



# managed care

7 • 2006

20. Oktober

## Notfallversorgung

Der ambulante ärztliche Notfalldienst in der Schweiz

Das Unternehmen Grundversorgung stärken

Erfahrungen einer Notfallpraxis

An das Spital delegierte Notfallversorgung

Vier Managed-Care-Organisationen –  
vier Notfalldienst-Lösungen

Qualität gibt es nicht umsonst

Ich bin (k)ein Notfall

Telefontriage als ideales Gatekeeping?

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

en français:  
[www.managedcareinfo.net](http://www.managedcareinfo.net)

# Wer ist nun für den Notfalldienst zuständig?

**Daniel Flach**

Sie alle kennen vielleicht noch das Gleichnis vom barmherzigen Samariter. Da liegt einer im Strassengraben, benötigt dringend medizinische Hilfe, und was geschieht?

Ohne Mobiltelefon, Ambulanz oder Notfallarzt können wir uns eine solche Situation heute kaum mehr vorstellen.

So gingen damals die ersten beiden potenziellen Helfer am Opfer oder eben am Patienten im Graben vorbei, warfen einen Blick auf ihn und setzten ihren Weg fort. Sie waren möglicherweise zu beschäftigt, gerade nicht im Dienst, übermüdet oder vielleicht hatten sie die passende Ausrüstung nicht dabei. Erst der Dritte, eben der Samariter, hatte Mitleid und unterbrach seine Reise, um dem Leidenden seine Unterstützung zu geben.

Etwas später in der Geschichte, zu Gotthelfs Zeiten, da war noch jedem klar, dass der Dorfarzt, sobald gerufen, auch zu fortgeschrittener Stunde, bei Wind und Wetter, auf den Hof kam, um nach dem Patienten zu schauen.

Wenn heute ein Patient ärztliche Hilfe benötigt, dann tut er sich schwer bei der Auswahl seines «Retters». Ist nun die Ambulanz, die mobilen Samariter von heute, zu rufen? Kontaktiere ich den Hausarzt, begebe ich mich in eine Walk-in-Klinik oder direkt in die Notfallpforte des nächsten Spitals?

Was in biblischen Zeiten dem Zufall überlassen war, bei Gotthelf ohne Alternative über den Dorfarzt lief, ist heute im Dschungel des überstrukturierten medizinischen Angebotes kaum mehr klar: Wer ist nun für den Notfalldienst zuständig? Hausarztkreise verabschieden sich vom Notfall-



Daniel Flach

dienst, Spitäler übernehmen ihnen bisher fremde Grundversorgertätigkeiten, Walk-in-Kliniken bieten neue Angebote an.

Eines ist jedoch klar: Der allgemeine Notfalldienst bleibt ein interessantes Betätigungsfeld, bei dem es Einsatz braucht und es primär um den Patienten und nicht um Lorbeeren geht. Die heutigen Umstrukturierungen zeigen aber auch, dass das Bild des Gotthelf'schen Hausarztes, wie er Jahrhunderte lang die helvetische Grundversorgung geprägt hat, definitiv am Verschwinden ist.

Mit dieser Ausgabe von Managed Care wollen wir verschiedene Facetten und Wege im heutigen Versorgungssystem aufzeigen und die laufenden Diskussionen mit Informationen ergänzen. Stellen Sie sich doch beim Lesen der Beiträge ab und zu vor, dass Sie irgendwo im Emmental auf einem abgelegenen Hof sitzen würden und darauf warten, das klappern der Hufe vom Pferd des Dorfarztes zu hören.

**Dr. med. Daniel Flach**

Medical Manager FH

Leitender Arzt und Geschäftsführer

City Notfall AG Bern

SCHWERPUNKTTHEMA:  
NOTFALLVERSORGUNG

- 4** ..... **Der ambulante ärztliche Notfalldienst in der Schweiz**  
Daniela Schibli, Cornelia Oertle Bürki, Markus Trutmann  
Die Ergebnisse einer Umfrage bei den Kantonalen Ärztesgesellschaften zur Ärztedemografie sollen helfen, künftige Entwicklungen besser abschätzen zu können.
- 8** ..... **Das Unternehmen Grundversorgung stärken**  
Daniel Flach  
Für die Grundversorger ist es entscheidend, dass sie ihre beiden Kernkompetenzen, Langzeitbetreuung und Notfallversorgung, pflegen.
- 10** ..... **Eine breit akzeptierte Einrichtung**  
Daniel Matter  
Die Notfallpraxis Permanence Luzern zieht nach vier Jahren eine durchaus erfreuliche Bilanz. Sie deckt ein Bedürfnis von Patienten und Ärzten ab, doch gibt es auch kritische Stimmen.
- 13** ..... **Ambulante Notfälle an das Spital delegieren**  
Reinhard Hauswirth  
Am Beispiel des Bezirks Zuzach wird die Neuorganisation eines regionalen ärztlichen Notfalldienstes aufgezeigt.
- 15** ..... **Vier Managed-Care-Organisationen – vier Notfalldienst-Lösungen**  
Heinrich Zürcher, Telemachos Hatzisaak, Philippe Schaller und Marc-André Raetzo, Marc Jungi  
Drei Ärztenetze und eine HMO-Praxis berichten, wie sie den Notfalldienst organisiert haben und welche Erfahrungen sie damit machen.
- 20** ..... **Qualität gibt es nicht umsonst**  
Felix Nohl  
Das Notfallzentrum am Inselspital Bern setzt sich für Qualitätsmanagement ein. Ziele sind zufriedene Patienten, motivierte Mitarbeitende und eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Hausärzten.
- 23** ..... **Ich bin (k)ein Notfall**  
Bruno Kissling  
Die Rolle des kompetenten, informierten Patienten darf nicht unterschätzt werden, wenn es darum geht, eine Notfallsituation richtig einzuschätzen und angemessen zu handeln.
- 26** ..... **Telefontriage als ideales Gatekeeping?**  
Beat Gafner  
Callcenter können die Hausärzte in ihrer Arbeit unterstützen und die Notfalldienstärzte entlasten.

## LESERINNENBRIEF

- 28** ..... **Ein Aupair fürs Grosi**

## SEITE DER PFLEGE

- 29** ..... **Soziale Ungleichheit in der Pflege – (k)ein Thema**  
Ulrich Bauer, Doris Schaeffer  
Sozial Benachteiligte nutzen die pflegerische Versorgung nicht adäquat und werden von den Institutionen diskriminiert. Deshalb ist diese Randgruppe unter- und fehlversorgt.

## SPITALFINANZIERUNG

- 32** ..... **DRG-Kodierung: Interpretationsspielraum mit Budgetfolgen**  
Rolf Malk, Katrin Rachinger  
Je nachdem, wie beim Abrechnen durch diagnosebezogene Fallgruppen (DRG) die Kodierregeln gehandhabt werden, erzielt das Spital einen erheblich unterschiedlichen Erlös.

VERANSTALTUNGSBERICHT

**38** ..... **«Ökonomische Psychotherapie»**  
 Brigitte Casanova  
 Zweiter gemeinsamer Kongress der Schweizer Psy-Verbände, 24. Juni 2006

RUBRIKEN

**31** ..... **Buchhinweis**  
 Das System treibt die Gesundheitskosten im Alter an

**35** ..... **Kolumne**  
 Wie gesund ist die Gesundheitsökonomie? – von Elsbeth Wandeler, Leiterin Abteilung Berufspolitik beim Schweizer Berufsverband für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK Schweiz

**36** ..... **Seiten von med-swiss.net**  
 Podium 2006: Spitalfinanzierung und Ärztenetzwerke

**41** ..... **Resonanz**  
 Spitex und Fallmanagement • Eigenverantwortung? • NHS: Schlechte Leistung trotz mehr Geld? • Gesundheit langfristig fördern • Enhancement-Medizin

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

**44** ..... **In Kürze**  
 Anreize für HausärztInnen • Ernährungsindustrie und Gesundheit • Gesundheitsinformationen, die gelesen werden • Boomende Medizinaltechnik • Telemedizinisch unterstütztes Schlaganfall-Netzwerk ••• Vorschau: Pflege und chronisch Kranke

managed  
care

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

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

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

**\* Ausschuss des Redaktionellen Beirats**

**Betreuung des Schwerpunktthemas:**  
 Daniel Flach

**Redaktion:**  
 Karin Diodà (kd), Brigitte Casanova (bc)  
 und Rita Schnetzler (rs)  
 Dahliastrasse 8, 8008 Zürich  
 Telefon 044-431 73 56, Fax 052-558 83 39  
 E-Mail: k.dioda@rosenfluh.ch

**Büro Neuchâtel:**  
 Brigitte Casanova  
 Rue Denis-de-Rougemont 36, 2000 Neuchâtel  
 Telefon und 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  
 Ebenaustrasse 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 indexiert.  
 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](http://www.tellmed.ch)

# Der ambulante ärztliche Notfalldienst in der Schweiz

**Ein Problem der Hausarztmedizin sind die personellen Engpässe beim ambulanten ärztlichen Notfalldienst. Im folgenden Beitrag werden wichtige Ergebnisse einer Umfrage bei den Kantonalen Ärztesgesellschaften zusammengefasst. Die Angaben zur Ärzte-Demografie sollen dazu beitragen, die künftige Entwicklung besser abschätzen zu können und dienen als Grundlage für zu erarbeitende Massnahmen.**

**Daniela Schibli, Cornelia Oertle Bürki, Markus Trutmann**

Bei der Planung des von den Hausärztinnen und -ärzten erbrachten ambulanten ärztlichen Notfalldienstes werden kantonale und regionale Ärztesgesellschaften zunehmend mit personellen Engpässen konfrontiert. Als Gründe für diese Engpässe werden die altersbedingten Dispensationen in einer überalterten Hausärztespopulation und der fehlende hausärztliche Nachwuchs genannt. Zu altersbedingten Dispensationen kommen Dispensationen wegen Teilzeitarbeit, fachlicher Unterbeziehungsweise Überqualifikation, Krankheit, familiärer und an-

derer Gründe hinzu. Hohe Dispensionsquoten werden auch darauf zurückgeführt, dass der Notfalldienst bei vielen Grundversorgern wegen hoher zeitlicher und physischer Belastung, mangelhafter ökonomischer Anreize und einer als inadäquat empfundenen Anspruchshaltung der Patienten höchst unbeliebt ist.

Zahlreiche Notfalldienststrayons<sup>1</sup> weisen eine tiefe Ärzte- und Einwohnerzahl auf. Von Below [1] stellte in einer 2002 durchgeführten Untersuchung fest, dass in 48 von 98 untersuchten Notfallrayons 1 bis 10 Ärztinnen und Ärzte, in weiteren 30 Notfallrayons 11 bis 20 Ärztinnen und Ärzte am Notfalldienst teilnahmen. In 17 Rayons betrug die Einwohnerzahl zwischen 1000 bis 10000, in 38 Rayons zwischen 11000 bis 20000. Wohl können die Grundversorger in den meisten dieser vor allem ländlichen Rayons mit einer durchschnittlichen Ärztedichte eine adäquate ärztliche Versorgung während der Praxisöffnungszeiten erbringen. Hingegen hängt bei der Aufteilung des an 365 Tagen zu gewährleistenden Notfalldienstes die Dienstdauer pro Arzt von der absoluten Zahl der Ärztinnen und Ärzte ab: Bei abnehmender Zahl nimmt die Dienstdauer exponentiell zu. Bei tiefen Einwohnerzahlen finden zudem vergleichsweise wenige Patientenkontakte pro Dienst statt. In kleinen Rayons liegt deshalb in der Regel eine niedrige Produktivität des Notfalldienstes vor, was den Anreiz, Notfalldienst zu leisten, weiter schwächt.

<sup>1</sup> Notfalldienststrayon bezeichnet ein bestimmtes Gebiet, innerhalb dessen der Notfalldienst organisiert wird. In der Schweiz gibt es schätzungsweise knapp 300 Notfalldienststrayons.



Daniela Schibli



Cornelia Oertle Bürki



Markus Trutmann

### Material und Methode

Die Daten zur Ärztedemografie in den Notfallrayons und zur Altersstruktur in den Kantonen wurden im Rahmen einer umfassenden Untersuchung zur Situation des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes erhoben. In Zusammenarbeit mit Vertretern von ärztlichen Standesorganisationen und Experten des ärztlichen Notfalldienstes wurden zwei Fragebogen entwickelt, die am 21. Dezember 2005 an die Präsidenten aller kantonalen Ärztesgesellschaften verschickt wurden. Die Präsidenten wurden gebeten, den ersten Fragebogen selbst zu beantworten und den zweiten an die Verantwortlichen der Notfalldienststrayons weiterzuleiten. Als Grundversorger wurden frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte mit Facharzttitel Allgemeine Medizin, Innere Medizin und Praktischer Arzt definiert.

### Resultate

#### Altersstruktur in den Kantonen

Auswertbare Daten zur Verteilung der Grundversorger nach Alterskategorien und Geschlecht liegen für folgende 18 Kantone vor: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, FR, SO, BL, SG, AG, TG, VS, SH und JU. Diese Daten entsprechen einer Gesamtzahl von 4179 Grundversorgern (940 Ärztinnen und 3239 Ärzte) und einem versorgten Gebiet mit einer Wohnbevölkerung von 5 375 106 Personen (73% der Gesamtbevölkerung der Schweiz).

