute Wirkung [16]. Die Hospitalisierungsraten und die Gesamthospitalisierungszeit können somit verringert, die Zufriedenheit der erkrankten Personen und deren Angehörigen verbessert und die Inanspruchnahme von medizinischen Notfalldiensten reduziert werden. In den USA ist dieses gemeindenahе, integrative und patientenzentrierte

Konzept (das so genannte «Assertive Community Treatment») das evidenzbasierte Mittel der Wahl [12].

Auf die Schweiz übertragen

Die sowohl hinsichtlich ihrer Finanzierungs- als auch ihrer Leistungsorganisation unterschiedlich strukturierten Gesundheitssysteme [17] erschweren eine direkte Übertragung dieser Ergebnisse auf das schweizerische System. Für das CM in der Psychiatrie in der Schweiz stellen sich somit in den nächsten Jahren folgende Herausforderungen:

- Es ist zu untersuchen, welche der zahlreichen CM-Konzepte und Definitionen auf das hiesige System und die jeweils durchführende Organisation übertragbar sind.
- Die relevanten Wirkmechanismen des CM sollten genauer extrahiert und untersucht werden.
- Es ist abzuklären, für welche Patientengruppen ein CM geeignet ist.
- Geeignete Outcome-Parameter sollten definiert und zur Vergleichbarkeit standardisiert werden.

In Anbetracht der steigenden Prävalenzen und der damit verbundenen Gesundheitskosten hat dieser inno-

vative Handlungsansatz für die Psychiatrie in der Schweiz eine besondere Relevanz. Die Evaluation bereits bestehender Projekte und die Wirksamkeitsmessung im Rahmen kontrollierter Studien sind die nächsten Schritte, um diese Handlungsansätze auch wissenschaftlich zu fundieren. ■

Autoren:

Marcel Maier, B. Sc. Psy.

Jörg Herdt, Dipl. Psych.

Christian Kuhl, Dipl. Psych.

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

Literatur:

1. Löcherbach, P. (2003). Einsatz der Methode Case Management in Deutschland: Übersicht zur Praxis im Sozial- und Gesundheitswesen. Konferenzbeitrag, Augsburgers Nachsorgesymposium, 24.05.2003, Augsburg.
2. Löcherbach, P., Klug, W., Rimmel-Fassbender, R. & Wendt, W.-R. (2005). Case Management – Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit (3. Auflage). München: Reinhardt.
3. Wendt, W. R. (2005a). Case Management: Ein Konzept, viele Anwendungen. *Managed Care*(2), 7–9.
4. Wendt, W.-R. (2005b). Case Management. Stand und Position in der Bundesrepublik. In P. Löcherbach & W. Klug & R. Rimmel-Fassbender & W.-R. Wendt (Hrsg.), *Case Management – Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit* (S. 14–39). München: Reinhardt.
5. WHO (2001). *Mental Health: New understanding, new hope*, World Health Report 2001. Genf.
6. Schuler, D. & Meyer, P. C. (2006). Psychische Gesundheit / Krankheit: die Versorgungslage in der Schweiz. *Managed Care*(1), 6–8.
7. Rüesch, P. & Manzoni, P. (2003). *Psychische Gesundheit in der Schweiz – Monitoring*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
8. Junghan, U. M. & Ricka, R. (2006). Kernelemente moderner psychiatrischer Versorgungsangebote. *Managed Care* (1), 13–15.
9. Bundesamt für Sozialversicherung (2005). *Invaliddität infolge psychischer Beeinträchtigung; Zahlen- und Massnahmenvergleich in sechs Ländern – Forschungsbericht Nr. 7/05*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.
10. Thomas, T., Secker, J. & Grove, B. (2002). *Job retention and mental health; a review of the literature*. London: Departement of Work and Pensions.
11. Borst, U. (2004). *Psychiatriekonzept Thurgau – Ziele für die Entwicklung; Bericht zur aktuellen Situation und Anträge an die Psychiatriekommission*. Psychiatrische Dienste Thurgau.
12. Kantonale Psychiatrische Dienste Basel-Landschaft (2003). *Folgeplanung II zum Psychiatriekonzept des Kantons Basel-Landschaft*. Liestal: Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion Kanton Basel-Landschaft.
13. Andreae, A. & Schröder, S. (2004). *Patientenorientierung in der Integrierten Psychiatrie Winterthur*. *Managed Care* (7), 18–20.
14. Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A. & Green, R. (2000). Case management for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst. Rev.*(2), CD000050.
15. Ziguras, S. J. & Stuart, G. W. (2000). A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatr. Serv.*, 51(11), 1410–1421.
16. Rosen, A., & Teesson, M. (2001). Does case management work? The evidence and the abuse of evidence-based medicine. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 731–746.
17. Oggier, W. (2004). *Internationale Vergleiche*. In G. Kocher & W. Oggier (Hrsg.), *Gesundheitswesen Schweiz 2004–2006. Eine aktuelle Übersicht* (S. 76–89). Bern: Huber.

Selbsthilfe und delegierte Mitbestimmung: Unterschiede und Gemeinsamkeiten

Wie sich Patientinnen und Patienten an Entscheidungen im Gesundheitswesen beteiligen sollen, ist in der Schweiz noch unklar. Selbsthilfe und delegierte Mitbestimmung sind die Pole im Spektrum der Partizipation. Die beiden Formen unterscheiden sich in Zielen und Organisation. Eine Übersicht.

Heidi Schriber

Mitbestimmung und Partizipation sind Begriffe, die in der betrieblichen Mitbestimmung und im öffentlichen Bereich gut verankert sind. Verfahren der Partizipation werden eingesetzt im Bildungsbereich und bei Umweltfragen, in der Mediation, bei der Bürger- und der Jugendbeteiligung oder der Stadtentwicklung. Im Gesundheitswesen sind die Begriffe Partizipation und Mitbestimmung¹ eng verknüpft mit dem Konstrukt des «autonomen Patienten» und der Forderung nach mehr Selbstverantwortung. Modelle, welche die Mitbestimmung im Gesundheitswesen konsequent ver-

ankern, kennt man zwar vom Ausland, in der Schweiz sind sie aber höchstens ansatzweise vorhanden.

Politischer Hintergrund

In der Diskussion rund um die Verankerung der «Delegierten Mitbestimmung» (vgl. *Kasten*) zeigte sich die Notwendigkeit für eine klare Sprachregelung. Zudem erwies es sich als unumgänglich, die Ziele verschiedener politischer Vorstösse und die Ziele der Aktivitäten einzelner Initiativen zur Patientenpartizipation zu spezifizieren. Aktuell in der Diskussion sind der parlamentarische Vorstoss für einen Artikel 23a im KVG zur generellen Unterstützung von Patientenorganisationen² oder die im Parlament hängige Motion von Nationalrat Remo Gysin vom 19. April 2004 zur Förderung der Selbsthilfe. Über kurz oder lang wird es einen politischen Grundsatzenscheid brauchen zur Frage, ob in der Schweiz die Mitbestimmung über die Stärkung der Selbsthilfe gefördert werden soll, wie dies seit einiger Zeit unter anderem in Deutschland geschieht. Oder ob die Partizipation breiter gefasst und möglichst alle Patientinnen, Patienten, Versicherte und ihre Organisationen an der Mitbestimmung beteiligt werden sollen, wie dies zum Beispiel in Holland der Fall ist. [1] Wie die Darlegungen in diesem Artikel zeigen werden, braucht es beides. Die anvisierte gesetzliche Verankerung der delegierten Mitbestimmung im KVG ist ein Schritt in diese Richtung.

Verschiedene Formen von Partizipation werden immer wieder in einen Topf geworfen und in unzulässiger Weise vermischt. Dies birgt die Ge-



Heidi Schriber

fahr, dass die gemeinsamen Ziele verloren gehen und individuelle Interessen einzelner Organisationen und verschiedene Formen von Partizipation gegeneinander ausgespielt werden. Selbsthilfe zielt in erster Linie darauf, den einzelnen Patienten zu stärken. Eine demokratische Umsetzung der delegierten Mitbestimmung bedingt hingegen, bestehende Organisationen zu vernetzen und Antworten auf folgende Fragen zu suchen: Welches sind die Kriterien, um Patientenorganisationen anzuerkennen? Welche Organisationsstruktur ist geeignet, um die Patienteninteressen demokratisch zu vertreten? Was braucht es, um die Patientinnen und Patienten professionell und effizient zu vertreten? Verschiedenste Formen von Selbsthilfestrukturen sind bereits heute in der Schweiz etabliert. Ganz im Gegensatz zur delegierten Mitbestimmung: Da muss erst ein Konsens gefunden werden, wie sie ausgestaltet sein soll. Die Strukturen fehlen noch gänzlich – sie müssen erst aufgebaut werden.

¹ Die Begriffe Partizipation und Mitbestimmung unterscheiden sich per definitionem im Grad der Aktivität oder Passivität der Beteiligten, werden aber oft als Synonyme gebraucht.

² Der Vorstoss wurde von den Sozial- und Gesundheitskommissionen (SGK) der beiden Räte vorgeschlagen und vom Parlament verworfen.

Die nachfolgenden Ausführungen sollen aufzeigen, wie sich Selbsthilfe und delegierte Mitbestimmung als Pole des ganzen möglichen Mitbestimmungsspektrums unterscheiden und wo sie sich im Hinblick auf das gemeinsame Ziel – die Stellung der PatientInnen im Gesundheitswesen zu stärken – ergänzen.

Ebenen der Mitbestimmung

Im Rahmen des Projekts «Delegierte Mitbestimmung» haben wir uns mit den verschiedenen Begriffen und möglichen Formen von Mitbestimmung im Gesundheitswesen auseinander gesetzt und im Konsens die Begriffe geklärt:

Unter *Mitbestimmung* verstehen wir eine «gleichberechtigte, aktive Teilnahme (Beteiligung, Partizipation) der von einem Entscheid Betroffenen sowohl am Meinungsbildungsprozess wie auch am Entscheid selber».

Delegierte Mitbestimmung meint eine «demokratisch legitimierte Vertretung von Interessen im Auftrag von PatientInnen und Versicherten». Bei der Mitbestimmung im Gesundheitswesen müssen drei Ebenen unterschieden werden:

■ **Mikroebene:** Auf dieser ersten Ebene der *individuellen therapeutischen Prozesse* bestehen die am weitesten entwickelten Vorstellungen darüber, was Partizipation bedeuten könnte. Die beschriebenen Modelle sind bekannt unter Begriffen wie «shared decision making»³, «informed consent»⁴ oder «informed choice»⁵. Es gibt Untersuchungen über Nutzen und Möglichkeiten dieser Formen von Partizipation. Der Nutzen im Zusammenhang mit der Verbesserung der Compliance⁶ zum Beispiel wurde mehrfach belegt. Die Selbsthilfe beeinflusst primär die Entscheidungen und die Autonomie der Patienten auf dieser Mikroebene.

■ **Mesoebene:** Von der zweiten Ebene spricht man bei der Mitbe-

Kasten

Projekt «Delegierte Mitbestimmung»

Hauptträger des Projektes «Delegierte Mitbestimmung» ist bis heute die Gesundheitsförderung Schweiz. Mitgetragen wird es durch das Bundesamt für Gesundheit BAG, die Stiftung KOSCH (Koordination und Förderung von Selbsthilfegruppen in der Schweiz), das Forum Managed Care, das Ärztenetz Wintimed und weitere Organisationen. Im Lauf des einjährigen Vorprojekts wurden grundlegende Fragestellungen aufgearbeitet und konkrete Vorschläge formuliert, unter anderem zu folgenden Themen: Welche Modelle für die Partizipation und die Patientenmitbestimmung sind geeignet und wo werden sie umgesetzt? Welche Anforderungen haben Patientenorganisationen zu erfüllen? Wie gestaltet sich die Patientenlandschaft in der Schweiz? Wie unterscheiden sich verschiedene Partizipationsformen wie zum Beispiel Selbsthilfe und delegierte Mitbestimmung und wie lassen sie sich vernetzen? Weitere Auskunft über das Projekt bei der Autorin.

stimmung auf *institutioneller Ebene*, zum Beispiel in Klinikbeiräten, Patientenbeiräten, bei der Institutionalisierung von Ombudspersonen oder Patientenbeauftragten. Auf dieser Ebene kann man bereits von einer Form der delegierten Mitbestimmung reden. Einzelne Selbsthilfeorganisationen haben im Lauf ihrer Tätigkeit konkrete Vorstellungen zur Mitbestimmung auf dieser Ebene entwickelt. Eine Pionierrolle fällt hier der Psychiatrie zu.

■ **Makroebene:** Bei der dritten Ebene, der *politisch-strategischen Ebene*, geht es um die Mitbestimmung in Kommissionen, Gremien und ganz grundsätzlich um die Teilnahme an gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen. Auf dieser Ebene ist die eigentliche delegierte Mitbestimmung im Sinne einer demokratisch legitimierten Form der Patientenbeteiligung an politischen Prozessen und Entscheidungen angesiedelt.

Partizipationsformen

Selbsthilfe und delegierte Mitbestimmung sind zwei Partizipationsformen, die sich einerseits in wichtigen Punkten unterscheiden und andererseits Gemeinsamkeiten aufweisen. Die eine Form von Mitbestimmung kann nicht durch die andere ersetzt werden. Das eine Anliegen zu fördern bedeutet nicht automatisch, dass dabei das andere auch gefördert wird. Die Übergänge zwischen verschiedenen Organisationsformen und -anliegen innerhalb der beiden Pole Selbsthilfe und delegierte Mitbestimmung sind fließend. Verschiedene Organisationen

arbeiten mit unterschiedlichen Zielen und Instrumenten, sprechen andere Zielgruppen und Themen an und benötigen daher unterschiedliche Rahmenbedingungen. Alle bezwecken aber letztlich, die Autonomie von Patientinnen und Patienten zu unterstützen, gesundheitsfördernde Massnahmen zu formulieren, die Eigenverantwortung zu fördern und die Nutzerinteressen in der Gesundheitspolitik zu wahren. Mitbestimmung und Partizipation sind Aspekte der Qualitätssicherung und der Patientenzufriedenheit.

Die Hauptmerkmale von Selbsthilfe und delegierter Mitbestimmung sind in der *Tabelle* in einer Übersicht dargestellt. Die «Selbsthilfe» wird dabei in Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen unterteilt [2]. Diese beiden Organisationsformen stellen unterschiedliche Ausdrucksformen der Selbsthilfe dar. Im Sinne einer Differenzierung werden sie in der *Tabelle* getrennt aufgeführt.

Zusammenfassend lassen sich die Grundprinzipien von Selbsthilfe und delegierter Mitbestimmung wie folgt unterscheiden:

Selbsthilfe erfolgt zwischen gleich betroffenen Personen. Sie bezieht sich auf die jeweils speziellen Themen der eigenen Betroffenheit (one issue-groups). Bei der Selbsthilfe steht das Individuum im Mittelpunkt. Sie basiert auf personellen Ressourcen und basisdemokratischen Strukturen. Förderlich für die Selbsthilfe sind unterstützende Strukturen, die zum Beispiel Koordinationsfunktionen oder konzeptionelle Aufgaben übernehmen.

3 Shared Decision Making: gemeinsame Entscheidungsfindung.

4 Informed Consent: Der Arzt und der Patient tauschen die Informationen aus, und der Patient stimmt der Entscheidung des Arztes zu.

5 Informed Choice: Arzt und Patient tauschen die Informationen aus, die Patientin oder der Patient wählt einen vom Arzt vorgeschlagenen Weg.

6 Compliance: «Therapietreue», Befolgen der Vorgaben der Ärztin oder des Arztes.

Tabelle

Selbsthilfe und delegierte Mitbestimmung: Unterschiede in Zielen, Anliegen, Arbeitsweise, Anforderungen

Zusammengestellt von Heidi Schriber und Vreni Vogelsanger

	Selbsthilfe		Delegierte Mitbestimmung
	Selbsthilfegruppen	Selbsthilfeorganisationen	
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> ● Gegenseitige Hilfe unter Gleichbetroffenen 	<ul style="list-style-type: none"> ● Interessenvertretung, Koordination der Selbsthilfegruppen, Dienstleistungen an Gleichbetroffene 	<ul style="list-style-type: none"> ● Interessenvertretung allgemein für Patienten und Versicherte auf der politisch strategischen Ebene ● Vernetzung und Koordination aller Formen von Patientenorganisationen und sonstigen Interessenvertretungen für Betroffene ● Organisation der gesundheitspolitischen Meinungsbildung zur gemeinsamen Interessenvertretung ● Professionelle Ansprechpartner für die Akteure des Gesundheitswesens ● Mehr Macht durch gemeinsame Interessenvertretung
Arbeitsweisen/ Prozesse	<ul style="list-style-type: none"> ● Das Individuum steht im Mittelpunkt ● Zielschwerpunkte liegen innerhalb der Gruppe (Entwicklung von Mitgliedern, sowie der Gruppe als Ganzes) ● Arbeit in eigenem Auftrag ● Basisdemokratische Prozesse ● Ein-Themen-Gruppen ● Mitglieder sind zwingend Betroffene ● Selbstleitung durch die Gruppe, keine Leitung durch Fachpersonen ● Homogene Gruppen 	<ul style="list-style-type: none"> ● Aufgaben der Organisation stehen im Mittelpunkt ● Zielschwerpunkte innerhalb wie ausserhalb der eigenen Organisation ● Arbeit im eigenen Auftrag ● Demokratische Prozesse nach Statuten der Organisation ● Ein-Themen-Organisationen ● Mitglieder sind Personen, die sich mit dem Thema der Organisation identifizieren, oft Betroffene ● Leitung durch Betroffene, seltener: operative Leitung durch angestellte Fachpersonen ● Homogene Organisationen 	<ul style="list-style-type: none"> ● Aufgaben des Gremiums stehen im Mittelpunkt ● Zielschwerpunkte liegen ausserhalb des Gremiums (Bearbeitung von generellen Fragen) ● Auftrag durch «vorgesetzte» Instanz ● Demokratische Prozesse und interne/externe Meinungsbildung nach klar definierten Regeln ● Themenübergreifende Gremien ● Professionelle Vertretung und Koordination der Anliegen durch Fachpersonen oder/und Betroffene ● Leitung durch Fachpersonen ● Heterogene interdisziplinäre Gremien
Notwendige Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> ● Verbindlichkeit durch Selbstverpflichtung basierend auf Beziehungen und Engagement ● Beitritt aufgrund einer persönlichen Entscheidung und Bereitschaft der Gruppe ● Qualifikation aufgrund eigener Betroffenheit und der Übereinstimmung mit der Zielsetzung einer Selbsthilfegruppe ● Minimaler administrativer und Infrastrukturaufwand ● Informelle Struktur und Organisation, wenig Transparenz ● Professionelle Vernetzungsstrukturen (Selbsthilfeorganisation, KOSCH) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Unterschiedliche Verbindlichkeit auf professioneller Ebene und in ehrenamtlichen Mandaten ● Beitritt aufgrund einer persönlichen Entscheidung, Wahl in Gremien durch die Basis ● Qualifikation durch eigene Betroffenheit und Erfahrung sowie durch die Bereitschaft, Zielsetzungen der Organisation zu unterstützen ● Administrativer und Infrastrukturaufwand aufgrund der Leistungsfähigkeit in einem Milizsystem begrenzt ● Transparenz bezüglich Strukturen, Finanzen, Organisation ● Professionelle Vernetzungs- und Dachstrukturen teilweise vorhanden 	<ul style="list-style-type: none"> ● Verbindlichkeit durch Mandat ● Wahl durch ein Gremium oder definierte Instanzen nach transparenten demokratischen Regeln ● Qualifikation durch die Fähigkeit, über die eigene Betroffenheit hinausreichende generelle Interessen zu vertreten, Schulung und Professionalität ● Administration und Infrastruktur nach professionellen Standards ● Transparenz bezüglich Strukturen, Finanzen, Organisation ● Professionelle Vernetzungs- und Dachstrukturen als institutionelle Aufgabe
Anforderungen strukturelle Ebene und Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> ● Informelle Strukturen ● Selbst definierter Auftrag, eigendynamische Entwicklung aufgrund persönlicher Bedürfnisse der Mitglieder ● Geringer bis kein Finanzbedarf ● Erfahrungskompetenz 	<ul style="list-style-type: none"> ● Mischung von professionellen und ehrenamtlichen Strukturen ● Definierter Auftrag ● Finanzbedarf unterschiedlich je nach Auftrag ● Erfahrungs- und Fachkompetenz 	<ul style="list-style-type: none"> ● Professionelle Organisationsstrukturen ● Definierter Auftrag ● Konstante gesicherte finanzielle Ressourcen ● Feldkompetenz, Methoden- und Fachkompetenz
Anforderungen persönliche Ebene	<ul style="list-style-type: none"> ● Persönliche Betroffenheit, Übereinstimmung mit den Zielsetzungen einer Gruppe ● Bereitschaft persönliche Anliegen mit Gleichbetroffenen zu bearbeiten, Respektierung von Gleichberechtigung und Mitverantwortung aller Mitglieder 	<ul style="list-style-type: none"> ● Persönliche Betroffenheit, Übereinstimmung mit den Zielen der Organisation ● Bereitschaft, über die persönliche Betroffenheit hinausreichende Zielsetzungen zu verfolgen 	<ul style="list-style-type: none"> ● Abstraktionsvermögen, genügende Distanz zur persönlichen Betroffenheit ● Bereitschaft, über die eigene Betroffenheit und Anliegen der eigenen Gruppe hinausreichende Gesamtinteressen zu vertreten
Mitbestimmungsebenen	Hauptsächlich Mikroebene, ev. Mesoebene	Mikro- und Mesoebene	Hauptsächlich Makroebene, ev. Mesoebene