Die Daten zeigen gesamtschweizerisch ein deutliches Übergewicht an älteren, männlichen Grundversorgern und eine geschlechtsspezifische Altersverteilung (siehe *Abbildung 1*). Im Gegensatz zu den Männern ist bei dem relativ geringen Anteil von weiblichen Grundversorgern gesamtschweizerisch keine Überalterung zu beobachten. In den meisten Kantonen kann eine ähnliche Altersstruktur festgestellt werden (zum Beispiel im Kanton Thurgau, siehe *Abbildung 2*). 14,7 Prozent aller Grundversorger in den untersuchten Kantonen sind älter als 60 Jahre (Frauen 10,2%, Männer 15,7%). Da das Dispensationsalter in der Re-

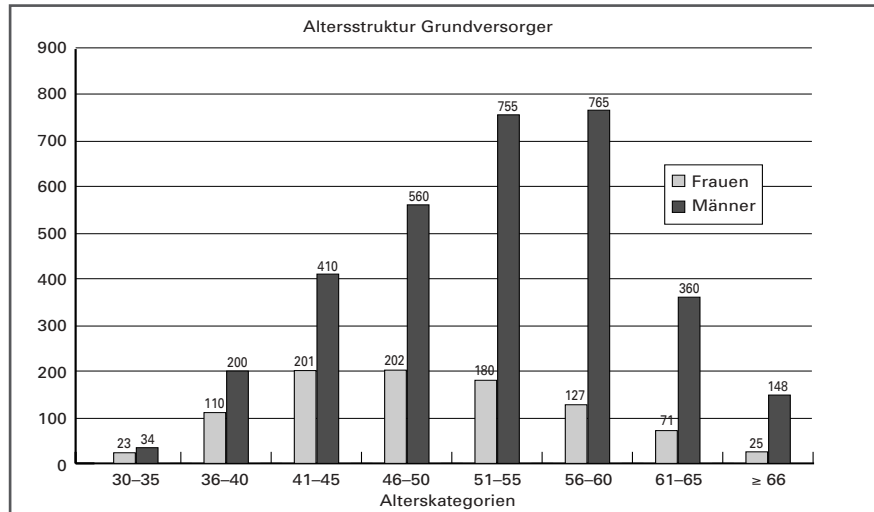


Abbildung 1: Altersstruktur aller Grundversorger, nach Geschlecht (Kantone ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, FR, BL, SO, SG, AG, TG, VS, SH, JU)

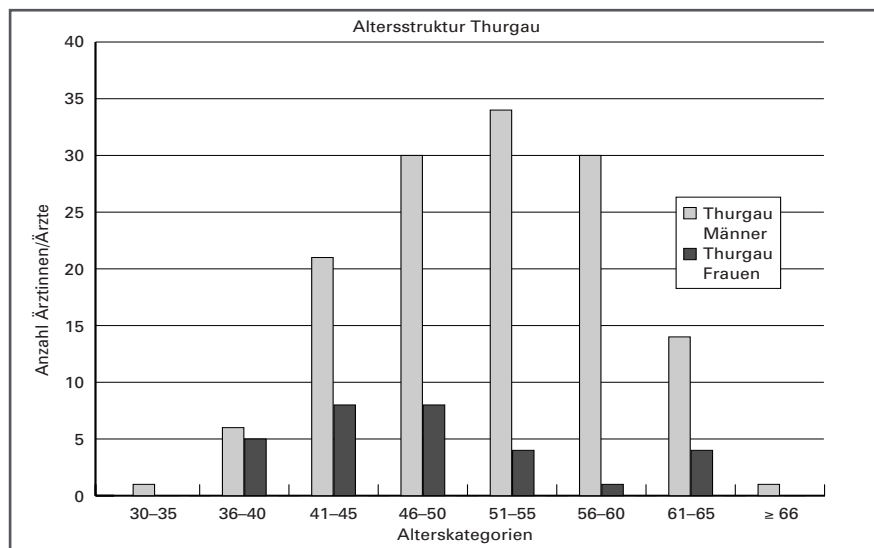


Abbildung 2: Altersstruktur im Kanton Thurgau

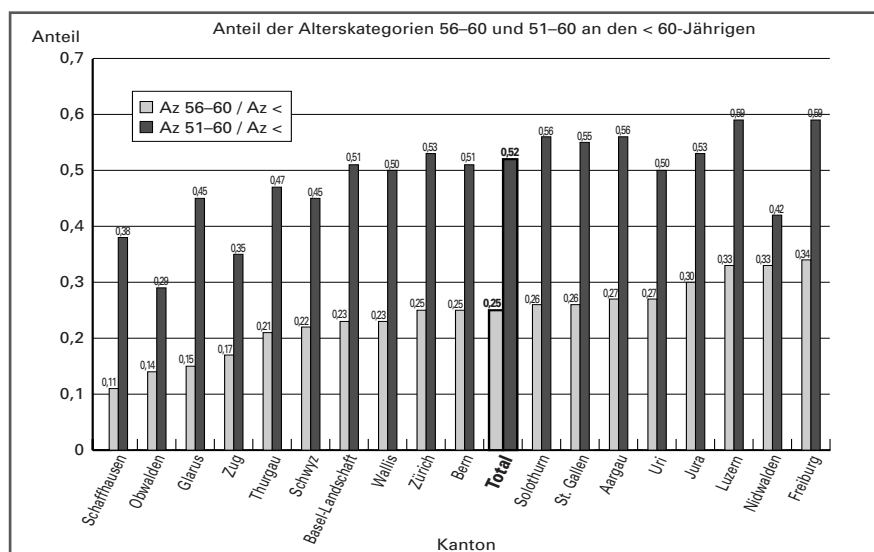


Abbildung 3: Anteil der Alterskategorien 56-60 beziehungsweise 51-60 an den < 60-Jährigen

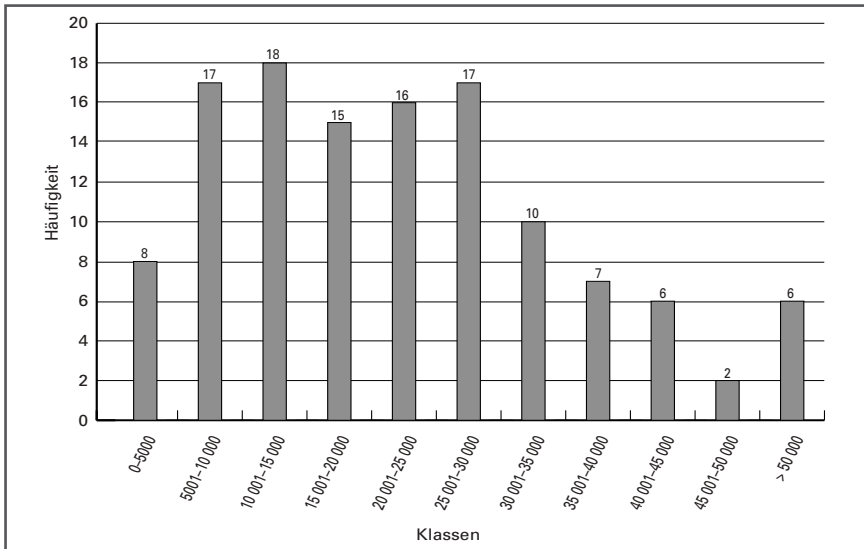


Abbildung 4: Verteilung der Wohnbevölkerung pro NFD-Rayon in Klassen

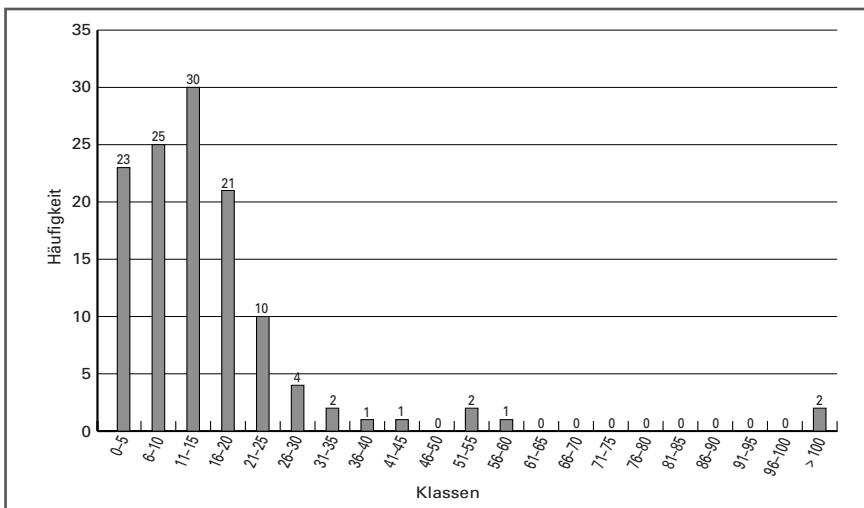


Abbildung 5: Verteilung der Anzahl NFD-leistender Grundversorger pro NFD-Rayon

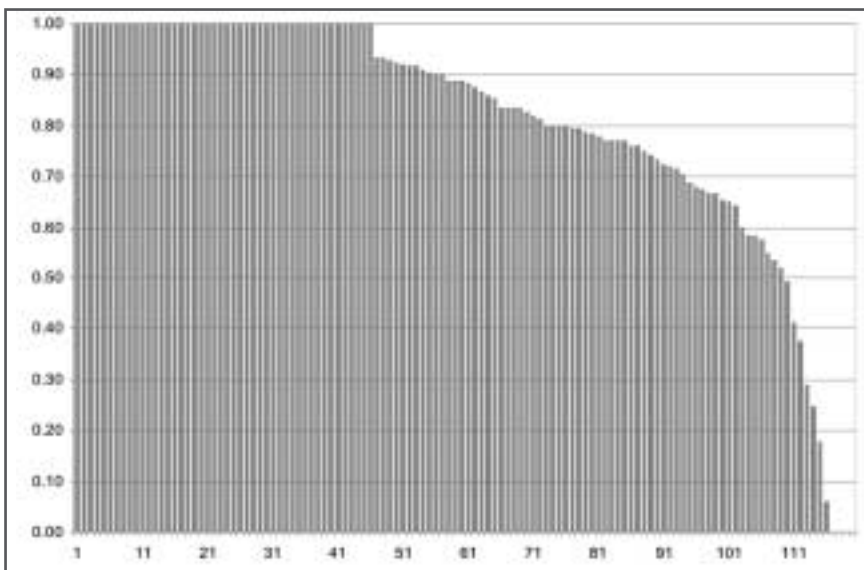


Abbildung 6: Anteil der NFD-leistenden Grundversorger an der Gesamtzahl der Grundversorger pro NFD-Rayon. Dieser Anteil ist in 4 NFD-Rayons 0 und kommt in dieser Abbildung nicht als Balken zur Darstellung.

gel bei 60 Jahren liegt, wurde der Anteil der Grundversorger in den Alterskategorien 51 bis 60 beziehungsweise 51 bis 60 auf die entsprechende Gesamtzahl der Grundversorger unter 60 Jahren berechnet (siehe *Abbildung 3*). Bei 15 von 18 untersuchten Kantonen liegt der Anteil der 56–60-Jährigen über 20 Prozent, bei 4 Kantonen ist dieser Anteil  $\geq 30$  Prozent (Maximum FR 34%); er beträgt durchschnittlich 25,3 Prozent (Frauen 15,0%, Männer 27,9%). Bei 12 von 18 untersuchten Kantonen ist der Anteil der 51–60-Jährigen  $\geq 50$  Prozent (Maximum FR und LU: 59%); er beträgt durchschnittlich 51,9 Prozent (Frauen 36,4%, Männer 55,6%). Das heisst die Hälfte aller Grundversorger unter 60 Jahren ist im schweizerischen Durchschnitt älter als 50 Jahre.

### Notfalldienststrayons

Die Wohnbevölkerung pro Notfalldienststrayon beträgt im Minimum 1033 und im Maximum 342 853 Einwohner (Median 17 633). Die Verteilung der NFD-Rayons nach Grösse der Wohnbevölkerung ist ungleichmässig verteilt (siehe *Abbildung 4*). Am häufigsten sind NFD-Rayons mit einer Wohnbevölkerung von 10 000 bis 15 000 Einwohnern (18 von 122), gefolgt von NFD-Rayons mit 5 000 bis 10 000 und 25 000 bis 30 000 in je 17 von 122 Rayons.

Die Anzahl Grundversorger pro NFD-Rayon ist ungleichmässig verteilt; die minimale Anzahl beträgt 2, die maximale Anzahl 521 und der Median 17 Ärztinnen und Ärzte. Am häufigsten sind NFD-Rayons mit 5 bis 10 und 10 bis 15 Grundversorgern (je 24 von 122), gefolgt von Rayons mit 0 bis 5 Grundversorgern in 19 von 122 Rayons.

Die Anzahl NFD-leistender Grundversorger pro Rayon ist ähnlich wie die Gesamtzahl der Grundversorger verteilt; die minimale Anzahl beträgt 0, die maximale Anzahl 257 und der Median 12 NFD-leistende Ärztinnen und Ärzte. Am häufigsten sind NFD-Rayons mit 11 bis 15 NFD-leistenden Grundversorgern (30 von 122), gefolgt von Rayons mit 6 bis 10 (25 von 122) und sol-

chen mit 0 bis 5 Grundversorgern pro NFD-Rayon (23 von 122) (siehe *Abbildung 5*).

In 46 von 122 NFD-Rayons leisten 100 Prozent der Grundversorger Notfalldienst (siehe *Abbildung 6*). In 72 Rayons leisten zwischen 81 und 99 Prozent der Grundversorger Notfalldienst, in weiteren 30 Rayons sind es 61 bis 80 Prozent.

### Diskussion

Da das Dispensationsalter in der Regel bei 60 Jahren liegt, wird die Kohorte der Grundversorger in der Alterskategorie 51 bis 60 in spätestens 10 Jahren vollständig aus dem Notfalldienst ausgeschieden sein. Es ist unwahrscheinlich, dass dieser Anteil von 51,9 Prozent durch einen Nachwuchs, der bis jetzt nur spärlich vorhanden ist, kompensiert werden könnte. Im Gegenteil ist damit zu rechnen, dass aufgrund der Altersstruktur der dienstpflichtigen Grundversorger und des fehlenden Nachwuchses der ambulante ärztliche Not-

falldienst in den nächsten Jahren nicht ohne organisatorische Massnahmen und Mitbeteiligung anderer Akteure aufrechterhalten werden kann.

Die NFD-Rayons weisen grosse Unterschiede bezüglich Einwohner-, Ärztezahle und Ärztedichten auf. Die Beteiligung am NFD ist in kleinen Rayons am grössten, in vielen Fällen 100 Prozent. In grossen NFD-Rayons fällt diese Zahl stark ab. Dies deutet darauf hin, dass in kleinen Rayons der NFD nur durch grossen bis sehr grossen Einsatz der Grundversorger aufrechterhalten werden kann. Die Folgen der Überalterung und des mangelnden Nachwuchses werden sich in solchen Rayons, die sehr zahlreich sind, am schnellsten auswirken. Hier sind die Reserven bereits heute weitgehend erschöpft. In den nächsten Jahren wird man diesen Problemen mit verschiedenen Massnahmen begegnen müssen, zum Beispiel wo möglich durch eine Neugestaltung der Notfalldienststrayons. Diese könnte

durch Zusammenlegung oder Neuziehung der Grenzen erfolgen. Sie ist jedoch dort keine Lösung, wo die Rayons schon heute gross sind oder es wenig Dienstärzte gibt. ■

Autoren:

**Daniela Schibli  
Cornelia Oertle Bürki  
und**

**Dr. med. Markus Trutmann**

Zentralsekretariat

Schweizerische Konferenz  
der kantonalen Gesundheits-  
direktorinnen und -direktoren

Amthausgasse 22

3000 Bern

E-Mails:

daniela.schibli@gdk-cds.ch

cornelia.oertle@gdk-cds.ch

markus.trutmann@gdk-cds.ch

### Literatur:

1. Von Below G., Marty F. Organisationsformen und Zeitbelastung im ambulanten ärztlichen Notfalldienst in der Schweiz. *Primary Care* 2005; 5: 740-2.



# Das Unternehmen Grundversorgung stärken

**Zu den Kernkompetenzen von Grundversorgern gehört die kontinuierliche Langzeitbetreuung ebenso wie die gezielte, bedürfnisgerechte Notfallversorgung. Für die Grundversorger ist es entscheidend, beide Kernkompetenzen zu pflegen. Nur so kann das Unternehmen Grundversorgung auf dem Gesundheitsmarkt seine Position wahren und ausbauen.**

**Daniel Flach**

Nichts könnte man als Grundversorger<sup>1</sup> manchmal mehr verwünschen als einen Notfalldienst mit den dazugehörigen Umtrieben. Diese Problematik wurde in den letzten Jahren in verschiedenen schweizerischen und europäischen Fachzeitschriften diskutiert. Die Rede war von der fast unmenschlichen physischen und psychischen Belastung eines Notfallpräsenzdienstes rund um die Uhr während sieben Tagen, oder, in abgelegenen Regionen, gar mehrwöchigen Einsätzen, weil ein ärztlicher Partner fehlt, bis hin zur Frustration von Jungärzten wegen fehlender Freizeit.

**Die Hassliebe der Grundversorger**  
Und doch ist eine Faszination, wenn nicht gar Begeisterung für den Notfalldienst spürbar. Man begegnet ihr

in persönlichen Gesprächen oder in einer Serie über den Notfalldienst in der Schweizerischen Ärztezeitung.<sup>2</sup> Dort haben Ärztinnen und Ärzte ihre 24-Stunden-Dienste festgehalten und teilweise so formuliert, als wären es die schönsten Tage ihres Lebens. Eine Faszination also bei jenen, die den Dienst tragen, aber auch immer mehr unter dessen Last leiden.

Wie aber lässt sich diese Diskrepanz in den Aussagen, diese Spannung, erklären, die wohl jeder Grundversorger kennt? Nebst den vielen Schwierigkeiten, dürfte die Tatsache, dass der Notfalldienst zum grundlegenden Sein und Wesen des Hausarztberufes gehört, ein wesentlicher Grund für diese Spannung sein. Es handelt sich um jene Hassliebe, die heute in der Ärzteschaft, insbesondere den lokalen Bezirksvereinen, immer häufiger für Diskussionen sorgt.

## Die Kernkompetenzen

Das über Jahre erworbene medizinische Fachwissen und die spezifischen Fähigkeiten des Hausarztes, verbunden mit der ganzheitlichen Sicht für den Patienten und dessen Umfeld, bestimmen Sein und Wesen des Hausarztes. Daraus definieren sich die typischen Kernkompetenzen des Grundversorgers: die kontinuierliche fächerübergreifende Langzeitbetreuung und die gezielte, den Bedürfnissen des Patienten entsprechende Notfallversorgung.

Diese Kernkompetenzen des Grundversorgers in ihrer Gesamtheit können andere Anbieter auf dem Gesundheitsmarkt nicht imitieren. Doch können sie Dienstleistungen anbieten, die auch ins Portfolio eines Grundversorgers gehören. Die spezi-



Daniel Flach

fischen Kernkompetenzen als solche bleiben aber eine Eigenheit der Grundversorger.

Die Tendenz, die Langzeitbetreuung, wie auch Teile der Notfallversorgung, nicht ärztlichen Berufsgruppen anzuvertrauen, ist sehr ernst zu nehmen. Strategisch wäre es kurzfristig, den Pflegeberufen, «paramedics» und neuen Berufen (Fachhochschulen) nicht zuzutrauen, dass sie hier eigene Fachkompetenzen erarbeiten, welche die Grundversorgung ernsthaft konkurrieren könnten. Es gilt deshalb, aus der Sicht des Gesamtunternehmens Grundversorgung wie auch des einzelnen Hausarztes, die eigenen Kompetenzen frühzeitig auszubauen und weiterzuentwickeln mit dem Ziel, sich mit einem Wettbewerbsvorteil zu profilieren.

## Die Zukunft gestalten

Wenn ein Unternehmen seine Kern-

<sup>1</sup> Mit Grundversorger sind hier Ärzte gemeint, die in Praxen oder ähnlichen Institutionen tätig sind und sogenannte Hausarztmedizin betreiben.

<sup>2</sup> Schweiz. Ärztezeitung 2003

kompetenzen nicht mehr pflegt, sich zurückzieht oder gar anderen Anbietern das Feld überlässt, verliert es Wettbewerbsvorteile. Dann ist es nur eine Frage der Zeit, bis dieses Unternehmen seine Position einbüsst und schliesslich aus dem Markt verdrängt wird. Die Zukunft gestalten heisst, die vorhandenen Kompetenzen zu stärken und auszubauen. Dies kann bedeuten, neue Wege zu suchen, Neuland zu betreten, Investitionen zu tätigen, alles mit dem Ziel, die eigenen Kernkompetenzen zum Wohle des Gesamtunternehmens zu bewahren und weiterzuentwickeln.

### Klare Orientierung

Das 20. Jahrhundert war geprägt vom Bild des Hausarztes, der kontinuierlich verfügbar ist und als Einzelkämpfer die Patientenbedürfnisse erkennt und adäquat erfüllt. Die wie eine Lawine ausgelösten gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Umwälzungen treffen mit Wucht nun auch das zarte, scheinbar unantastbare Gebilde, in dem sich der Hausarzt mit seinem Patienten bisher bewegt hat.

Unzählige, uns allen bekannte Neuerungen und Anforderungen strapazieren das Bild des Grundversorgers zum Teil aufs Ärgste. Lange Zeit unorganisiert und ohne Orientierung, wurde die Hausarztmedizin zum Spielball der verschiedensten Stakeholder im Gesundheitswesen und war nahe daran, ihre existenzielle Grundlage zu verlieren. Neue Kräfte, ich nenne sie «Bewegung 1. April», sind nun bestrebt, das Unternehmen wieder zu einem starken Standbein des schweizerischen Gesundheitswesens aufzubauen. Doch braucht es dazu unbedingt eine klare Orientierung an den vorhandenen Kernkompetenzen.

Für die Gesamtheit des Unternehmens Grundversorgung (oder Hausarzt) ist es von grundlegender Wichtigkeit, beide Kernkompetenzen, sowohl die Langzeitbetreuung wie auch die Notfallversorgung, zu pflegen. Dies impliziert jedoch auf keinen Fall, dass jeder Hausarzt, wie bisher üblich, beide Kompetenzen abdecken muss. Es kann durchaus von Vorteil sein, wenn sich manche

Ärzte auf die Langzeitbetreuung und andere auf eine effiziente Notfallversorgung konzentrieren. Wichtig ist jedoch, dass beide Gruppen mit der Bezeichnung Grundversorger auftreten, und zwar gesamtschweizerisch wie auch insbesondere lokal und regional. Nur so kann das Gesamtunternehmen Hausarzt auf dem Markt seine Position wahren und ausbauen.

### Die Zukunft der Notfallversorgung

Die fachlichen Qualifikationen des Grundversorgers, mit der er eine Situation löst, die medizinisch oder von Patientenseite als Notfall definiert ist oder zumindest ein Eingreifen am gleichen Tag verlangt, kann nicht aus dem Unternehmen Grundversorgung hinaus delegiert werden. Anhand dieser kurz gefassten These können Modelle für eine Notfallversorgung der Zukunft diskutiert werden, wobei die unterschiedlichen lokalen Bedürfnisse zu berücksichtigen sind.

In eher ländlichen Gebieten kann der Zusammenschluss von mehreren Praxen zu einem lokalen Zentrum mit erweiterten Öffnungszeiten der Langzeitbetreuung wie auch der Notfallversorgung gerecht werden. Gleichzeitig lässt sich die Gesamtbelastung der beteiligten Ärzte reduzieren. Wenn hingegen weiterhin Einzelpraxen bestehen, die zur Entlastung des Arztes lediglich den Notfalldienst auslagern, wird eine der Kernkompetenzen an einen fremden Marktmitbewerber abgegeben. Eine solche Lösung ist aus strategischer Sicht sehr problematisch und kann das Unternehmen Hausarzt arg schwächen. Lokale Lösungen können für die betroffenen Ärzte durchaus opportun sein, doch werden die Patienten rasch bemerken, dass dort ein Leistungsabbau des Unternehmens Hausarzt stattfindet. Für Notfälle ist dann nicht mehr das bisher als kompetent beurteilte Hausarztssystem zuständig, sondern beispielsweise die Notfallstation eines Spitals. Die finanziellen Auswirkungen einer solchen Medizin sollen hier nicht weiter erläutert werden. Bedacht werden muss bei einem solch klaren Verzicht auf eine

Kernkompetenz auch die damit verbundene Signalwirkung an die politischen Instanzen, welche die Geschicke unseres Gesundheitswesens wesentlich mitbestimmen.

In grösseren Agglomerationen und Städten gilt es, die steigende Anzahl von Patienten, die sich selbst an Spitalnotfallstationen zuweisen, zu reduzieren und sie von Grundversorgern behandeln zu lassen. Durch eine Aufteilung der Kompetenzen könnte dieses Ziel erreicht werden: Mit Grundversorgern, die die kontinuierliche Betreuung gewährleisten und solchen, welche die Notfalldienste abdecken. Geeignet wären unter anderem Institutionen wie Walk-In-Kliniken, den Notfallstationen vorgelagerte Praxisbetriebe oder ausreichend grosse Gruppenpraxen.

### Fundierte Lösungen

Die nun einjährige Erfahrung im City Notfall Bern, einer Walk-In-Einrichtung, zeigt, dass die Patienten zwei klare Bedürfnisse bei der ambulanten Versorgung haben. Sie möchten im Fall einer Langzeiterkrankung kompetent betreut werden und wünschen gleichzeitig eine Anlaufstelle für akute Probleme, die sie noch am selben Tag aufsuchen können. Grundversorgerpraxen, die mit einer nach Grundversorgerprinzipien geführten Walk-In-Station zusammenarbeiten, können in einer Agglomeration genau diese Bedürfnisse zufriedenstellend abdecken.