Delegiert wird die Mitbestimmung (*delegierte Mitbestimmung*) in der Regel bei der Auseinandersetzung mit umfassenderen Themen und der Vertretung genereller Patienten Anliegen zum Beispiel in gesundheitspolitischen Diskussionen, bei Leistungsentscheiden und dem Einsitz in Kommissionen. Delegierte Mitbestimmung findet in der Regel in öffentlichen interdisziplinären Gremien statt. Entsprechend stellen sich hohe Anforderungen an das Abstraktionsvermögen, das Relativieren der eigenen persönlichen Anliegen und die Kommunikation. Es stellt sich die Frage, welche Schulung solche delegierten Vertreterinnen und Vertreter benötigen, damit sie ihre Aufgabe transparent und professionell wahrnehmen können. Delegierte Mitbestimmung braucht

professionelle Organisationsstrukturen, transparente Regeln der Meinungsbildung und demokratische Verfahren. Angestrebt wird zurzeit, die delegierte Mitbestimmung gesetzlich zu verankern, um die Kontinuität, Professionalität und das Einhalten von Regeln sicherzustellen. Selbsthilfe braucht, wenn sie mehr politischen Einfluss nehmen will, Strukturen, wie sie die delegierte Mitbestimmung vorsieht. Auch Selbsthilfegruppen können den Wunsch haben, die Vertretung ihrer Anliegen zu delegieren und zu professionalisieren. Umgekehrt sind Selbsthilfegruppen der Ort, an dem Patientinnen und Patienten in ihrer Autonomie gestärkt werden und oftmals ein erstes gesundheitspolitisches Bewusstsein entwickeln. Zusätzlich zur Förderung der Selbsthilfe und der themenbezo-

genen Patientenorganisationen muss die Verankerung der delegierten Mitbestimmung gestaltet, entwickelt und sichergestellt werden – im Sinne einer adäquaten und professionellen Interessensvertretung. ■

Autorin:
Dr. Heidi Schriber

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

Literatur:

1. Schriber Heidi: «Partizipation: Das niederländische Modell». *Managed Care* 8/2004.
2. Schriber Heidi, Vogelsanger Vreni: «Landschaft der Patientenorganisationen». *Managed Care* 2/2006.

Aggressionsmanagement in Gesundheitseinrichtungen

Bedroht, geschlagen, gebissen, angespuckt oder sexuell belästigt: Pflegende sind immer wieder Aggressionen seitens der PatientInnen ausgesetzt. Die gute Nachricht ist jedoch, dass Gewalt in Gesundheitsinstitutionen zu einem grossen Teil voraussehbar ist, und dass Schulungen im Umgang damit wirksam sind.

Diana Grywa

Von 450 Pflegenden in einem allgemeinen Spital sind 42 Prozent einmal oder mehrmals tätlich angegriffen worden. Bei 22 Prozent lag eine sexuelle Belästigung vor. [1] In psychiatrischen Kliniken gaben 72,4 Prozent von 729 MitarbeiterInnen an, dass sie sich während der Berufsausübung schon einmal oder mehrmals bedroht fühlten. [2] Von 340 MitarbeiterInnen in Pflegeheimen äusserten 69 Prozent, dass sie regelmässig mit verbaler Aggression konfrontiert werden. Davon waren 50 Prozent physischer Aggression ausgesetzt. [3] In Pflegeheimen muss mit einem Ereignis pro Tag und mit vier bis fünf physischen Angriffen pro Woche gerechnet werden. [4] In der Notfallpflege berichteten 37 Prozent von 277 Pflegepersonen, dass sie sich während ihrer



Diana Grywa

Berufsausübung schon einmal ernsthaft körperlich bedroht fühlten, über ein Drittel davon schon mehrmals. 32,8 Prozent der Mitarbeite-

rInnen wurden schon mehrmals tötlich angegriffen. [5] Diese Daten aus Befragungen machen deutlich, wie häufig Gewalt in Gesundheitseinrichtungen auftritt.

Lange Zeit war über Aggressionsergebnisse im Gesundheitswesen nur wenig bekannt. Menschen in sozialen Berufen rechnen oft nicht damit, dass sie an ihrem Arbeitsplatz mit Phänomenen wie Aggression oder Gewalt konfrontiert werden. Das ist vielleicht einer der Gründe, warum das Thema lange Zeit verdrängt, verleugnet und tabuisiert wurde. Dadurch wird aber ein wichtiger Aspekt in der helfenden Arbeit unkontrollierbar.

Belastung für Pflegende

Vor allem Pflegepersonen haben ein hohes Risiko, Opfer von aggressiven Übergriffen zu werden. Bei der Körperpflege oder bei anderen alltäglichen Verrichtungen kann es durchaus vorkommen, dass sie sich von verwirrten oder dementen Patienten Verletzungen wie Prellungen, Kratzer oder Beisswunden zuziehen. Bei 10 Prozent psychiatrisch hospitalisierten Patienten muss mit aggressivem Verhalten gerechnet werden. [6] Immer wieder werden Mitarbeitende durch Patienten so massiv verletzt, dass sie für einige Tage oder Wochen arbeitsunfähig sind. Solche Probleme werden auch dadurch verstärkt, dass viele Einrichtungen eine Aufnahmepflicht haben, und Patienten auch gegen ihren Willen gepflegt und betreut werden.

Aggression tritt in verschiedenen Formen auf: verbale Aggression wie zum Beispiel beschimpfen, beleidigen, drohen; und körperliche Aggression wie beispielsweise schlagen, treten, beißen, spuken oder sexuelle Übergriffe.

Überforderte, «hilflose» Patienten

Aus Sicht der Patienten kann Aggression durch Hilflosigkeit entstehen oder aus Angst, die Autonomie oder die Kontrolle zu verlieren. Viele Patienten, die aufgrund ihrer Erkrankung durch Pflege und Behandlung abhängig wurden, empfinden dabei Scham- oder Versagensge-

fühle. Schizophrenie oder Demenz können die kognitiven Fähigkeiten beeinträchtigen. Aber auch Alkohol oder Narkosen können die Wahrnehmung kurzfristig einschränken. Die Patienten haben Mühe, die sozialen Interaktionen richtig einzuschätzen und Gesten zu interpretieren. Sie haben oft Orientierungsstörungen, fühlen sich schneller überfordert und bedroht.

Gewalt und Aggression ist multifaktoriell beeinflusst. Strukturelle, individuelle und interaktionelle Faktoren sowie aktuelle situative Auslöser können zu Aggression führen. Zu den strukturellen Faktoren zählen beispielsweise räumliche Verhältnisse, geschlossene oder offene Türen, Stationsregeln, Wartezeiten oder personelle Besetzung: Fehlt beispielsweise ein Rückzugsort für die Patienten, schlafen sie in Viererzimmern und sind die Türen aus Sicherheitsgründen abgeschlossen, so kann dies Aggressionen fördern. Fixe Zeiten für die Mahlzeiten, für das Lichterlöschen oder das Spaziergehen erleichtern den Arbeitsablauf und das Zusammenleben auf der Station, die Patienten müssen sich aber darauf einrichten. Die persönliche Betreuung kann ändern, wenn andere Patienten sehr pflegeaufwändig sind oder wegen Krankheiten oder Ferien des Personals. Dies kann den Patienten Gefühle von «zu kurz kommen» oder «der andere kommt vor mir» vermitteln, was Gewalt Vorschub leisten kann. Individuelle Faktoren, die zu Aggression beitragen, können Krankheit, Stress, Angst oder Überforderung sein. Interaktionelle Faktoren sind die Teamkultur oder der interdisziplinäre Kommunikationsstil. In einer bereits angespannten Situation bringen situative Auslöser das Fass zum Überlaufen: Wenn ein Patient beispielsweise aufgefordert wird, seine unbeliebten Medikamente einzunehmen. [6]

Psychische Verletzung ernst nehmen

Aggression und Gewalt wird individuell unterschiedlich wahrgenommen. Für eine Person kann eine verbal laute Äußerung bereits bedrohlich sein, für eine andere nicht:

Sie schätzt die klare Äußerung als Durchsetzungsvermögen ein. Dadurch besteht die Gefahr, dass gewisse Wahrnehmungen und Empfindungen von Pflegenden nicht ernst genommen und bagatellisiert werden. Besonders schwer wiegend sind Aussagen wie «das gehört zum Job», «wenn du das nicht aushalten kannst, bist du im falschen Beruf» oder «was hast du gemacht, dass es so weit gekommen ist?». Die Führungspersonen ignorieren damit das Problem oder weisen den Mitarbeitenden die Schuld zu. Diese fühlen sich alleine gelassen. Angst, den Erwartungen nicht zu genügen oder zu versagen, Wut oder Schuldgefühle sind die Folgen davon. Anteilnahme und Betreuung erfahren sie erst dann, wenn körperliche Verletzungen sichtbar werden. Die psychischen Belastungen oder Traumata werden häufig zu wenig beachtet. Diese äussern sich oft erst später durch Krankheitsausfälle, posttraumatischen Belastungsstörungen, Burnout oder Berufsausstieg. Noch weiss man wenig über Arbeitsausfälle, die aufgrund solcher Ereignisse entstehen.

Gewalt erzeugt leicht auch Gegengewalt. Aufgrund des bestehenden Machtgefälles zwischen den Professionellen und den Patienten besteht die Gefahr, dass Pflegende aggressiv gegen Patienten handeln. Dies kann sehr subtil geschehen: Patientenwünsche ignorieren, Patienten warten lassen oder bei Verrichtungen grob anfassen. Oft wird diese Gegengewalt nicht wahrgenommen und durch Nichtreagieren indirekt toleriert.

Aggression vorhersagen

Mittels präventiven und deeskalierenden Massnahmen kann Gewalt und Aggression in vielen Fällen verhindert oder zumindest reduziert werden. Jedoch kann Aggression nicht vollständig vermieden werden. Aggression ist ein menschliches und gesellschaftliches Phänomen. Sich mit diesem Phänomen in Gesundheitsinstitutionen auseinander zu setzen ist deshalb zwingend.

Um aggressives Verhalten verstehen zu können muss nicht nur gefragt werden, «warum ist der Patient ag-

gressiv?», sondern auch «warum gerade jetzt und gerade hier?», «was will der Patient damit ausdrücken und gegen wen richtet sich die Aggression?». Zwei Drittel der Aggressionsereignisse im stationären Rahmen sind vorhersehbar, dies haben Untersuchungen gezeigt. Eine Eskalation von Aggression und Gewalt verläuft zudem in bestimmten Phasen. Dieses Wissen ermöglicht es, die Situation besser einzuschätzen und Gewalt zu prognostizieren. Dadurch können Professionelle frühzeitig intervenieren und eine Eskalation verhindern.

Langfristige Voraussagen sind sehr schwierig zu machen. Bei mittelfristigen Vorhersagen spielen bestimmte Kriterien eine wichtige Rolle, wie beispielsweise ob der Patient selber Gewalt erfahren hat durch enge Bezugspersonen, aggressives Verhalten in der Vorgeschichte, mangelhafte positive Zukunftsperspektiven, Enthemmung durch Suchtmittelmissbrauch, fehlende tragende Beziehungen oder ein geringes Selbstwertgefühl. Kurzfristige Einschätzungen beziehen sich auf die steigende innere Anspannung beim Patienten. Dabei geben Beobachtungen wie feindselige Grundstimmung, körperliche Erregung und Anspannung sowie Äusserungen wie Angst oder Bedrohung, verbale Gewaltandrohung oder Sachbeschädigung wichtige Hinweise auf eine potenzielle Gefahr. [6, 7]

Positive Sicherheitskultur

Eine gezielte Schulung im Umgang mit Gewalt und Aggression sowie die Risikoeinschätzung mittels der Brøset-Gewalt-Checkliste (BVC-CH)¹ verringern Aggressionsereignisse und Zwangsmassnahmen deutlich. Dies haben Abderhalden und Needham (2004) gezeigt. [8] Verschiedene Untersuchungen bestäti-

¹ Die Brøset-Violence-Checkliste (BVC-CH), (Almvik/Woods 1998, Almvik/Woods/Rasmussen 2000, Abderhalden 2001) ist ein Instrument für die Einschätzung des Gewalttrisikos in den nächsten 24 Stunden. Dabei werden sechs Verhaltensweisen bewertet (verwirrt, reizbar, lärmig, körperliches Drohen, verbales Drohen, Angriff auf Gegenstände).

Kasten:

Schulung gegen Aggressionen

Der Umgang mit Gewalt und Aggression wird in Schulungen geübt und verbessert. Studien haben belegt, dass ein solches Training wirksam ist. Folgende Inhalte werden vermittelt:

- Entstehung und Merkmale von Gewalt und Aggression
- Kommunikations- und Deeskalationsstrategien
- ethische und rechtliche Aspekte
- körperliche Fertigkeiten bei physischen Übergriffen. [9]

Der schweizerische Berufsverband für Krankenpflege (SBK) und die TrainerInnen des CH-Netzwerks «Aggressionsmanagement» (www.aggressionsmanagement.net) bieten verschiedene Weiterbildungen zum Thema an.

gen zudem, dass sich die geschulten MitarbeiterInnen im Umgang mit Gewalt und Aggression deutlich sicherer fühlen. [9, 10]

Arbeitgeber sind vom Gesetz her verpflichtet, die Sicherheit der MitarbeiterInnen zu gewährleisten. Die MitarbeiterInnen zu schulen (siehe *Kasten*), ist eine Möglichkeit, das Personal besser im Umgang mit Aggressions- und Gewaltsituationen zu befähigen. Eine entscheidende Rolle für den Umgang mit Aggression und Gewalt spielt aber auch das Management: Es ist verantwortlich für eine positive Sicherheitskultur, die sich unter anderem durch eine gute, wechselseitige Kommunikation auszeichnet. Eine gemeinsame Haltung gegen Gewalt ist eine Grundvoraussetzung. Das Management muss die Gefahren und Sorgen der Mitarbeitenden anerkennen und ernst nehmen. Besonders wichtig dabei ist, dass sich alle, sowohl interdisziplinär als auch hierarchisch, an der Auseinandersetzung mit Gewalt und Aggression beteiligen. Sonst besteht die Gefahr, dass Gewalt und Aggression ausschliesslich zu einem Problem der Pflegenden wird. [11] ■

Autorin:

Diana Grywa

Master Nursing Science (MNSc)

Psychiatrische Universitätsklinik

Bereich Pflegeforschung &

Entwicklung

Postfach 1931

8032 Zürich

E-Mail: diana.grywa@puk.zh.ch

Literatur:

1. Graf E. (1999). Spiegel der Gewalt im Spital: Aggression und Gewalt gegen Betreuende. Hauszeitung Kantonsspital St. Gallen, 37-38.
2. Abderhalden C., Needham I., Friedli TK., Poelmans J. & Dassen T. (2002). Perception of aggression among psychiatric nurses in Switzerland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(412), 110-117.
3. Sprenger R. (2001). Aggressives Verhalten von Patienten gegenüber Pflegenden, Fortbildungsbedarf im Zusammenhang mit Aggression. Nicht veröffentlichte Masterthese, Universität Maastricht, Maastricht.
4. Glaus Hartmann, M. (2006). PflegeheimbewohnerInnen: Aggressionsmuster erkennen und Auslöser reduzieren. *Krankenpflege*, 4, 24-26.
5. Needham I., Abderhalden C., Haug HJ., Fischer JE. (200x). Patient aggression against emergency nurses: An underestimated problem in Swiss hospitals? Eingereicht zur Publikation.
6. Sauter D., Abderhalden C., Needham I. & Wolff S. (2004). Aggression und Gewalt, Lehrbuch Psychiatrische Pflege (pp. 635-653). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber Verlag.
7. Sauter D. & Richter D. (1998). Gewalt in der psychiatrischen Pflege. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
8. Needham I., Abderhalden C., Haug HJ., Dassen T., Halfens RJG., Fischer JE. (2005). The effect of a training course in aggression management on the prevalence of aggression and coercive measures in inpatient psychiatric settings: A randomised controlled trial, in: A nursing intervention to handle patient aggression. Doktorarbeit.
9. Grywa D. (2003). Pilotprojekt «Schulung in Aggressionsmanagement». Psychiatrische Universitätsklinik Zürich.
10. Zeller A., Needham I., Halfens R. (2006). Effekt einer Schulung in Aggressionsmanagement bei PflegeschülerInnen. Eingereicht zur Publikation in *Journal Pflege*.
11. Breakwell GM. (1998). Aggression bewältigen: Umgang mit Gewalttätigkeit in Klinik, Schule und Sozialarbeit. Bern: Verlag Hans Huber.

Disease Mongering: der letzte gesunde Mensch

von Ignazio Cassis,
Präsident Public Health Schweiz



Ignazio Cassis

Der medizinische Wortschatz bekommt ein neues Wort, die Medizin eine neue Branche, die Welt ein neues Dilemma: Disease Mongering, die Herstellung von Krankheiten, der Handel mit Krankheiten.

Gesundheit und Krankheit können als eine kontinuierliche Linie angesehen werden: Im Lauf seines Lebens bewegt sich jeder Mensch entlang dieser Linie hin und her. Aber wo genau die Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit liegt, lässt sich nicht wissenschaftlich definieren. Dies hängt viel mehr von den kulturellen Merkmalen eines Volkes ab. So ist zum Beispiel das prämenstruelle Syndrom (PMS)¹ – eine Summe von unspezifischen körperlichen und psychischen Symptomen, die bei Frauen einige Tage vor Eintreten der Regelblutung auftreten können – für die einen eine

deutliche Krankheit, für die anderen gar keine. Dies hat Folgen: Wenn das PMS eine Krankheit ist, dann ist die Medizin die passende Antwort und das Gesundheitswesen das Instrument dazu. Alles öffentlich finanziert.