Die aktuelle Situation im Notfallwesen verlangt nach baldigen, aber fundierten Lösungen. Grundsätzlich ist darauf zu achten, dass das Unternehmen Grundversorgung und die Marke Hausarzt durch das Abtreten von Kernkompetenzen nicht demontriert werden. Neue Wege und Ideen und eine gemeinsame Umsetzung derselben sollen die Basis für eine erfolgreiche Zukunft legen. ■

**Autor:**

**Dr. med. Daniel Flach**

Medical Manager FH

Leitender Arzt und Geschäftsführer

City Notfall AG Bern

Bubenbergrplatz 10, 3011 Bern

E-Mail: daniel.flach@citynotfall.ch

# Eine breit akzeptierte Einrichtung

**Seit vier Jahren gibt es im Luzerner Bahnhof eine Praxis für hausärztliche Notfälle, die rund um die Uhr geöffnet ist. Die bisherige Bilanz ist durchaus erfreulich, deckt doch die Permanence Luzern ein Bedürfnis von Patienten wie Ärzten ab. Doch gibt es auch kritische Stimmen.**

## Daniel Matter

Das Ziel der Permanence Luzern besteht darin, die Notfallstationen an öffentlichen Spitälern zu entlasten, eine günstige Patientenversorgung anzubieten, eine effiziente Triagestelle zu sein und die Hausärzte, besonders während Randzeiten, zu entlasten ohne sie dabei zu konkurrenzieren. Die Permanence ist zentral gelegen und mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar. Ein eigentliches Konzept für eine solche Einrichtung gibt es nicht. Eine erste, ähnliche Einrichtung wurde 1966 in Genf gegründet, später folgte Lausanne. Die erste Permanence der Deutschschweiz wurde vor acht Jahren in Zürich eröffnet. In anderen europäischen Ländern gibt es bereits ambulante Zentren, in denen Hausärzte ihren öffentlichen Notfalldienst leisten (Dänemark, Holland). Ähnliche Einrichtungen sind auch aus den USA und aus Deutschland bekannt.

## Der Beginn

Die Permanence Luzern wurde von September 2001 bis April 2002 vom Autor und dessen Ehefrau Myriam Matter (Dipl. Krankenschwester AKP) als Einzelfirma aufgebaut. Daniel Matter war zuvor als medizinischer Leiter einer HMO-Praxis in Luzern tätig, bereits dort tatkräftig unterstützt von seiner Frau. Im Sommer 2001 erfuhren sie von der Permanence am Hauptbahnhof Zürich. Da sich in der HMO-Praxis personelle Veränderungen abzeichneten, begannen sie, mit Hausärzten und Patienten der Region über eine Permanence Luzern am Bahnhof zu diskutieren. Dabei stellte sich heraus, dass eine solche Anlaufstelle sowohl aus der Sicht vieler Hausärzte wie auch von Seiten der Patienten ein grosses Bedürfnis darstellte.

Während der turbulenten Monate vor der Eröffnung im Mai 2002 konnte dank mehreren Darlehen von Freunden sowie einem Bankkredit eine 150 m<sup>2</sup> grosse Zone im Bahnhof-Shopping zu einer Notfallpraxis mit vier Sprechzimmern um-

**«Um diese Dienstleistung konsequent anbieten zu können, entschieden sich die Gründer für einen 24-Stunden-Betrieb.»**

gebaut werden. Zunächst waren Öffnungszeiten von 7.00 bis 23.00 Uhr nach Zürcher Vorbild geplant. Nach weiteren Gesprächen gab die Permanence Luzern den praktizierenden Ärzten die Möglichkeit, ihre



Daniel Matter

offiziellen Dienste gegen ein Entgelt an sie zu delegieren. Um diese Dienstleistung konsequent anbieten zu können, entschieden sich die Gründer für einen 24-Stunden-Betrieb.

## Der Erfolg

Das Permanence Medical Center Luzern betreut hausärztliche Notfallpatienten und die Ärzte rücken auch für Hausbesuche in der Stadt und Umgebung aus. Während der letzten vier Jahre hat sich die Permanence zu einer breit akzeptierten, halböffentlichen Einrichtung entwickelt. Mit über 25 000 Patientenkontakten pro Jahr ist sie die grösste Anlaufstelle der Innerschweiz im ambulanten Bereich. In der Permanence werden 94 Prozent der Patienten nach der Behandlung nach Hause entlassen, die restlichen 6 Prozent teilen sich auf in ambulante Zuweisungen an einen Spezialisten und stationäre Zuweisungen. Auch für die zahlreichen Touristen, die Luzern besuchen, ist die Permanence eine geeignete Anlaufstelle, wie

Rückmeldungen von Luzerner Hoteliers zeigen.

### Entlastung für die Notfallstationen

Wie sich die Anwesenheit der Permanence auf die Zahl der ambulanten Fälle im Kantonsspital Luzern auswirkt, lässt sich nicht genau feststellen. Bis jetzt stehen vom öffentlichen Spital keine Zahlen zur Verfügung, die eine mögliche Rückläufigkeit dokumentieren könnten. Doch lässt sich belegen, dass die ambulanten Patientenzahlen im kantonalen Spital Sursee in den letzten vier Jahren um 13 Prozent gestiegen sind, im Kantonsspital Luzern hingegen nur um 10 Prozent.<sup>1</sup> Hier zeigt sich möglicherweise indirekt der Einfluss der Permanence. Von der Leitung des Kantonsspitals wie auch von den Gesundheitsbehörden wird diese Entwicklung gegen aussen nicht kommuniziert. Jedoch haben Mitarbeiter der chirurgischen

«Unterstützt werden die Allgemeinärzte von drei Pädiatern und einem Chirurgen, die bei Bedarf in der Praxis mitarbeiten.»

wie auch der medizinischen Notfallstation am öffentlichen Spital wiederholt bestätigt, dass die Permanence Luzern ihre Notfallstationen deutlich entlastet. Die immense Aufbauarbeit der Praxis am Bahnhof hat in den letzten vier Jahren alle verfügbaren Kräfte derart gebunden, dass eine statistische Aufarbeitung des medizinischen Bereichs bisher nicht möglich war. Dabei spielen aber auch finanzielle Gründe eine Rolle. Ebenso musste die Klärung weiterer interessanter Fragen wie die des veränderten Patientenflusses oder vermuteter Einsparungsmöglichkeiten bis jetzt zurückgestellt werden.

### Aufbau und Organisation

Die Geschäftsleitung und Personalführung der Permanence haben die Begründer im Zweierteam übernommen, die medizinische Leitung obliegt einem Team aus drei fest angestellten Fachärzten und dem Autor. Diese sind unter anderem verant-

«Zurzeit delegieren rund 60 Hausärzte ihre Dienste an die Permanence Luzern, für sie bedeutet die Einrichtung eine willkommene Entlastung.»

wortlich für die Qualitätssicherung im ärztlichen Bereich, Planung und Durchführung der internen Fortbildungen, Dienstplan, Betreuung der angestellten Ärzte und die Redaktion des Permanence-Blauchbuchs. Eine Praxismanagerin (medizinische Praxisassistentin) kümmert sich um die grossen und kleinen Belange der Praxis und ist insbesondere für die Qualitätssicherung in den Bereichen Apotheke, Labor, Röntgen, EKG zuständig.

Das Ärzteteam besteht mittlerweile mehrheitlich aus Fachärzten für allgemeine Medizin. Zurzeit wird nur noch eine einzige Assistentenstelle (Praxisassistentenz) offen gehalten. Unterstützt werden die Allgemeinärzte von drei Pädiatern FMH und einem Chirurgen FMH, die bei Bedarf in der Praxis mitarbeiten. Während der Woche sind ein bis zwei Ärzte pro Schicht eingeteilt, an Wochenenden drei bis vier, und nachts ist immer ein Arzt anwesend. Am Empfang werden die Patienten hauptsächlich von Praxisassistentinnen betreut, manchmal auch von Pflegefachpersonen und Rettungssanitätern. Auch der Empfang ist durchgehend besetzt. Die Krankengeschichten werden vollständig elektronisch geführt. Nach jeder Konsultation erfolgt ein Brief an den Hausarzt mit Kopie an den Patienten. Der Brief signalisiert dem Patienten, dass er sich für die Nachkontrolle nicht mehr in der Permanence, sondern beim Hausarzt melden soll. Dieses Vorgehen hat

sich in den vergangenen vier Jahren bewährt.

### Zusammenarbeit mit Hausärzten

Zurzeit delegieren rund 60 Hausärzte ihre Dienste an die Permanence Luzern, für sie bedeutet die Einrichtung eine willkommene Entlastung. Doch wurde der Patientenstrom auch unfreiwillig Richtung Permanence gelenkt, das niederschwellige, zentrale Angebot wird besonders abends, nachts und an Wochenenden genutzt. Als Folge sehen die diensttuenden Hausärzte zu diesen Zeiten deutlich weniger Patienten als vor 2002. Jedoch erklärten viele Hausärzte in Gesprächen, dass die Permanence ihre Sprechstunden nicht negativ beeinflusse. Trotzdem, die Meinungen der Ärzte über die Notfallpraxis bleiben geteilt. Sie sind sich zwar einig, dass es eine solche Einrichtung braucht, mit den Konsequenzen können aber nicht alle gleich gut leben. Einhellig ist die Meinung allerdings während den 14 Wochen Schulferien: Die Permanence betreut dann etwa doppelt so viele Patienten wie üblich. Diese Art von Ferienvertretung wird von den Ärzten wie auch den Patienten begrüsst. Die meisten Patienten reagierten von Beginn mit wohlwollenden Rückmeldungen und die hohen Patientenzahlen spiegeln das grosse Bedürfnis nach einer solchen Einrichtung wieder.

### Bis zu 150 Patientenkontakte pro Tag

In der Permanence Luzern meldet sich etwa der gleiche Querschnitt an Patienten wie in öffentlichen Notfalldiensten: zur Hauptsache pädiatrische und internistische Notfälle sowie 20 bis 25 Prozent Unfälle. Im Übrigen wird das gesamte Spektrum der Allgemeinmedizin abgedeckt. Unter der Woche finden pro 24 Stunden 50 bis 80 Patientenkontakte statt, die meisten davon abends. Am Wochenende sind es zwischen 100 und 150 Konsultationen pro 24 Stunden. Zusätzlich melden sich viele Patienten telefonisch und erhalten eine kostenlose Beratung, die keine Konsultation zur Folge hat.

<sup>1</sup> Neue Luzerner Zeitung, 14.12.06, Jeder zweite Notfall ist keiner.

Kann ein Patient nicht selber in die Praxis kommen, rückt einer der Ärzte mit dem Permanence-eigenen Auto zu einem Hausbesuch aus. Der Radius beträgt etwa 15 Kilometer, meist ist die Strecke in maximal 15 Minuten zurückgelegt. Wird ein Hausbesuch aus einer Gegend verlangt, für welche die Permanence nicht delegiert wurde, erhält der Patient die Telefonnummer des zuständigen Dienstarztes. Ebenso vorgegangen wird, wenn Patienten anrufen, die eine Konsultation wünschen. Doch werden Patienten, die ohne telefonische Anmeldung vorbeikommen, nicht weggeschickt. Bei lebensbedrohlichen Notfällen in unmittelbarer Nähe der Permanence (Bahnhofareal, Schiffsanlegestelle, Areal des Kultur- und Kongresszentrums Luzern), rückt ein Team, bestehend aus einem Arzt und einer Empfangsmitarbeiterin unverzüglich zu Fuss aus, mit einem Notfallkoffer und einem automatischen Defibrillator. Gleichzeitig alarmiert das Team die Sanität, die dann meist in kürzester Zeit vor Ort ist.

### Zusammenarbeit und Kontakte

Mit der Sanität (Kantonsspital Luzern) besteht eine geschätzte und praktisch reibungslose Zusammenarbeit; es finden regelmässig Gespräche mit der Leitung statt. Auch mit dem ortsansässigen Privatspital, Hirslanden Klinik St. Anna, ist die Zusammenarbeit ausgezeichnet. Die Klinik baute unmittelbar angrenzend an die Permanence ein kleines Röntgeninstitut auf und installierte

**«Trotzdem, die Meinungen der Ärzte über die Notfallpraxis bleiben geteilt.»**

dort eine konventionelle, digitale Anlage. Auf diesem Gerät röntgt tagsüber die Klinik, während der übrigen Zeiten steht sie der Permanence zur Verfügung. Fünfmal wöchentlich werden sämtliche Permanence-Röntgenbilder durch die Radiologen der Klinik befundet. Der Klinikdirektor und die Geschäftslei-

tung der Permanence treffen sich regelmässig zu Sitzungen, zudem führen die Ärzte der Klinik einen wesentlichen Teil der Fortbildungen für Permanence-Ärzte durch.

Mit der Direktion des Kantonsspitals Luzern fanden bisher keine direkten Kontakte statt, doch wurden bereits Gespräche mit Chefärzten geführt und einige von ihnen bestrit-

**«Kritische Stimmen können dabei oftmals positiv umgesetzt werden, was sich wiederum auf die Qualität auswirkt.»**

ten auch schon Fortbildungen für die Ärzte der Permanence. Der Austausch mit der kantonalen Ärztesellschaft wurde intensiviert und seit kurzem hat ein Mitglied der medizinischen Leitung der Permanence Einsitz in der kantonalen Notfalldienstkommission. Zudem beteiligt sich die Permanence nach Möglichkeit an der geplanten Reorganisation des Notfalldienstes.