Die öffentliche Finanzierung ist ein mächtiger Anreiz für diesen Mechanismus: Je mehr man eine Befindlichkeit in Krankheit umwandelt, desto grösser wird der Gesundheitsmarkt und desto fetter die Marktgewinne. So kann man den Gesundheitsmarkt beliebig erweitern, bis der letzte gesunde Mensch krankgeschrieben wird. Ein entsprechender Trend war in den letzten Monaten auf den Schweizer Strassen und in den Männer-WC sichtbar: «Hast du Kopfschmerzen? Hast du keine Lust auf Sex? Stört dich der Harndrang? Sind deine Erektionen zu schwach? Dann sprich doch mit deinem Arzt!» Unten wird dann diskret unterschrieben: Pfizer Pharma.

Dieses Phänomen – Disease Mongering – erblühte noch nie so stark wie heute – zu Beginn des 21. Jahrhunderts. «The coming years will bear greater witness to the corporate sponsored creation of disease» prophezeit Jennifer Coe in ihrem Bericht über Lifestyle Drugs². Fest steht, dass die Grenzen der Medizin kontinuierlich erweitert werden: auf der zeitlichen, der normativen und der kulturellen Achse.

Die zeitliche Achse hat mit Frühdiagnose zu tun, das heisst mit Check-up und Screening. Für eine Diagnose ist es nie früh genug: Je früher desto besser – immer und ungeachtet der gesundheitlichen Folgen. Die Begeisterung für die Frühdiagnose ist derart gross, dass sich in den USA zirka zehn Millionen Frauen ohne Gebärmutter jährlich dem PAP-Test – einem Scree-

ning-Test – unterziehen ... um einen Gebärmutterkrebs zu suchen³! Die normative Achse hat mit Normwerten und Risikofaktoren zu tun: Ab wann ist der Blutdruck zu hoch, ab welchem Wert ist zuviel Zucker oder Cholesterin im Blut? Diese Normwerte werden von internationalen Fachgruppen definiert, die unter dem Druck der Pharmaindustrie arbeiten. Jede Herabsetzung eines Normwerts hat Folgen in Milliardenhöhe für unsere Gesundheitssysteme⁴. Risikofaktoren werden somit als Krankheiten definiert und therapiert. Die Erweiterung der Medizin auf der kulturellen Achse hat mit der sozialen Interpretation eines Unwohlseins zu tun: Man spricht von der sozialen Konstruktion der Krankheit, wie im obigen Fall vom PMS. Weitere Beispiele sind die Menopause, das posttraumatische Stresssyndrom, das Restless-legs-Syndrom und so weiter.

Angesichts dieser Dynamik kann es nicht erstaunen, dass die Gesundheitskosten im Jahr 2050 bis auf ungefähr 30 Prozent des Bruttoinlandsprodukts steigen sollen⁵. Diese Bremsen zu wollen ist wie rudern gegen den Strom. Dem Staat bleibt nur eines: Den öffentlichen Anteil der Finanzierung so weit wie nötig – und so wenig wie möglich – zu begrenzen. Nicht eine politisch unverkäufliche Zweiklassen-Medizin, sondern eine intelligente – an die Multioptionsgesellschaft angepasste – Mehrklassenmedizin ist gefragt.

Ignazio Cassis, MD MPH
Präsident Public Health Schweiz
Effingerstrasse 40
Postfach 8172
3001 Bern
E-Mail: ignazio.cassis@ti.ch
Internet: www.public-health.ch

1 Auch prämenstruelle dysphorische Störung (PDS) genannt.

2 Coe J (2003) Healthcare: The lifestyle drugs outlook to 2008, unlocking new value in well-being. London: Reuters Business Insight, p. 243.

3 JAMA 2004; 291, 2990-93.

4 BMJ 2004; 328: 400-402.

5 Hall R, Jones Ch. The Value of Life and Rise in Health Spending, 2004, Stanford University Press.

Der Wunsch nach mehr Wettbewerb

Chancen und Risiken der ausserkantonalen Hospitalisation waren Thema des 4. Zentrumstags Luzern. Experten diskutierten die Frage, ob eine Öffnung der Kantons Grenzen den Wettbewerb im Gesundheitswesen fördern kann. Das würde den Leistungserbringern erlauben, sich als Kompetenzzentren zu profilieren und um Patienten aus anderen Kantonen zu konkurrieren.

Karin Diodà

Im Luzerner Hotel Schweizerhof trafen sich am 27. April 2006 rund 100 Fachleute, um sich über rechtliche, betriebswirtschaftliche und versicherungsrelevante Aspekte der ausserkantonalen Hospitalisation zu informieren. Organisator der Tagung war das Luzerner Zentrum für Sozialversicherungsrecht. Ausgangspunkt war die Überlegung, dass ausserkantonale Leistungseinkäufe dazu beitragen könnten, die derzeitige Situation zu verbessern. Wenn Leistungserbringer auch bei der Grundversicherung Patienten und Leistungsaufträge aus andern Kantonen gewinnen, könnte daraus eine Wettbewerbssituation entstehen. Dazu müssten jedoch die Kantone als Zuständige für das Spitalwesen das

Territorialprinzip aufgeben und vermehrt über die Kantons Grenzen hinaus kooperieren.

Förderung des Leistungsaustauschs und monistische Spitalfinanzierung

Die ausserkantonale Hospitalisation aus Sicht der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) erläuterte Michael Jordi. Er vertrat unter anderem die These, dass die Verselbstständigung der Spitäler und eine Konzentration der Spitalstandorte mittelfristig den Leistungsaustausch auch über die Kantons Grenzen hinweg förderten. Ausserdem werde verkannt, dass heute schon ein dichtes Netz an interkantonalen Verträgen und Abmachungen bestehen, welche die Behandlung ausserhalb der Kantone regeln.

Frank Stüssi, Referent des Sekretariats der Schweizerischen Wettbewerbskommission (Weko) war der Meinung, die Spitalplanung hemme den angestrebten Wettbewerb zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern. Als mögliche Lösung nannte er die Abschaffung des Territorialprinzips und eine monistische Spitalfinanzierung ohne Kontrahierungszwang. Bei dieser Finanzierungsart findet ein Übergang von der Objekt- zur Subjektfinanzierung statt. Gleichzeitig wird die Finanzierungsverantwortung auf jeweils einen Akteur auf der Nachfrageseite übertragen, sodass jedem Leistungsanbieter ein Kostenträger gegenübersteht. Die Frage, welcher Akteur die Rolle des Monisten übernimmt, hängt von der politisch gewünschten Organisationsform des Gesundheitswesens ab. Bei einem wettbewerbsorientierten Gesundheitswesen kommen

dafür nur die Krankenversicherer sowie Managed-Care-Organisationen in Frage, zum Beispiel Ärztenetze oder integrierte Versorgungsketten mit eigener Rechtspersönlichkeit. Soll das Gesundheitswesen planwirtschaftlich gestaltet werden, etwa im Rahmen eines Globalbudgets, kommen Spitalregionen, die noch zu schaffen sind, oder der Bund für diese Rolle in Frage.

Wettbewerbsfreundliche Rahmenbedingungen

Als Herausforderung für die Zusatzversicherung betrachtete Thomas Mattig vom Schweizerischen Versicherungsverband die ausserkantonale Hospitalisation. Als Lösungsansätze für wettbewerbsfreundliche Rahmenbedingungen nannte Mattig einen klaren Systementscheid, neue Finanzierungsregeln sowie eine Aktivierung der Wettbewerbsparameter wie transparenter Qualitätswettbewerb und spürbare Preisunterschiede.

Eine Chance für Wettbewerb sah der Referent Stefan Güntensberger, wenn die beiden Hauptakteure im Leistungseinkauf, die Versicherer und die Kantone, zu einer Leistungsgemeinschaft zusammenfinden würden, der die Leistungserbringer ihre Offerten unterbreiten. Doch die derzeitigen Zulassungsbestimmungen und Restriktionen bei der Erteilung von Bewilligungen liessen einen freien Wettbewerb gar nicht zu, argumentierte Güntensberger, Vorsitzender der Geschäftsleitung Reha-Clinic Zurzach.

Traditionelle Rehabilitationsinstitute unter Druck

Im Bereich der Rehabilitation kritisierte Güntensberger die gegen-

wärtige Situation, bei der die Krankenversicherer die Kosten für Rehabilitation ins Visier genommen hätten und ihren Versicherten empfehlen würden, sich für Reha-Leistungen in subventionierte inländische oder grenznahe deutsche Kliniken zu begeben. Durch das aggressive Einkaufs- und Kostengut-spracheverhalten gerieten die traditionellen Rehabilitationsinstitute in der Schweiz zunehmend unter Druck. Es würde suggeriert, dass im Ausland mit einem Drittel oder der Hälfte unserer Normen in der Schweiz dieselben Ergebnisse bei den Patienten erzielt werden könnten. Es sei nun an den Kliniken, über Forschungsergebnisse zu beweisen, dass die hohe Intensität und Individualisierung der Therapie in der Schweiz ebenso wirksam oder eben noch wirksamer sind als Gruppen- und Passivtherapien.

Im Dschungel des KVG

Gleich zwei Referenten der Tagung beleuchteten die ausserkantonale respektive ausländische Hospitalisation aus juristischer Sicht. Dabei wurde deutlich, dass Wettbewerb nur dort entstehen kann, wo die rechtliche Lage klar definiert ist. In der Schweiz stellt das KVG die rechtliche Grundlage dar, ein Gesetz, das auch Eingeweihten nicht immer verständlich ist, wie Beat Meyer, Richter am Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich und nebenamtlicher Bundesrichter, erklärte.

In seinem Referat «Schranken und Freiräume von Art. 41 KVG» zeigte Meyer Ungereimtheiten auf und ging dabei ausführlich auf die Wahlfreiheit bei der Hospitalisation ein. In Art. 41 ist festgehalten, dass die Versicherten unter den zugelassenen Leistungserbringern frei wählen können. Diese Wahlfreiheit würde im Prinzip auch ausserkantonale Behandlungen mit einbeziehen, doch tatsächlich sind die volle Wahlfreiheit und der volle Tarifschutz nur im Wohnkanton gewährleistet.