### Qualitätssicherung

Obwohl bis jetzt noch keine Zertifizierung durch eine anerkannte Organisation erfolgte, wird eine konsequente, aufwändige Qualitätssicherung auf den verschiedenen Stufen betrieben. So finden beispielsweise intern regelmässig Fortbildungen für die medizinischen Praxisassistentinnen und für die Ärzte statt. Auf ärztlicher Seite gibt es zudem seit neuestem einen Journal Club (gemeinsame Aufarbeitung von relevanten medizinischen Artikeln). Weiter müssen die Ärzte mindestens die von der SGAM<sup>2</sup> vorgeschlagenen fachlichen Fortbildungsstunden inklusiv Selbststudium vorweisen. CIRS<sup>3</sup>-Fälle (kritische Zwischenfälle) werden im ganzen Team intensiv diskutiert.

Als wesentlichen Punkt zur Qualitätsoptimierung der Praxis versteht die Geschäftsleitung eine nachhaltige Personalführung. Hier haben

sich regelmässige Sitzungen mit den einzelnen Teams bewährt. Bei diesen Aussprachen wird auf hohe Transparenz und Offenheit geachtet, auch vonseiten der Geschäftsleitung den Mitarbeitern gegenüber. Ausserdem wird der Verbesserung der Arbeitsbedingungen vor allem während der Randzeiten eine hohe Priorität eingeräumt. Ebenso wird ein reger, konstruktiver Austausch mit Hausärzten, Ärztesellschaft, Spitälern und nicht zuletzt mit den Patienten der Region gepflegt. Kritische Stimmen können dabei oftmals positiv umgesetzt werden, was sich wiederum auf die Qualität auswirkt. Ein Beispiel dafür sind Rückmeldungen von Hausärzten zu fachlichen oder organisatorischen Themen, die meist im Ärzteteam diskutiert und nach Möglichkeit auch konsequent umgesetzt werden. ■

**Autor:**  
**Dr. med. Daniel Matter**  
FMH Allgemeine Medizin  
Permanence Luzern  
Rail City  
6003 Luzern  
E-Mail:

d.matter@permanence-luzern.ch

<sup>2</sup> Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Medizin

<sup>3</sup> Critical Incident Reporting Systems

# Ambulante Notfälle an das Spital delegieren

**Eine gute Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen Arztpraxen und Regionalspital ist für einen optimalen Nutzen für die Patienten grundlegend wichtig, ermöglicht aber besonders in der Notfallversorgung starke Synergien. Am Beispiel des Bezirks Zurzach wird die Neuorganisation eines regionalen ärztlichen Notfalldienstes aufgezeigt.**

**Reinhard Hauswirth**

**F**ür den regionalen ärztlichen Notfalldienst besteht im Bezirk Zurzach seit jeher eine verpflichtende Organisation von Donnerstag 12.00 bis Freitag 7.00 Uhr und von Samstag 12.00 bis Montag 7.00 Uhr. Während der übrigen Zeit betreut der jeweilige Hausarzt seine Patienten rund um die Uhr. Eine konstante Notfallnummer (0900...) wird vom jeweiligen Dienstarzt auf sein Telefon umgeleitet, am Ende der Dienstzeit auf eine Combox mit Verweis auf den Hausarzt zurückgestellt.

Durch die häufige und rasche Migration der Bevölkerung und durch den Umstand, dass viele Leute Wohnort und Arbeitsort getrennt haben, fehlt vielen Bewohnern der Region eine feste Hausarztbindung. Vermehrt bedienen Hausärzte abends

und nachts ihr Telefon nicht mehr. So stellt sich für viele die Frage: Wohin wende ich mich bei notfallmässigen gesundheitlichen Störungen ausserhalb der Praxisöffnungszeiten? Welcher Arzt ist für mich zuständig, wenn ich keinen festen Hausarzt in der Wohnregion habe? Welcher Arzt ist für Kinder zuständig, die vom Pädiater betreut werden?

Viele Patienten fanden eine Lösung, indem sie das Regionalspital Leuggern aufsuchten, ein ausschliessliches Belegarztspital mit Assistenzärzten, die vom Spital angestellt sind. Dieses Verhalten der Notfallpatienten konnte teilweise auch während der organisierten Notfalldienstzeit beobachtet werden, sodass Notfallkonsultationen in der diensthabenden Praxis abnahmen. Dies wiederum führte zu Konflikten mit den praktizierenden Ärzten.

Sowohl Patienten wie auch die praktizierenden Ärzte äusserten ihre Unzufriedenheit. Eine Änderung im ärztlichen Notfalldienst drängte sich auf.

## Zwei Varianten für die Neuorganisation

Eine Problemanalyse, durchgeführt durch den Bezirksarzt, der auch zuständig ist für die Planung des Notfalldienstes, führte zu zwei möglichen Lösungsansätzen:

1. Der Notfalldienst wird während der ganzen Woche verpflichtend organisiert und betreut alle Notfallpatienten rund um die Uhr.
2. Der sich abzeichnende Trend bei den Notfallpatienten wird ins Konzept aufgenommen, sodass die ambulanten Notfälle ans Spital delegiert werden und der Dienstarzt zuständig ist für Hausbesu-



Reinhard Hauswirth

che, Einsätze vor Ort ausserhalb des Spitals und Todesfälle. Für die Assistenzärzte ist der Dienstarzt als Konsiliarius für unklare Fälle telefonisch erreichbar. Ein Einsatz des Dienstarztes auf der Notfallstation ist in ausserordentlichen Situationen möglich.

Die Variante 1 wurde vom Ärztebezirksverband klar abgelehnt mit der Begründung, die daraus erwachsende Mehrbelastung sei unzumutbar. Dies auch im Hinblick auf die überregionale Situation, wo das Durchschnittsalter der Praktiker bald die 60-Jahr-Grenze erreichen wird. Nach längerer Diskussion wurde die Variante 2 als überzeugend angenommen. Dabei hatten folgende Argumente Gewicht:

■ Die Notfalltelefonnummer kann an die Notfallstation des Spitals geleitet werden, die dann als Triagestelle und Callcenter funktioniert. Störungen durch Anrufe von Hotline-Benutzern (nur Informationen erwünscht) werden für die Ärzte vermieden. Sie werden nicht mehr als Telefonisten eingesetzt, was tatsäch-

lich eine Fehlbeanspruchung der ärztlichen Ressourcen bedeutet hatte. Das Spital übernimmt ambulante Notfallpatienten, bietet bei Bedarf den Dienstarzt für Einsätze vor Ort auf und für die Assistenzärzte ist der Dienstarzt jederzeit für konsiliarische Beratungen oder in ausserordentlichen Situationen telefonisch erreichbar.

■ Der Standort des Spitals ist allgemein bekannt und gut beschildert. Das Aufsuchen von unbekanntem und schwer zu findenden Praxisstandorten entfällt, der Zugang zur Notfallbetreuung wird vereinfacht.

■ Die heutigen Standards der Notfallmedizin verlangen eine jederzeit verfügbare Infrastruktur mit personellen und technischen Mitteln (mindestens Labor, Röntgen, EKG), die der einzelne Dienstarzt in Randzeiten und nachts nicht gewährleisten kann, die in einem Spital jedoch sowieso aufrechterhalten werden.

■ Für den Dienstarzt ergibt sich eine wertvolle Flexibilität: er bleibt verantwortlich für die Umleitung der Notfalltelefonnummer, er kann sie, muss aber nicht, auf die Notfallstation des Spitals leiten oder auf seine Praxis, je nach Bedarf auch nur zu bestimmten Zeiten (zum Beispiel tagsüber in die Praxis, nachts ins Spital).

### Erfahrungen

Der Notfalldienst gemäss Variante 2 funktioniert seit Juli 2005 zur vollen Zufriedenheit aller Beteiligten. Die Dienstärzte können entlastet werden, soweit sie das wünschen, das Spital kann seine Infrastruktur besser auslasten. Dabei entstehen keine Mehrkosten, da die delegierenden Dienstärzte auf ihr Honorar aus den Notfallbehandlungen verzichten. Wenn ambulante Notfallpatienten im Spital behandelt werden, entsteht gerne der Eindruck, diese Behandlungen würden durch Mehrleistungen teurer als beim Grundversorger. Wir versuchen in unseren Meetings mit allen Beteiligten dies zu verhindern, indem wir einzelne Rechnungen mit dem, was der Grundversorger auch verordnet und verrechnet hätte, vergleichen. So wollen wir eine Überbehandlung von Notfallpatienten verhindern.

Statistische Zahlen, die repräsentativ wären, haben wir jedoch keine. Wir Praktiker sind sehr daran interessiert, die Notfallbehandlungskosten auch im Spital niedrig zu halten, da diese ja für die Netzwerkpatienten dem jeweiligen Hausarzt aufgerechnet werden.

Die Patienten schätzen die telefonische Betreuung durch das Pflegeteam der Notfallstation rund um die Uhr und den erleichterten Zugang ins Spital. Die Assistenzärzte wiederum schätzen die vermehrte Verantwortung und die bereichernden Erfahrungen durch mehr Patientenkontakte sowie die bessere Vernetzung mit den Dienst- und Hausärzten.

Die Finanzierung erfuhr keine Änderung: die Leistungen der Spitalärzte werden durch das Spital verrechnet, diejenigen des Dienstarztes durch ihn selbst. Die Grundbesoldung des Dienstarztes für seine Präsenz ist, wie in der ganzen Schweiz, eine offene Frage.

Eine Qualitätskontrolle findet durch regelmässige Meetings (fakultativ für alle Beteiligten) von Hausärzten, Pflegepersonal der Notfallstation, Assistenzärzten und der Spitalverwaltung statt. Anfänglich fanden diese Meetings monatlich, jetzt alle drei Monate statt. Sie dienen dem Erfahrungsaustausch und zur Besprechung interessanter oder unbefriedigender Fallbeispiele. Unbefriedigende Verläufe von Patientenbehandlungen oder anderweitige Reklamationen können dem Organisator des Notfalldienstes (Haus- und Bezirksarzt) anonym gemeldet werden.

### Fazit

Durch dieses neue System konnten viele Synergien geschaffen und zahlreiche Doppelspurigkeiten beseitigt werden. Zudem gelang es, die Vernetzung der Spitalassistenten mit den Praktikern zu verbessern. Es bestehen aber noch einige Verbesserungsmöglichkeiten: Der ärztliche Notfalldienst müsste die ganze Woche abdecken, um auch Patienten ohne feste Hausarztverankerung in der Region jederzeit rasche und klare Hilfe mit klaren Zuständigkeiten gewährleisten zu können. Die

unterschiedliche medizinische Erfahrung der Spitalassistenten muss durch ein interkollegiales Teaching ausgeglichen und stetig verbessert werden. Eine Überversorgung von ambulanten Notfallpatienten im Spital muss durch eine kontinuierliche kritische Begleitung aller Beteiligten an den erwähnten Meetings verhindert werden. ■

Autor:

**Dr. med. Reinhard Hauswirth**

Facharzt für Allgemeine Medizin  
FMH mit eigener Praxis  
Bezirksarzt Bezirk Zurzach/Aargau  
Belegarzt ASANA Spital Leuggern  
Oelhofstrasse 377  
5325 Leibstadt  
E-Mail: reinhard.hauswirth@hin.ch

# Vier Managed-Care-Organisationen – vier Notfalldienst-Lösungen

## Notfalldienst im Aargau: historisch gewachsen, aber unzeitgemäss

**Heinrich Zürcher**

**D**as kantonale Gesundheitsgesetz schreibt der Ärzteschaft einen Notfalldienst vor. Die Hausärztinnen und Hausärzte tragen diesen Notfalldienst mehrheitlich. Die Organisation eines eigenen Notfalldienstes für die Managed-Care-Versicherten stand für argomed nie zur Diskussion.

Gesetzlich ist der kantonale Ärzteverband zuständig, der die Umsetzung den regionalen Ärztevereinen übertragen hat. Über Jahrzehnte historisch gewachsen, haben sich regional völlig unterschiedliche Organisationsformen herausgebildet. Bevölkerungsreiche Bezirke haben sich in mehrere Notfallregionen aufgeteilt, die sich wiederum autonom organisieren.

Die meisten Notfalldienste decken das ganze Jahr ab, während einzelne Bezirke nur die Donnerstage, Samstage, Sonntage und Feiertage abdecken. Der Notfallarzt ist nicht unter einer kantonal einheitlichen Telefonnummer erreichbar. Auch hier hat jede Notfallregion ihr eigenes System. Das unflexible System einer gedruckten Notfallliste mit Publikation in der regionalen Presse weicht zunehmend einer Notfalltelefonnummer. Voraussetzung ist, dass die regionale Notfallnummer hilfesuchenden Patienten bekannt ist. Wenn nötig, helfen die Anrufbeantworter der Hausärzte oder die Telefonauskunft weiter. So schwierig die Organisation des Notfalldienst zu erklären ist, so wenig durchschaubar ist sie für die Bevölkerung. Die Patienten sind zudem mobiler geworden, sie suchen verschiedene Hausärzte auf, je nach-

dem wo sie gerade Hilfe benötigen. Das kann am Wohnort oder am Arbeitsort sein, oder auch in einer Permanence unterwegs. Migranten, aber auch junge Einheimische kennen unser hausärztliches Notfallsystem nicht und suchen grundsätzlich als Walk-In-Patienten die nächste Notfallstation auf. Aufklärungskampagnen über den Notfalldienst sind auch im Aargau gescheitert. Teure Behandlungen in den Notfallstationen und der Missbrauch der Notfallressourcen sind die Folge.

### Ungeliebte Pflicht, ungenügende Entschädigung

Der Notfalldienst ist für die Ärzte zu einer ungeliebten Pflicht geworden. Der Notfalldienst dauert unabhängig von der Organisationsform überall 24 Stunden ohne Unterbruch, manchmal an mehreren Tagen hintereinander. Die Organisation des Notfalldienstes stammt aus einer Zeit, als der Arztberuf bezüglich Ansehen und Einkommen noch attraktiv war. Die Quersubvention aus gut bezahlten Tätigkeiten findet nach vielen Jahren ohne Teuerungsausgleich und besonders beim minutiös berechneten Tarmed-Tarif nicht mehr statt. Auch ist die Zahlungsmoral der Patienten im Notfalldienst schlecht geworden. Teure Patienten werden deshalb gerne an die nächste öffentliche Notfallstation weiter gewiesen. Obwohl der Kanton gesetzlich zum Notfalldienst verpflichtet ist, entschädigt er diese Leistung nicht.

Die meisten Hausärzte sind ausserdem über 50 Jahre alt und die Altersgrenze für den Notfalldienst liegt bei 55 oder 60 Jahren. Die jüngeren Hausärzte werden immer mehr Not-



Heinrich Zürcher

falldienst leisten müssen. Neue Lösungen sind erforderlich.

### Keine Standardisierung, keine spezifische Qualitätskontrolle

Die Strukturqualität ist gegeben durch die Vorschriften über Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzte und über die Qualitätskontrollen in den Praxen. Für den Notfalldienst gibt es keine bindenden Checklisten oder Guidelines. Je nach ihrer Fachrichtung sind die Ärzte auch nicht alle Tätigkeiten gewohnt. Der Outcome wird nicht gemessen. Reklamationen aus der Bevölkerung oder negative Rückmeldungen von den Spitälern sind jedoch sehr selten. ■

**Autor:**

**Dr. med. Heinrich Zürcher**

Verwaltungsratsmitglied und Mitglied der Geschäftsleitung der argomed Ärzte AG  
Täferstrasse 16  
5405 Baden-Dättwil  
E-Mail: Heinrich.Zuercher@hin.ch



## PizolCare: täglich wechselnder Notfallarzt

### Telemachos Hatzisaak

Die PizolCare AG ist eine Managed-Care-Organisation im südlichen Teil des Kantons St.Gallen und vereinigt etwa 100 Hausärzte, Spezialisten und Spitalärzte der Bezirke Werdenberg und Sarganserland. Zuständig für die Organisation des regionalen, ambulanten ärztlichen Notfalldienstes ist jedoch nicht die PizolCare, sondern der Ärzteverein Werdenberg/Sargans. Alle Mitglieder der PizolCare sind auch Mitglieder des Ärztevereins.

### Tagesdienst-Rotationssystem mit «One Number»

Im Januar 2005 hat der Ärzteverein den Notfalldienst grundlegend reformiert: In der ganzen Region wurde flächendeckend ein Tagesdienst-Rotationssystem (täglich wechselnder Notfallarzt) eingeführt. Die Region umfasst zirka 60 000 Einwohner und ist in vier Dienstkreise mit maximalen Einsatzdistanzen von bis zu 20 km eingeteilt, in denen sich jeweils 9 bis 15 Ärzte den Dienst teilen. Unter den insgesamt 45 dienstpflichtigen Ärzten sind acht Spezialisten, die übrigen sind Grundversorger.

Die Dienstplanung obliegt den Amtsärzten der Bezirke Werdenberg und Sarganserland. Sie basiert auf dem äusserst hilfreichen Online-Dienstplanungsprogramm docbox<sup>®</sup> [1]. Erreichbar sind die Dienstärzte

der vier Dienstkreise ganztägig (24 h) über je eine 0900-er Nummer. Das Tagesdienst-Rotationssystem hat sich bestens bewährt. Die beteiligten Grundversorger sagten ein Jahr nach Einführung, dass sie damit zufrieden seien (90%), mehr pikettfreie Freizeit (75%) und mehr Lebensqualität (65%) hätten (siehe *Abbildung*). Das Online-Dienstplanungsprogramm docbox<sup>®</sup> ist gut akzeptiert und die neuen 0900-er Notfall-Nummern sind einfach zu bedienen [2]. Auch die Patienten haben die «One Number» wohlwollend aufgenommen.

Die Dienstkreise (ländliche bis halbstädtische Gegend) sind mit 9 bis 15 Ärzten eher unterdotiert. Unseres Erachtens wären zirka 15 bis 20 Ärzte pro Dienstkreis ideal, würde dies doch mit maximal zwei Notfalldiensten pro Monat eine geringe Pikettdienst-Belastung für den Einzelnen darstellen (18–24 Dienste pro Jahr). Dank der Neuorganisation ist der regionale Notfalldienst jedoch nicht mehr bedroht.

### Finanzierung und Qualität

Der Notfalldienst wird durch die Einnahmen aus den Gebühren der 0900-er Nummern (mit 1 Franken/min aus sozialen Überlegungen bewusst tief angesetzt) finanziert sowie durch die jährlichen Ersatzabgaben von Kollegen, welche vom allgemeinen Notfalldienst dispensiert sind (1500 Franken bei vollem Arbeitspensum). Der Notfalldienst ist bereits selbsttragend. Allfällige Ertragsüberschüsse werden für Vereinsaktivitäten verwendet (z.B. Notfallkurse).

Es besteht kein eigentliches Qualitätssicherungsinstrument für den Notfalldienst in unserer Region. Die Qualität wird allerdings indirekt beurteilt:

■ Die Mitglieder des EQUAM-zertifizierten Ärztenetzwerkes PizolCare führen alle drei Jahre standardisierte Patientenumfragen durch, in denen



Telemachos Hatzisaak

auch die notfallärztliche Betreuung thematisiert wird. In den Qualitätszirkeln fliessen zudem Meinungen und Vorschläge der Patienten ein.

■ Die Ärzte werden jährlich zur Effizienz des Tagesdienst-Rotationssystems und zur Arbeits- und Lebensqualität befragt.

Einmal jährlich finden ganztägige Notfallkurse mit Übungen statt, welche vom Ärzteverein organisiert werden. Eine «Arbeitsgruppe Notfalldienst» des Ärztevereins Werdenberg/Sargans begleitet zudem das neue System. ■

Autor:

**Dr. med. Telemachos Hatzisaak**

Hauptstrasse 12  
9477 Trübbach

E-Mail:

telemachos.hatzisaak@hin.ch

Internet: www.pizolcare.ch

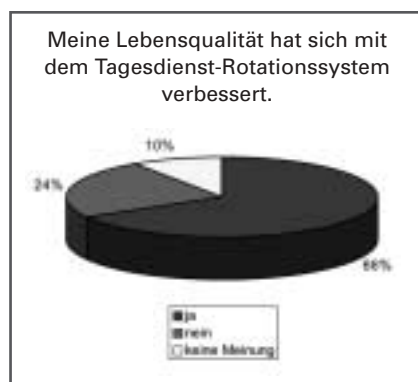


Abbildung: Umfrage Lebensqualität bei den Hausärzten

### Literatur:

1. Ronalter D, Castelberg U, Willi O. Ärztliche Notfalldienstplanung mit dem Internet. Schweiz Ärztezeitung, 2004; 85, Nr. 10: 509–11.
2. Hatzisaak T, Gehler A. Reform des ärztlichen Notfalldienstes in den Bezirken Werdenberg und Sarganserland. Analyse einer Umfrage unter beteiligten Grundversorgern. PrimaryCare, 2006; in press.

1 Ärzte ab dem 60. Altersjahr und Spezialisten mit über 15-jähriger Spezialarztstätigkeit können sich vom Notfalldienst teilweise dispensieren lassen.

## Hausärztenetz Réseau Delta in Genf: Notfallzentrum und kantonales Notfallnetz

**Philippe Schaller,  
Marc-André Raetzo**

Das Hausärztenetz Réseau Delta in Genf ist das grösste Managed-Care-Netz in der Schweiz. Über 100 Ärzte (für Allgemeine oder Innere Medizin) decken das ganze Kantonsgebiet ab und versorgen ungefähr 20 000 Versicherte im Capitation-Modell. Die Notfälle und die Konsultationen ohne Voranmeldung verantwortungsvoll abzuwickeln hat uns vor einige Kommunikations- und Organisationsprobleme gestellt. Es liegt in der Verantwortung des Ärztenetzes, ein sicheres Vorgehen zu bestimmen und die Versicherten präzise über die Notfallkonsultationen zu informieren. Heute hat das Réseau Delta die Notfallversorgung wie folgt geregelt:

### Für die Patienten

Die Patienten werden dreimal in Folge über das Vorgehen bei einem Notfall informiert: Bei einem Notfall wendet sich der Patient an seinen Hausarzt oder dessen Stellvertreter. Wenn diese beiden nicht erreichbar sind, kann sich der Patient an das Notfallzentrum wenden. Dieses Notfallzentrum ist täglich 24 Stunden offen (365 Tage) und ist das Bezugszentrum des Réseau Delta. Bei schwerwiegenden Symptomen wie zum Beispiel Brustschmerzen soll der Patient die kantonale Notfallnummer 144 anrufen.

### Für die Ärzte

Während der regulären Arbeitszeit kümmern sich die Ärzte um die Notfälle. Ausserhalb ihrer Arbeitszeit müssen die Ärzte die Patienten darüber informieren, wer im Netz für einen Notfall zuständig ist.

### Für das Notfallzentrum «Groupe Médical d'Onex»

Das Notfallzentrum übernimmt alle 24-h-Notfälle des Réseau Delta sowie die telefonischen Anrufe. Die technische Ausstattung und die

Ausbildung der Notfallärzte (Weiterbildung) im Notfallzentrum garantieren die Sicherheit und die Qualität der Notfallversorgung der im Netz Versicherten. Das Notfallzentrum ist Teil des Genfer Notfallnetzes.

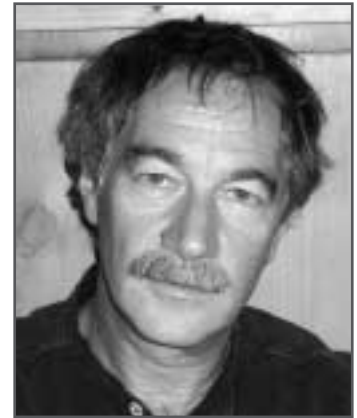
### Für die Versicherungspartner

Notfallbehandlungen, bei welchen das vom Netz vorgeschriebene Vorgehen eingehalten wurde, werden vom Versicherer administrativ weiterverarbeitet. Wenn der Vorgehensweise nicht entsprochen wurde, schickt der Versicherer die Rechnung dem verantwortlichen Arzt des Ärztenetzes. Dieser analysiert die Umstände, die zur Notfallkonsultation geführt haben. Gegebenenfalls kontaktiert er den behandelnden Arzt des Patienten. Dieser informiert dann den Patienten ausführlicher und/oder ergreift eine Präventionsmassnahme.

### Schlussfolgerung

Es sind nicht die schweren medizinischen Notfälle, welche finanzielle und organisatorische Probleme bereiten. Der Kanton Genf hat ein formelles Notfallnetz zwischen den verschiedenen grossen medizinischen Institutionen aufgebaut, mit einer gemeinsamen Notfallnummer 144 und einer Notfallzentrale. Die Zentrale verteilt die Notfälle nach bestimmten Kriterien. Für die kleineren «Notfälle» verfügt das Réseau Delta über die oben beschriebene eigene Organisation.

Problematisch sind Notfallkonsultationen, die aufgrund von Unsicherheit, Unwohlsein oder der Gewohnheit, sofort einen Arzt aufzusuchen, zustande kommen. Gemessen an der vorliegenden medizinischen Störung verursachen diese Hausbesuche oder Konsultationen von Notfallstationen/-zentren viel zu hohe Kosten. Das Réseau Delta geht dieses Problem von zwei Seiten an: Einerseits versuchen wir, Patienten mit Krankheiten, die entgleisen können, und deren Angehörige besser zu beglei-



Philippe Schaller



Marc-André Raetzo

ten, besser zu informieren und im Umgang mit ihrer Krankheit besser zu schulen, damit Notfallsituationen gar nicht entstehen oder rasch richtig gehandelt wird. Andererseits trägt eine gut vernetzte Organisation im ambulanten Bereich dazu bei, dass die Versorgung koordiniert ist und Brüche vermieden werden. ■

**Autoren:**

**Dr. med. Philippe Schaller  
Dr. med. Marc-André Raetzo**

Groupe Médical d'Onex

3 Route de Loëx

1213 Onex

E-Mail:

philippe.schaller@bluewin.ch

**Übersetzung aus dem Französischen:**

**Brigitte Casanova**

Redaktion «Managed Care»

## HMO Sanacare Bern: praxisinterner Notfalldienst

**Marc Jungi**

In der HMO-Praxis der Sanacare Bern arbeiten sechs vorwiegend in der Grundversorgung tätige ÄrztInnen. Das Praxisteam betreut nebst den gut 5000 Versicherten des HMO-Modells auch gegen 2000 PatientInnen, die uns als ihre Hausärzte gewählt haben. Seit knapp zehn Jahren organisieren wir einen praxisinternen Notfalldienst, der durch die ÄrztInnen des Teams geleistet und bis auf wenige Ausnahmen während 365 Tagen im Jahr über 24 Stunden aufrechterhalten wird. Die Dienstperiode beträgt eine Woche, wobei der Dienstarzt auch für die Samstagssprechstunde verantwortlich zeichnet. Alle ÄrztInnen unserer Gruppenpraxis beteilig(t)en sich ausserdem am städtischen Notfalldienst. Die Erreichbarkeit des Dienstarztes wird über das Praxisanruftelefon gewährleistet. Dessen Nummer wird auf dem Band des Anrufbeantworters der Praxis kommuniziert, steht an prominenter Stelle auf der Terminkarte, ist Bestandteil einer Notfallkarte und kann der Praxisbroschüre entnommen werden. Ebenfalls leiten Medphone (Triagestelle des städtischen Notfalldienstes) und der City-Notfall (Walk-In-Klinik im gleichen Gebäude) Anfragen unserer PatientInnen direkt an uns weiter.