Lässt sich ein Versicherter in einem anderen Kanton stationär behandeln, werden die Kosten nur nach dem Tarif übernommen, der für den Wohnkanton gilt. Das bedeutet, die Patien-

ten müssen allfällige Tariffdifferenzen aus eigener Tasche bezahlen, und damit ist die Wahlfreiheit eingeschränkt. Eine solche Situation bietet laut Meyer rechtliche Handlungsspielräume, führe aber auch zu widersprüchlichen Umsetzungen in der Praxis und stelle eine beachtliche Hürde bei der Förderung der ausserkantonalen Hospitalisation dar.

Spitalbehandlungen im Ausland

Gestaltet sich schon die rechtliche Situation innerhalb der Landesgrenzen für den Laien als schwer verständlich, ist er mit der rechtlichen Situation der Hospitalisation im europäischen Ausland ziemlich überfordert. Silvia Bucher, Gerichtsschreiberin am Eidgenössischen Versicherungsgericht, hatte die schwierige Aufgabe, die ausserordentlich komplexe Materie des europäischen Rechts und dessen Bedeutungen für die Schweiz dem Publikum näher zu bringen. Beim europäischen Gemeinschaftsrecht gilt bei Fragen von Spitalbehandlungen im Ausland die so genannte Sachleistungsaushilfe, die unter gewissen Voraussetzungen wie medizinischer Notwendigkeit gewährleistet ist. Gleichzeitig braucht es für solche Behandlungen eine Genehmigungserfordernis, bei der wiederum die inländischen Rechtsvorschriften massgebend sind. Und schliesslich gilt es, bei einer Hospitalisation im Ausland zusätzlich das Freizügigkeitsabkommen und das EFTA-Übereinkommen zu berücksichtigen.

Die Referenten dieser Tagung haben, jeder aus seiner fachspezifischen Sicht, die Möglichkeiten und Hindernisse auf dem Weg zur Entwicklung von mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen ausgeleuchtet und ihre Vorstellungen präsentiert: Es braucht dazu eine klare gesetzliche Grundlage, die Abschaffung des Territorialitätsprinzips, eine monistische Spitalfinanzierung, die Aktivierung der Wettbewerbsparameter und einen Zusammenschluss der Versicherer und Kantone zu einer Leistungsgemeinschaft. Solche Ideen bieten Chancen, das Geflecht zwischen Regulierung und Markt zu lockern sowie gleichzeitig das Preis-

Leistungs-Verhältnis zu optimieren und die Qualität zu steigern. ■

Karin Diodà

Redaktion «Managed Care»

Eine Auswahl der Referenten:



Beat Meyer



Silvia Bucher



Stefan Güntensberger



Michael Jordi

Stimmen zu Entwicklungen im Gesundheitswesen

Pflegeforschung in der Schweiz: jung und noch zersplittert

«Ein Problem im Aufbau der Pflegewissenschaft in der Schweiz ist, dass wir nach wie vor nur wenige Pflegenden mit einer akademischen Ausbildung haben und dass diese sehr vereinzelt in ganz unterschiedlichen Gebieten arbeiten.» Dies sagt Lorenz Imhof, Geschäftsleiter des Vereins zur Förderung der Pflegewissenschaft VFP, im Interview mit der Zeitschrift «Krankenpflege». Projekte, die sich an Forschungsschwerpunkten eines Fachgebietes orientieren (und nicht an Aus- und Weiterbildungsprogrammen), seien immer noch selten. Die Pflege in der Schweiz sei eine relativ junge Disziplin, «in andern Ländern hat es sich gezeigt, dass die Entwicklung viele Jahre in Anspruch nimmt», so Imhof. Der Entwicklungsstand in der Schweiz entspreche dem der USA Mitte der Achtzigerjahre.

Der VFP hat deshalb die schweizerische Forschungsagenda (SRAN) aufgestellt: «Wir konzentrieren uns auf die zukunftssträchtigen Gebiete der onkologischen, psychiatrischen, gerontologischen und kardiovaskulären Pflege, der Frauengesundheit und Pädiatrie.» Lorenz Imhofs Vision ist dabei, «dass die Forscherinnen und Forscher die Projekte interdisziplinär angehen». (bc)

Quelle: Lorenz Imhof: «Pflegeforschung – das sind wir den PatientInnen schuldig.» In: Krankenpflege 4/2006, 30–31.

Sich auch ums Sterben kümmern

Bei drei Vierteln aller vorhersehbaren Todesfälle in der Schweiz geht eine «end-of-life decision» voraus. Christoph Rehmann-Sutter, Ethiker und Präsident der Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin, kommentiert dies in der Zeitschrift «Competence» wie folgt: «Diese Zahlen zeigen für mich in eindrucklicher Weise, wie stark das Sterben, wie es in Spitälern heute stattfindet, von Entscheidungen abhängig ist. Der Tod ist nicht mehr ein Naturereignis.» Und weiter: «Daraus kann man den Schluss ziehen, dass die Medizin un-

vollständig bleibt, wenn sie sich nicht auch um das Sterben, um die Qualität der letzten Phase des Lebens bemüht.» Die Zürcher Pflege- und Altersheime erlauben beispielsweise seit 2000 die Beihilfe zum Suizid in ihren Institutionen. Albert Wettstein, Chefarzt im stadtärztlichen Dienst, erklärt im Interview mit «Competence», wie es dazu kam: «Ein zentraler Wert im Gesundheitswesen und in der Altersversorgung der Stadt Zürich ist die Autonomie. (...) Als zentraler Wert muss sie auch dann gelten, wenn es ums Sterben geht.» Der assistierte Selbstmord sei aber marginal geblieben, «seit 2001 haben 11 Personen assistierten Suizid in Anspruch genommen», so Wettstein. Gewaltsame Suizide – wenn ein Patient zum Beispiel aus dem Fenster springt – gab es 13. Jährlich sterben rund 2000 Menschen in den Stadtzürcher Heimen und Spitälern. (bc)

Quelle: Christoph Rehmann-Sutter: Eine Frage von Würde und Respekt. Und: Interview mit Albert Wettstein: Begleiteter Suizid, in den Zürcher Heimen erlaubt. In: Competence Nr. 5, 27. April 2006.

Beweisen, dass Psychotherapie wirksam ist

Effizienzvorgaben für die Psychotherapie sind wichtig und richtig, gerade weil Indikation und Diagnose so komplex sind. Diese Meinung vertritt Hansjörg Znoj, Professor für klinische Psychologie an der Universität Bern, und nennt drei Gründe: «Erstens wollen die Patientinnen und Patienten möglichst schnell und nachhaltig geheilt werden oder (...) eine wirksame beziehungsweise effiziente Linderung erhalten. (...) Zweitens haben die Betroffenen, die Gesamtheit der Prämienzahlenden und der Staat ein legitimes Interesse daran, dass die knapper werdenden Ressourcen auch bei psychischen Erkrankungen effizient eingesetzt werden. (...) Drittens sollten Therapeutinnen und Therapeuten das grösste Eigeninteresse an einer empirisch belegten effizienzbasierten Psychotherapie haben: Denn dies ist der beste Weg, der bedauerlicherweise oft geäusserten unsachgemässen Kritik

und Polemik gegen die Psychotherapie zu begegnen (...)» (bc)

Quelle: Hansjörg Znoj: Die Effizienz der Psychotherapie. In: Tages-Anzeiger vom 10. Mai 2006.

Vom Krankheits- zum Gesundheitsmarkt

Gesundheit als Konsumgut, als selbstverantwortlich Machbares und somit auch moralisch Interpretiertes – die Tagung vom 29. März 2006 am Gottlieb-Duttweiler-Institut GDI in Rüschlikon mit dem Titel «From Lifestyle to Healthstyle» zeigte Konsumententrends im Bereich Gesundheit auf. Neben dem heutigen Markt zur Behandlung von Krankheiten entstehe ein rasch wachsender Gesundheitsmarkt, so das Fazit von Tobias Gremaud vom GDI. Zentrale Triebkraft für den Gesundheitsboom sei die Überalterung der westlichen Gesellschaft. David Bosshart, CEO des GDI: «Die Wohlstandsverwöhnten wollen bis ins hohe Alter leistungs- und gesundheitsfähig bleiben.» Der «klassische, regulierte und angstgetriebene Krankheitsmarkt und seine Machtblöcke» werde durch einen Gesundheitsmarkt mit angebotsorientierter Nachfrage abgelöst. Übergewicht und andere Zivilisationskrankheiten werden als Gegentrend zunehmen. Gleichzeitig werde die Gesellschaft den Gesundheitszustand auch moralisch bewerten: Je nach Gesundheitsverhalten sei man ein «guter oder schlechter Mensch». Stephan Siegrist, Senior Researcher am GDI, zeigte die Sicht der Prävention auf: Es brauche gerade bei der Ernährung Anreize, um sich gesundheitsbewusst zu verhalten. Zentral sei zudem die Vernetzung der Gesundheitsanbieter über die Sparten hinweg, so Siegrist. Neben Schul- und Komplementärmedizin und Pharma gehörten auch Tourismus, Nahrungsmittelindustrie und Wellness dazu. Anstelle von Ärzten würden zunehmend Fitnesstrainer, Ernährungsberater oder Yogalehrer zu Vertrauenspersonen. (bc)

Quelle: Tobias Gremaud: From Lifestyle to Healthstyle. Newsletter 3.06 des Gottlieb-Duttweiler-Instituts.