### Zufriedene ÄrztInnen, zufriedene PatientInnen

Obwohl der zeitliche Aufwand für die ÄrztInnen des Teams beträchtlich ist (etwa zehn Dienstperioden pro Jahr) können wir uns eine nach-

haltige Versorgung unserer PatientInnen ohne den internen Dienst nicht vorstellen. Wir sind uns auch einig, dass die Notfalldienste unsere

«Wir sind uns auch einig, dass die Notfalldienste unsere hausärztliche Kompetenz steigern.»

hausärztliche Kompetenz steigern. Die Kompensation für die Ärzteschaft erfolgt mittels zusätzlicher Ferienwoche und finanzieller Beteiligung an den erbrachten Leistungen gemäss TarMed-Abrechnung. Die Zufriedenheit unserer PatientInnen mit der Notfallbetreuung wird

«Die Auswertungen der Patientenfragebogen haben bestätigt, dass die gute Erreichbarkeit eines vertrauten Arztes im Notfall einem echten Patientenbedürfnis entspricht.»

mittels Fragebogen alle zwei Jahre ermittelt. Das ganze Praxisteam absolviert zudem zweimal jährlich eine theoretische und praktische Reanimationsfortbildung (Herzmassage, Beatmung). Die Auswertungen der Patientenfragebogen haben bestätigt, dass die gute Erreichbarkeit



Marc Jungi

eines vertrauten Arztes im Notfall einem echten Patientenbedürfnis entspricht und diese Dienstleistung als ausgezeichnete Visitenkarte unserer Praxis wahrgenommen wird. Wöchentliche Rapporte mit Patientenbesprechungen einerseits und auf die Krankengeschichten zurückgreifen zu können andererseits ermöglichen es uns DienstärztInnen, die Notfälle umfassend zu beurteilen. Dies hat eine effizientere Steuerung (häufig auch telefonisch) mit Reduktion der Kosten zur Folge, da in der Notfallsituation deutlich weniger Abklärungen und Hospitalisationen vorgenommen werden müssen. ■

**Autor:**

**Dr. med. Marc Jungi**

Leiter Sanacare HMO-Praxis

Bubenbergplatz 10

3011 Bern

E-Mail: marc.jungi@sanacare.ch

# Qualität gibt es nicht umsonst

**Das Notfallzentrum am Inselspital in Bern setzt sich seit fünf Jahren für Qualitätsmanagement ein. Ziele sind eine höchstmögliche Patientenzufriedenheit, eine hohe Motivation der Mitarbeitenden sowie eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Hausärzten.**

**Felix Nohl**

Der Begriff «Qualität» ist förmlich zum Modewort verkommen. In jeder namhaften Firma gibt es sogenannte Qualitätsbeauftragte, die sich um die Qualitätsstandards kümmern. Es erstaunt also nicht, dass der Begriff vor einiger Zeit und zu Recht auch in der Medizin Einzug gehalten hat. Mehr noch, seit gut zehn Jahren ist im KVG (Art. 56 und 58) verankert, dass öffentliche Leistungserbringer<sup>1</sup> der Qualitätssicherung verpflichtet sind. Der Soziologe und Begründer der Qualitätsforschung im Gesundheitswesen, Avedis Donabedian (1919–2000), definierte Qualität in der Medizin wie folgt: «Die Qualität ist der Umfang des Erfolges, der unter optimalen Verhältnissen und vertretbaren Kosten tatsächlich zu erreichen ist» [1].

<sup>1</sup> Die gewählte männliche Form gilt in gleichem Mass für beide Geschlechter.

## Messen – Verbessern – Messen

Das Notfallzentrum des Inselspitals hat sich zum Thema Qualität in der Notfallversorgung erstmals im Rahmen des Qualitätsmanagement-Projektes «emerge» Ende 2000 engagiert. An diesem national angelegten Projekt wurden Daten zur Patientenzufriedenheit, Prozesseffizienz und zur Sicherheit der Notfallbehandlungen erhoben. Basierend auf den ausgewerteten Patientendaten wurden strukturelle und organisatorische

«Gemäss den Erfahrungen im Notfallzentrum unterteilen Patienten die Qualität der gesamten Notfallbehandlung in eine Erlebnis- und eine Behandlungsqualität.»

Verbesserungen beim Behandlungsprozess realisiert. So konnte im Notfallzentrum zum Beispiel ein Informationskonzept (Patient – Arzt und teamintern) implementiert, und im Herbst 2003 ein Fast Track (Behandlung von Bagatellfällen) in Betrieb genommen werden. Im Jahr 2004 wurde eine dritte, identische Messung im Rahmen des kantonalen Projektes QABE (Qualitätssicherung und -förderung in der Akutversorgung im Kanton Bern) durchgeführt.

Qualitätsmessungen in der Notfallversorgung sind wichtig, sollten aber in ein Qualitätsmanagement-Projekt (Messen – Verbessern – Messen) eingebettet sein, damit die Messungen nicht zur Alibiübung entarten und nur «Datenfriedhöfe» produziert



Felix Nohl

werden. Damit Qualitätsmanagement einen angemessenen Rahmen erhält, müssen motivierte Mitarbeiter der jeweiligen Institution und eine initiative Spitalleitung Hand in Hand zusammenarbeiten. Dabei sollte letztere eine gewisse Investitionsbereitschaft signalisieren, denn Qualität gibt es nicht umsonst.

## Unterschiedliche Sichtweise

Welches sind die Bedürfnisse, respektive Ansprüche, welche die Patienten an eine Notfallbehandlung haben? Gemäss Claude Longchamp [2] erwarten die Bürger vom Gesundheitswesen allgemein eine hohe Qualität (nicht weiter definiert), eine ausreichende Quantität und tiefe Kosten. Dies scheint auf den ersten Blick unerreichbar und kommt einer Quadratur des Kreises gleich. Beim zweiten Hinsehen aber imponiert dieser Satz als hochgestecktes Ziel, auf welches man hinarbeiten sollte. Als solide Basis braucht es eine gute Arzt-Patient-Beziehung sowie ein hohes Mass an Eigenverantwortung und Gesundheitsbewusstsein von-

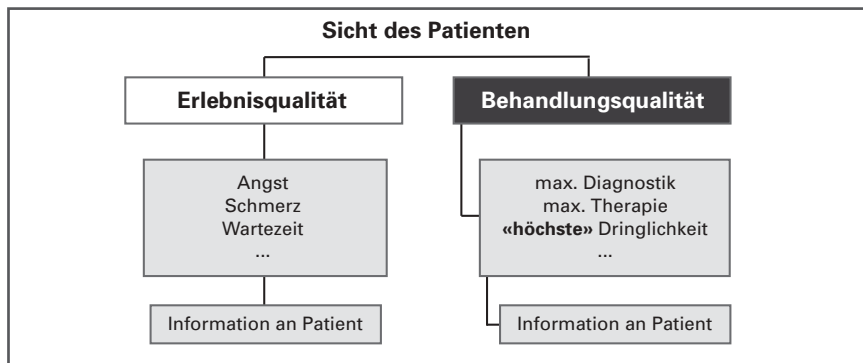


Abbildung 1: Qualität einer Notfallbehandlung aus der Sicht des Patienten

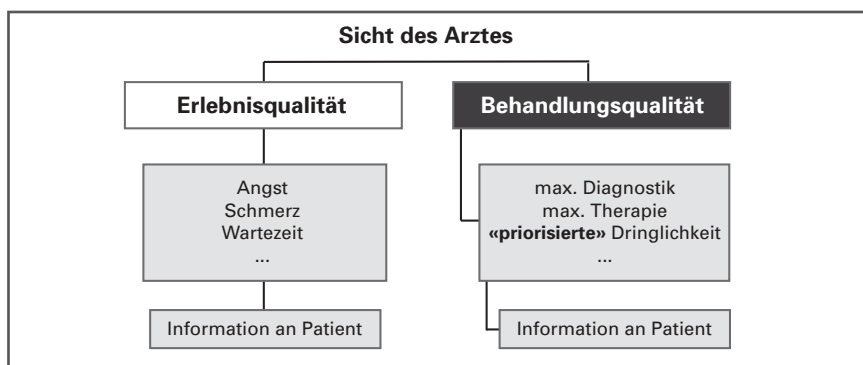


Abbildung 2: Qualität einer Notfallbehandlung aus der Sicht des Arztes

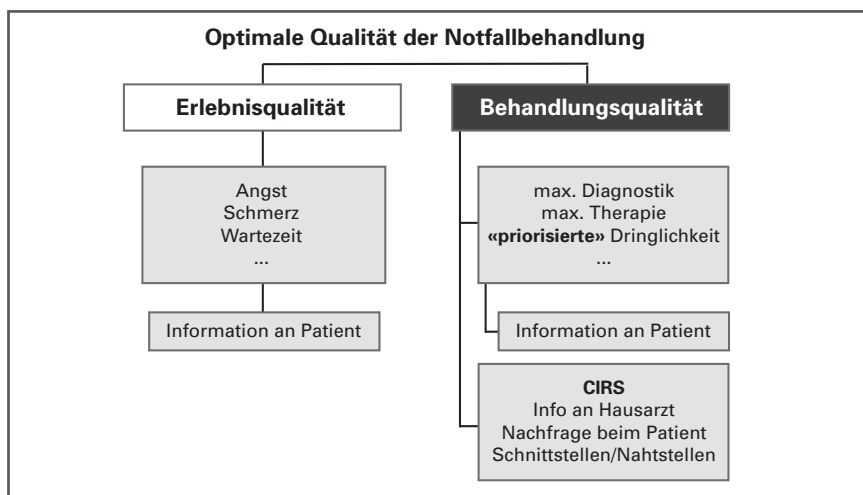


Abbildung 3: Angleichung der Sichtweisen von Patient und Arzt

seiten der Patienten. Gemäss den Erfahrungen im Notfallzentrum unterteilen Patienten die Qualität der gesamten Notfallbehandlung in eine Erlebnis- und eine Behandlungsqualität (siehe *Abbildung 1*).

In der Regel gewichten die Notfallpatienten beide Aspekte gleich stark. Bei der Erlebnisqualität stehen jedoch eher subjektive Aspekte der Be-

schwerden und das Erleben in der Notfallstation im Vordergrund, während die Behandlungsqualität an einer möglichst raschen und umfassenden Diagnostik gemessen wird. Informationen zur Erlebnisqualität müssen vom behandelnden Team häufig aktiv erfragt werden. Je nach verfügbarer Zeit besteht latent die Gefahr, diesen Aspekt zu vernachläss-

sigen. Bei der Behandlungsqualität möchte der Patient in der Regel die maximale Diagnostik möglichst rasch (höchste Dringlichkeit). Die Sicht des Arztes zur Qualität der Notfallbehandlung ist dabei grundsätzlich identisch (siehe *Abbildung 2*). Der Unterschied liegt in der Gewichtung der Erlebnis- und Behandlungsqualität. Dass der Arzt die Behandlungsqualität höher gewichtet, hat zwei Gründe: Der Arzt ist häufig für mehrere Patienten gleichzeitig zuständig und muss anhand der verfügbaren diagnostischen Mittel patientenspezifische Prioritäten setzen (priorisierte Dringlichkeit). Ausserdem haftet der Behandlungsqualität das Mysterium der Behandlungsfehler an. Fehldiagnosen oder verpasste Diagnosen können juristische Konsequenzen nach sich

«Basierend auf den ausgewerteten Patientendaten wurden strukturelle und organisatorische Verbesserungen beim Behandlungsprozess realisiert.»

ziehen. Dass auf Notfallstationen vermeidbare Behandlungsfehler oder «Beinahe-Behandlungsfehler» im Vergleich zu Normalstationen häufiger auftreten, ist bekannt [3]. Ebenso nimmt in überfüllten Notfallstationen mit zunehmender Komplexität der Fälle unter stetig wachsendem Zeitdruck die Fehleranfälligkeit zu [4]. Da bei der Notfallbehandlung das Wohl des Patienten zuoberst steht, ist der Arzt natürlich zu Recht auf eine höchste Behandlungsqualität bedacht.

Dieser Anspruch auf «Vollständigkeit» der Behandlung – sowohl vom Arzt getragen (möchte Behandlungsfehler vermeiden) wie auch vom Patienten gewollt (möchte maximale und sofortige Behandlung) – stösst unweigerlich auf Grenzen bei den apparativen und personellen Ressourcen. Der Zeitdruck und die Patientendichte nehmen dadurch weiter

zu, die potenzielle Fehleranfälligkeit steigt – der Circulus vitiosus wird Tatsache.