Datum, Ort	Veranstaltung	Kontaktadresse
3.–5. August, Baltimore (USA)	Research in Healthcare Financial Management: International Symposium & Workshop	RHFM, The Tasco Building, 6600 York Road, Suite 107, Baltimore, MD 21212, USA. Tel. 001 305-348 2861. Fax 001 810-815 5378. E-Mail: workshop@RHFM.org; Internet: www.RHFM.org
23.–26. August, Lausanne	EASST Conference: Reviewing Humanness: Bodies, Technologies and Spaces	EASST 2006, University of Lausanne, IEPI, Bat. Humense, 1015 Lausanne. Fax 021-693 84 77. E-Mail: easst2006@unil.ch; Internet: www2.unil.ch/easst2006
24. August, Luzern	Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) zwischen Spitalfinanzierung und Pharmainteressen	Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis, Universität St. Gallen, Bodanstrasse 4, 9000 St. Gallen. Tel. 071-224 24 24. Fax 071-224 28 83. E-Mail: irp-ch@unisg.ch; Internet: www.irp.unisg.ch
26. August, Winterthur	Evidence based Medicine	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG, Im Park, Georgenstrasse 70, Postfach 958, 8401 Winterthur. E-Mail: caroline.tiedemann@zhwin.ch; Internet: www.wig.ch
27.–30. August, Maastricht (NL)	The 20 th International Congress of the European Federation for Medical Informatics: «Ubiquity: technologies for better health in aging societies»	MIE2006 Congress Secretariat, Stichting BIGN, c/o Key Conference Support, P.O. Box 40, NL-7437 ZG Bathmen. Tel. 00 31 570-543 664. Fax 0031 570-544 699. E-Mail: information@mie2006.org; Internet: www.mie2006.org
30. August–1. September, Genf	Geneva Health Forum – Towards Global Access to Health	MCI Suisse, P.O. Box 502, 1211 Genève 13. Tel. 022-339 95 81. Fax 022-339 96 01. E-Mail: genevahealthforum2006@mci-group.com; Internet: www.hcuge.ch/genevahealthforum/
31. August, Zürich	Spitalfinanzierung und Ärztenetzwerke	Med-swiss.net, Dachverband der Schweizer Ärztenetzwerke, Geschäftsstelle, Grütlistrasse 36, 8002 Zürich. Tel. 044-280 44 05. Fax 044-280 44 03. E-Mail: info@med-swiss.net; Internet: www.med-swiss.net
4. September, Zürich	Interdisziplinäre ethische Entscheidungsfindung in Medizin und Pflege (Ethikonsilium)	Dialog Ethik, Sonneggstrasse 88, 8006 Zürich. Tel. 044-252 42 01. Fax 044-252 42 13. E-Mail: info@dialog-ethik.ch; Internet: www.dialog-ethik.ch
6. September, Basel	Swiss DRG Forum 2006	Verein Swiss DRG, c/o Team Focus Consulting AG, Cysatstrasse 23a, 6004 Luzern. Tel. 041-220 01 11. E-Mail: info@swissdrg.org; Internet: www.swissdrg.org
7. September, Basel	Access to life-saving medication	Basel Institute of Governance, Tel. 061-267 28 75. E-Mail: denise.berger@unibas.ch; www.baselgovernance.org
8.–9. September, Köln (D)	1. Cologne Congress: Managed Care	Kongresssekretariat, Sekretariat Pflegedirektion, Klinikum der Universität zu Köln, Kerpener Strasse 62, D-50937 Köln. Tel. 0049 221-478 4938. Fax 0049 221-478 6590. E-Mail: Pflegedirektion@uk-koeln.de; Internet: www.cc-mc.de
11.–13. September, Adelaide (AUS)	Creating Healthy Societies through Inclusion and Equity	ISEqH International Society for Equity in Health, 263 McCaul Street, 4 th floor, Toronto, Canada, M5T 1W7. Tel. 001 416-978 3763. Fax 001 416-946 3147. E-Mail: iseqh.info@utoronto.ca; Internet: www.iseqh.org
11.–14. September, Washington D.C. (USA)	Medicare and Medicaid Conferences	America's Health Insurance Plans; P.O. Box 7247-6327; Philadelphia, PA 09170-6327. Tel. 877-291 2247. E-Mail: customersolutions@ahip.org; Internet: www.ahip.org
13. September, Küssnacht ZH	4. Schweizerische Case-Management-Tagung	Netzwerk Case Management Schweiz, c/o HSA Hochschule für Soziale Arbeit Luzern, Barbara Käch, Postfach 3252, Werftstrasse 1, 6002 Luzern. Tel. 041-367 48 57. E-Mail: info@netzwerk-cm.ch; Internet: www.netzwerk-cm.ch
20. und 27. September, Olten	Sozialzeitausweis	Agile Behinderten-Selbsthilfe Schweiz, Effingerstrasse 55, 3008 Bern. Tel. 031-390 39 39. Fax 031-390 39 35. E-Mail: info@agile.ch; Internet: www.agile.ch
27.–29. September, St. Gallen	2. World Ageing & Generations Congress	World Demographic Association, Unterstrasse 16, Postfach 2239, 9001 St. Gallen. Tel. 071-242 79 79. Fax 071-242 79 78. E-Mail: info@wdassociation.org; Internet: www.wdassociation.org
28.–29. September, Nottwil	6. Schweizerischer eHealthcare Kongress	eHealthcare.ch, Josef Müller-Weg 2, 6210 Sursee. Tel. 041-925 76 89. Fax 041-925 76 80. E-Mail: info@ehealthcare.ch; Internet: www.ehealthcare.ch
3. Oktober, Zürich	Fallpauschalen: Qualität zum Abschluss freigegeben?	Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP, Postfach 2160, 8026 Zürich. Tel. 043-243 92 20. E-Mail: info@sggp.ch; Internet: www.sggp.ch
16.–17. Oktober, München (D)	5. Europäischer Gesundheitskongress	Interplan Congress, Meeting & Event Management AG, Christine Hense, Albert Rosshaupter-Strasse 65, D-81369 München. Tel. 0049 89-54 82 34 50. Fax 0049 89-54 82 34 43. E-Mail: info@gesundheitskongress.de; Internet: www.gesundheitskongress.de
20. Oktober, Berlin (D)	7. Berliner Gespräche zum Gesundheitswesen	Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstrasse 14, D-70469 Stuttgart. Tel. 0711-8931 0. Fax 0711-8931 298. E-Mail: info@thieme.de; Internet: www.thieme.de
22.–25. Oktober, London (UK)	23 rd International Conference: Improving Healthcare: The Challenge of Continuous Change	ISQua, The International Society for Quality in Health Care. Fax 0061 3-9417 6851. E-Mail: isqua@isqua.org; Internet: www.isqua.org
27. Oktober, Bern	3. Schweizerischer Kongress für Gesundheitsökonomie und Gesundheitswissenschaften: Auf der Suche nach dem optimalen Gesundheitssystem	Künzi Beratungen, Schachenstrasse 21, Postfach, 4702 Oensingen. Tel. 062-396 10 49. Fax 062-396 24 10. E-Mail: info@kuenzicons.ch; Internet: www.sag-ase.ch
27. Oktober, Zürich	Life Science	Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis, Universität St. Gallen, Bodanstrasse 4, 9000 St. Gallen. Tel. 071-224 24 24. Fax 071-224 28 83. E-Mail: irp-ch@unisg.ch; Internet: www.irp.unisg.ch
29. Oktober–2. November, Cairo (Egypt)	Global Forum for Health Research: Combating disease and promoting health	Global Forum for Health Research, c/o Ecumenical Centre/Centre Oecuménique, 1–5 route des Morillons, 1211 Genève. Tel. 022-791 42 60. Fax 022-791 43 94. E-Mail: info@globalforumhealth.org; Internet: www.globalforumhealth.org

Datum, Ort	Veranstaltung	Kontaktadresse
2. November, Basel	Symposium der Schweizerischen Gesundheitszusammenarbeit	Medicus Mundi Schweiz, Murbacherstrasse 34, 4013 Basel. Tel. 061-383 18 10. E-Mail: info@medicusmundi.ch; Internet: www.medicusmundi.ch
16. November, Zürich	Langes Leiden – was hilft? Interdisziplinäre Tagung zum Thema Langzeiterkrankung	Barbara Weil, Elfenstrasse 18, 3000 Bern 15. Tel. 031-359 11 81. Fax 031-359 11 12. E-Mail: barbara.weil@fmh.ch; Internet: www.kosch.ch
16.–17. November	PCS: Die Vertragsfreiheit	Institut für Gesundheit und Ökonomie ISE, Chemin du Croset 7, 1024 Ecublens. Tél. 021-641 05 80. Fax 021-641 05 81. E-Mail: info@isesuisse.ch; Internet: www.isesuisse.ch
16.–18. November, Montreux	14 th European Conference on Public Health, Politics, Policies and / or the Public's Health	Organizers Switzerland Ltd., c/o EUPHA Conference 2006, Obere Egg 2, 4312 Magden/Basel. Tel. 061-836 98 76. Fax 061-836 98 77. E-Mail: eupha06@organizers.ch; Internet: www.eupha.org
25. November, Winterthur	Evidence based Medicine	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG, Im Park, Georgenstrasse 70, Postfach 958, 8401 Winterthur. E-Mail: caroline.tiedemann@zhwin.ch; Internet: www.wig.ch
25. November, Zürich	Warum brauche ich eine Patientenverfügung?	Dialog Ethik, Sonneggstrasse 88, 8006 Zürich. Tel. 044-252 42 01. Fax 044-252 42 13. E-Mail: info@dialog-ethik.ch; Internet: www.dialog-ethik.ch
28.–29. November, Berlin (D)	Handelsblatt Jahreskonferenz Health: Gesundheitspolitik 2006	Euroforum Deutschland GmbH, Katja Waldorf, Prinzenallee 3, D-40549 Düsseldorf. Tel. 0049 211-9686 3637. Fax 0049 211-9686 4000. E-Mail: info@euroforum.com; Internet: www.vhb.handelsblatt.com/health

Datum, Ort	Weiter- und Fortbildung	Kontaktadresse
Beginn: 25. August (14 Tage), Winterthur	Management-Grundlagen für ÄrztInnen und Führungspersonen im Gesundheitswesen	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG, Im Park, Georgenstrasse 70, Postfach 958, 8401 Winterthur. E-Mail: caroline.tiedemann@zhwin.ch; Internet: www.wig.ch
Beginn: 28. August (10 Tage), 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. E-Mail: courses-sti@unibas.ch; Internet: www.sti.ch
Beginn: 28. August (22 Tage), Aarau	Leadership in Gesundheitsinstitutionen	Hplus Bildung, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. E-Mail: bildung@hplus.ch; Internet: www.hplus.ch
Beginn: 28. August (3 Tage), Aarau/Münsterlingen	EFQM – Assessoren-Seminar für Spitäler, Kliniken, Heime	Hplus Bildung, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. E-Mail: bildung@hplus.ch; Internet: www.hplus.ch
Beginn: 30. August, Bern	Wirksam managen im Gesundheitssystem	College-M, Freiburgstrasse 41, 3010 Bern. Tel. 031-632 30 26. Fax 031-632 30 25. E-Mail: info@college-m.ch; Internet: www.college-m.ch
Beginn: 4. September (40 Tage), Aarau	Management in Gesundheitsinstitutionen	Hplus Bildung, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. E-Mail: bildung@hplus.ch; Internet: www.hplus.ch
Beginn: 4. September (12 Tage), Zürich	Interdisziplinäre ethische Entscheidungsfindung	Dialog Ethik, Sonneggstrasse 88, 8006 Zürich. Tel. 044-252 42 01. Fax 044-252 42 13. E-Mail: info@dialog-ethik.ch; Internet: www.dialog-ethik.ch
Beginn: 22. September, Zürich	Ethische Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen	Dialog Ethik, Sonneggstrasse 88, 8006 Zürich. Tel. 044-252 42 01. Fax 044-252 42 13. E-Mail: info@dialog-ethik.ch; Internet: www.dialog-ethik.ch
Beginn: 25. September (22 Tage), Aarau	Leadership in Gesundheitsinstitutionen	Hplus Bildung, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. E-Mail: bildung@hplus.ch; Internet: www.hplus.ch
Beginn: 29. September (15 Tage), Winterthur	Gesundheitsökonomie	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG, Im Park, Georgenstrasse 70, Postfach 958, 8401 Winterthur. E-Mail: caroline.tiedemann@zhwin.ch; Internet: www.wig.ch
Beginn: 9. Oktober (40 Tage), Aarau	Interdisziplinäre Führung	Hplus Bildung, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. E-Mail: bildung@hplus.ch; Internet: www.hplus.ch
Beginn: 19. Oktober (20 Tage), St. Gallen	Management und Politik im Gesundheitswesen	FHS Hochschule für Technik, Wirtschaft und Soziale Arbeit St. Gallen, Management-Weiterbildungszentrum, Teufenerstrasse 2, Postfach 630, 9001 St. Gallen. Tel. 071-228 63 28. Fax 071-228 63 20. E-Mail: management@fhsg.ch; Internet: www.fhsg.ch/management
Beginn: 19. Oktober, St. Gallen	Integrales Spitalmanagement	FHS Hochschule für Technik, Wirtschaft und Soziale Arbeit St. Gallen, Management-Weiterbildungszentrum, Teufenerstrasse 2, Postfach 630, 9001 St. Gallen. Tel. 071-228 63 28. Fax 071-228 63 20. E-Mail: management@fhsg.ch; Internet: www.fhsg.ch/management
Beginn: 9. November (20 Tage), St. Gallen	Leadership und Führung im Gesundheitswesen	FHS Hochschule für Technik, Wirtschaft und Soziale Arbeit St. Gallen, Management-Weiterbildungszentrum, Teufenerstrasse 2, Postfach 630, 9001 St. Gallen. Tel. 071-228 63 28. Fax 071-228 63 20. E-Mail: management@fhsg.ch; Internet: www.fhsg.ch/management
Beginn: 10. November, St. Gallen	Sozialinformatik	FHS Hochschule für Technik, Wirtschaft und Soziale Arbeit St. Gallen, Management-Weiterbildungszentrum, Teufenerstrasse 2, Postfach 630, 9001 St. Gallen. Tel. 071-228 63 28. Fax 071-228 63 20. E-Mail: management@fhsg.ch; Internet: www.fhsg.ch/management

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

Zerfall von Lebenserwartung und Wirtschaft

Frauen in Simbabwe werden durchschnittlich nur 34 Jahre alt. Dies ist der weltweit tiefste Wert. Die Männer erreichen 37 Lebensjahre. Weltweit auch einzigartig ist, dass Frauen vor den Männern sterben. Der neuste WHO-Jahresbericht zeigt den traurigen Rekord dieses Landes im südlichen Afrika. Noch vor zehn Jahren lag die durchschnittliche Lebenserwartung für Frauen und Männer bei 56 Jahren. Auch die schnelle Verschlechterung der Lebenserwartung ist einzigartig ausserhalb Kriegszeiten. Im ehemaligen Rhodesien ist das Volkseinkommen in den letzten sechs Jahren um 50 Prozent zurückgegangen. Laut der WHO sind ein Drittel aller Krankenschwestern und Hebammen emigriert. Lohn, Arbeitsbedingungen und berufliche Perspektiven nennen die Gesundheitsfachleute als Grund dafür, dass sie das Land verlassen. Dass Frauen weniger alt werden als Männer schreibt Thomas Prentice, Mitautor des WHO-Berichts, der sexuellen Ausbeutung der Mädchen zu. Teenager, die vergewaltigt und verstoßen werden, sind anfälliger auf Infektionen als Erwachsene. Zudem werden Mädchen bei der Verteilung von Nahrungsmitteln und Medikamenten diskriminiert. (bc)

Quelle: Chipo Chogwadi: *Vergewaltigt, verstoßen und statistisch bald tot*. In: NZZ am Sonntag, 30. April 2006.

Interaktionen zwischen Spitex, Alterspflegeheimen und Akutspitätern

Zwischen 7 bis 20 Prozent der über 65-Jährigen in der Schweiz beanspruchen die Spitex. Durchschnittlich ergibt sich eine Quote von 12 Prozent. In der Westschweiz ist die Spitex stärker ausgebaut als in der Zentralschweiz. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium Obsan hat die Unterschiede in der Langzeitpflege in der Schweiz untersucht. Näher betrachtet zeigt sich, dass die Spitex in den Kantonen Neuenburg, Freiburg und Wallis zwar viele KlientInnen betreut, diese aber durchschnittlich nur wenig Pflegestunden erhalten. Es gibt kantonale Spitex-Dienste, die eine tiefe Quote aufweisen, die KlientIn-

nen aber intensiver betreuen. Dies ist in Bern, Graubünden, St. Gallen, Appenzell Innerrhoden und Uri der Fall. Aber noch weitere Unterschiede bestehen: In Bern, Solothurn, der Waadt und Obwalden heisst Spitex vor allem medizinische Pflege gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV; in Zug, Basel-Land, St. Gallen, Wallis und Genf stehen die hauswirtschaftlichen Dienste im Vordergrund. Vor allem in der Ostschweiz ist die Spitex wenig ausgebaut. In der Ostschweiz werden andererseits mehr über 80-Jährige in Alterspflegeheimen betreut als in der Westschweiz. Bei den jungen Alten (65–79) ersetzen sich Spitex und Pflegeheime nicht. Bei den über 80-Jährigen zeigt sich klar, dass in Kantonen mit gut ausgebauter Spitex durchschnittlich weniger Menschen in Alterspflegeheimen betreut werden. Dies erhöht aber auch die Zahl der Spitalaufenthalte. (bc)

Quelle: Hélène Jaccard Ruedin, Alexander Weber, Sonia Pellegrini, Claude Jeanrenaud: *Kantonaler Vergleich der Langzeitpflege in der Schweiz*. Obsan Arbeitsdokument Nr. 17. Neuchâtel, Mai 2006.

Prognosen der Kosten der Langzeitpflege

Rund 15,3 Milliarden Franken wird voraussichtlich die Langzeitpflege im Jahr 2030 kosten. 2001 waren es 6,5 Milliarden Franken. Mehrere Studien belegen diese Prognose. Als Hauptgrund für den Kostenanstieg nennt ein Bericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan die höheren Fallkosten. Die Alterung der Bevölkerung und somit die Zunahme der Patientenzahl macht nur ein Drittel der Erhöhung aus. Zwei Drittel verursachen Preis und Umfang der Leistung. Kostendämpfend könnte sich auswirken, wenn die Menschen später pflegebedürftig werden und wenn der Fallkostenanstieg verzögert würde. (bc)

Quelle: Sonia Pellegrini, Hélène Jaccard Ruedin, Claude Jeanrenaud: *Kosten der Pflegeheime und Spitex-Dienste. Prognosen für 2030*. Obsan Arbeitsdokument Nr. 18. Neuchâtel, April 2006.

Hohe Laienkompetenz in «Virtual Communities»

In einem aktiven Internetforum zu Brustkrebs können die Laienteilnehmenden falsche Informationen rasch

VORSCHAU

Schwerpunktthema: NETZWERKMANAGEMENT

Erscheinungsdatum: 8. September 2006

Steuerungsinstrumente für ein Netz im Gesundheitswesen

Welche elektronischen Voraussetzungen braucht es?

Erfahrungen mit einem Netzwerk in Deutschland

Neue Strukturen und Formen von Hausarztssystemen

Qualitätsmanagement

Verträge, Controlling, Finanzierung

Managed-Care-Modelle in der Schweiz

Psychotherapie und Gesundheitsversorgung (Veranstaltungsbericht)

und verlässlich erkennen und richtig korrigieren – ohne professionelle Review. Dies ist das Resultat einer Studie von Adol Esquivel et al., die kürzlich im «British Medical Journal» erschienen ist. Die Autoren haben eine «Breast Cancer Mailing List» untersucht. Die Teilnehmenden waren entweder selbst von Brustkrebs betroffen, waren Angehörige oder Freunde von Betroffenen oder Betreuende, nur eine kleine Anzahl waren Gesundheitsfachleute. Von 500 eingetragenen Personen waren durchschnittlich pro Monat 310 mit eigenen Beiträgen aktiv. Während vier Monaten wurden die Beiträge überprüft. Von 4600 Einträgen waren nur 10 falsch oder irreführend. 7 von diesen 10 Falschmeldungen wurden von 6 Teilnehmenden korrigiert, und zwar durchschnittlich innerhalb von viereinhalb Stunden. (bc)

Quelle: Adol Esquivel, Funda Meric-Bernstam, Elmer V. Bernstam: *Accuracy and self correction of information received from an internet breast cancer list: content analysis*. In: *British Medical Journal* 332: 939–942. 22. April 2006.