### Verbesserungspotenzial

Um die manchmal hoffnungslos überfüllten Notfallstationen zu entlasten, müssen Lösungen gefunden werden. Dabei besteht vor allem in folgenden drei Bereichen Verbesserungspotenzial:

- Kontakt zwischen Hausarzt und Notfallstation
- Kommunikation zwischen Arzt und Patient wie auch teamintern während der Notfallbehandlung
- Fehlermanagement.

Der zuweisende oder nachbetreuende Hausarzt sollte durchaus in den Behandlungsprozess einbezogen werden. Das können vereinbarte Nachkontrollen oder gegenseitiges Feedback zu Patientenbehandlungen oder zu nicht gestellten Diagnosen sein. Zwischen Hausarzt und Ärzten der Notfallstation soll eine konstruktive Kommunikationskultur entstehen, die den gegenseitigen Lernprozess fördert und nicht behindert [5].

Mit einer zielgerichteten und gut verständlichen Patienteninformation zur eigentlichen Notfallbehandlung und zu aktuellen Wartezeiten kann die Patientenzufriedenheit (Erlebnisqualität) massgeblich gesteigert werden. Von Bedeutung ist auch

**«Zwischen Hausarzt und Ärzten der Notfallstation soll eine konstruktive Kommunikationskultur entstehen, die den gegenseitigen Lernprozess fördert und nicht behindert.»**

das wiederholte Nachfragen nach vorhandenen Schmerzen oder nicht verbalisierten Ängsten während der Notfallbehandlung. Ebenso wichtig ist die Kommunikation innerhalb des Behandlungsteams, in die auch die beteiligten Spezialisten einbezogen werden. So können aus einer

Vielzahl von Schnittstellen funktionierende Nahtstellen entstehen.

### Die *Conditio sine qua non*

Das Fehlermanagement auf Notfallstationen ist erst rudimentär entwickelt. Nur wenige Notfallstationen der Schweiz verfügen über ein professionelles Critical Incident Reporting System (CIRS). Dabei könnten die Verbesserung der Fehlererfassung und die Vernetzung zwischen verschiedenen Notfallstationen die Fehlerhäufigkeit reduzie-

**«Von Bedeutung ist auch das wiederholte Nachfragen nach vorhandenen Schmerzen oder nicht verbalisierten Ängsten während der Notfallbehandlung.»**

ren wie auch den Schweregrad der Fehler senken [6]. Dies würde analog dem Critical Incident Monitoring (CIM) der schweizerischen Intensivstationen zur nachhaltigen Sicherung der Behandlungsqualität beitragen [7]. Bevor aber ein CIRS erfolgreich eingeführt und betrieben werden kann, müssen – als «*Conditio sine qua non*» – Fehler erst einmal angesprochen werden [8].

Für eine fruchtbare Informations- und Kommunikationskultur auf Notfallstationen bei allen Beteiligten (Patient, Hausarzt, Arzt Notfallstation, Pflege Notfallstation, Spezialist), braucht es ein konstantes Notfallteam (das heisst eigenes Personal, welches längerfristig auf der Notfallstation arbeitet). Die Bedeutung der Kommunikation muss bewusst gemacht werden und es bedarf regelmässiger Schulungen und Weiterbildungen. Feedback von Patienten oder von Hausärzten sind für eine qualitativ hoch stehende Notfallbehandlung unerlässlich und ein ebenso zentrales Element wie ein professionell organisiertes und betreutes CIRS (siehe *Abbildung 3*).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Informations- und Kommu-

nikationskultur, die Behandlung von Bagatellfällen in einem Fast Track und ein möglichst mit anderen Notfallstationen vernetztes Fehlermanagement-System die zentralen Eckpfeiler für eine qualitativ hoch stehende Notfallversorgung bilden. Diese zentralen Elemente müssen mit Qualitätsmessungen in regelmässigen Abständen überprüft und angepasst werden. Nur so wird «echtes» Qualitätsmanagement betrieben, welches Garant ist für höchstmögliche Patientenzufriedenheit, hohe Motivation der Mitarbeitenden und eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Hausärzten. ■

Autor:

**Dr. med. Felix Nohl**

Leitender Arzt

Notfallzentrum Inselspital

3010 Bern

E-Mail: felix.nohl@insel.ch

### Literatur:

1. Donabedian A. The quality of care in a health maintenance organization: A personal view. *Inquiry* 1983; 20: 218–22.
2. Longchamp C. Was erwarten BürgerInnen vom schweizerischen Gesundheitswesen? – Fünf Thesen. *Managed Care* 2005; 5: 28–29.
3. Weingart SN, Wilson RM, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error. *BMJ* 2000; 320: 774–777.
4. Fatovich DM. Recent developments: Emergency medicine. *BMJ* 2002; 324: 958–962.
5. Horn B. Einen Moment danach – kritisch-konstruktive Gedanken eines Auslaufmodells. *Primary Care* 2006; 6: 348–350.
6. Helmreich RL. On error management: lessons from aviation. *BMJ* 2000; 320: 781–785.
7. Bocion C, Sennhauser FH, Frey B. Critical Incident Monitoring in schweizerischen Intensivstationen – Verbreitung, Einstellung und Fakten, welche die Meldehäufigkeit beeinflussen. *Schweiz. Ärztezeitung* 2006; 87: 886–894.
8. Reinertsen JL. Let's talk about error. *BMJ* 2000; 320: 730.

# Ich bin (k)ein Notfall

**Bin ich ein richtiger Notfall, auch wenn ich den Kopf nicht unter dem Arm trage? Geeignete Strategien sind gefragt, welche die Menschen, mit ihrer Angst und Verunsicherung, bei ihrem medizinischen Bedarf, abholen. Damit sollen sie die richtige Behandlung zur richtigen Zeit und am richtigen Ort erhalten und nicht immer gleich die «oberste Instanz», eine Spitalnotfallstation, aufsuchen.**

## Bruno Kissling

Jeder kleine Schnitt in den Finger und jedes Nasenbluten erfordern sofortiges Handeln, nicht aus lebensbedrohlichen, sondern ganz einfach aus hygienischen Gründen. Fieber, Kopf-, Rücken-, Bauchweh oder Brustschmerzen, Knotenbildungen, Schwindel, ein plötzlich festgestellter hoher Blutdruck erzwingen die Aufmerksamkeit des Betroffenen und erfordern angemessenes Handeln. Diese Zustände können selbstheilend sein oder sie benötigen medizinische Hilfe, vielleicht sogar unverzügliche Massnahmen. Doch wer sagt mir, ob es sich beim Symptom, das ich an meinem Körper spüre, um eine harmlose

Störung handelt oder um die ersten Zeichen eines (lebens)bedrohlichen Zustandes? Angst, Verunsicherung sowie die mangelnde Fähigkeit, solche aussergewöhnliche Situationen «ohne Namen» richtig einzuschätzen, sind Triebfedern, (über)schnelle medizinische Hilfe anzufordern.

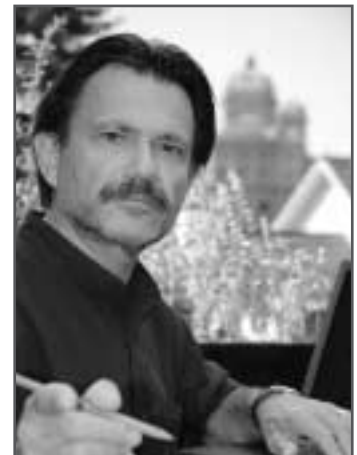
## Was ist ein Notfall?

«Als Notfall werden in der ersten Hilfe Fälle benannt, bei denen es zu einer lebensbedrohlichen Störung der Vitalparameter Bewusstsein, Atmung und Kreislauf oder der Funktionskreisläufe Wasser-Elektrolyt-Haushalt, Säure-Basen-Haushalt, Temperatur-Haushalt und Stoffwechsel kommt. In einem weiteren Sinn fasst man auch psychische Not-situationen wie beispielsweise Selbsttötungsabsichten oder Psychosen sowie Gewalt unter den Notfall-Begriff. Notfälle sind alle Situationen, in denen Gefahr für Leib und Leben des Betroffenen, das heisst des Notfallpatienten, besteht.» So lautet die Definition von Notfall bei Wikipedia, einer freien Enzyklopädie im Internet<sup>1</sup>.

Im Rettungswesen werden Notfälle nach dem NACA-Score<sup>2</sup> definiert und eingeteilt (siehe *Tabelle 1*) [1].

Als Beispiel für eine Aufschlüsselung von Notfällen sei hier der Kanton Graubünden (für 2003 und 2004) genannt, wo die Hausärzte direkt in das Rettungswesen einbezogen sind (siehe *Tabelle 2*) [2].

Im Praxisalltag haben es Hausärzte meistens mit Notfällen gemäss NACA-Score I-II, gelegentlich III, zu tun. Je tiefer der NACA-Score, desto schwieriger ist es für einen Laien zu beurteilen, ob es sich um einen «objektiven» Notfall handelt.



Bruno Kissling

Auch lässt sich weniger eindeutig aus der Distanz beantworten, wie dringlich die Situation nach dem Auftreten der ersten Symptome ist und wo die notwendige Hilfeleistung erfolgen soll.

## Notfallfremde Faktoren

Die Erfahrung zeigt, dass, je unklarer die Definition des Notfalls ist, umso mehr «notfallfremde» Elemente die Beurteilung der Lage beeinflussen. Diese notfallfremden Faktoren widerspiegeln Haltungen und Einstellungen in unserer Gesellschaft:

- Selbsteinschätzung des Patienten und dessen Umfeldes aufgrund eigener Erfahrungen oder aufgrund einer Beratung durch Bekannte
- Angst vor dem «worst case»
- Erfordernis eines Arztzeugnisses, oft vom ersten Krankheitstag an
- bevorstehende Ferienreise
- Verunsicherung aufgrund des letzten Gesundheitsreports in den Medien

<sup>1</sup> <http://de.wikipedia.org/wiki/Notfall>

<sup>2</sup> National Advisory Committee for Aeronautics

- Verlust von Umgang mit der Zeit als heilendem Element und des Vertrauens in die Selbstheilungsfähigkeit
- Veränderung der Konsumgewohnheiten: möglichst schnell eine umfassende Abklärung
- Verfügbarkeit der Notfallstationen in privaten und öffentlichen Spitälern mit unlimitierter Aufnahmepflicht und undefiniertem Ziel
- bestmögliche Nutzung der verfügbaren Notfalleinheiten aus spitalökonomischen Gründen
- weniger Vertrauen der Ärzte in ihr klinisches Gefühl
- Befürchtung der Ärzte, etwas zu übersehen, wegen möglicher juristischer Folgen
- Minderbewertung des hausärztlichen aufmerksamen Abwartens (watchful waiting) im Gegensatz zur modernen Haltung «alles und sofort».

Der Praxisalltag zeigt jedoch, dass die meisten Patienten, trotz der komplexen Situation und der zahlreichen beeinflussenden Elemente, ihre Lage erstaunlich gut einschätzen. Sie können sich in aller Regel auch mit dem Praxispersonal auf einen situationsgerechten Konsultationstermin einigen. Gelingt dies nicht, könnten Angst und Verunsicherung die Notlage verschärfen und die Patienten leicht zu ausufernden Massnahmen bewegen; beispielsweise zum Gang in die Notfallpforte eines Spitals oder direkt zum Spezialisten.

### Steuerungsmöglichkeiten

Viele Leute in unserer mobilen Gesellschaft haben keinen Hausarzt (mehr) oder kennen die lokale Notfallorganisation (noch) nicht. Es fehlt ihnen ein Ort des Vertrauens, wohin sie sich im Fall einer Erkrankung oder bei unklaren gesundheitlichen Symptomen wenden können. So begeben sie sich mit fast jeder Störung in die Notfallstationen der Spitäler [3]. Diese sind am leichtesten zu finden und für alles zuständig.

Doch sind die Spitalnotfallstationen überlastet und die Kosten steigen. Vor diesem Hintergrund suchen die Kostenträger – neuerdings auch die von «Notfällen» überrollten Spitä-

Tabelle 1:

#### Punkteskala zur Beurteilung eines Notfalls

NACA-Score	Beschreibung
I	geringfügige Störung
II	ambulante Abklärung
III	stationäre Behandlung
IV	akute Lebensgefahr nicht ausschliessbar
V	akute Lebensgefahr
VI	Reanimation
VII	Tod

ler – nach geeigneten niederschweligen Steuerungsinstrumenten, damit – von Beginn weg – die richtige Behandlung zur richtigen Zeit und am richtigen Ort erfolgt. Beispiele für solche Steuerungsinstrumente sind:

- *Telemedizinische Beratungen* können Unsicherheiten auffangen. Medvantis hat festgestellt, dass 63 Prozent der Anrufenden nach einer Beratung ihre ursprüngliche Handlungsabsicht änderten, was in 81 Prozent weg von der Spitalnotfallpforte führte [4]. Die Anzahl Rückstufungen zu kostengünstigeren und Aufstufungen zu kostenintensiveren Versorgungseinrichtungen halten sich jedoch mit 426 zu 402 fast die Waage. Nicht selten, so mein persönlicher Eindruck, beschleunigen sie unnötigerweise den Gang zum Arzt.
- *Apotheker*, deren Rat wegen der niedrigen Schwelle oft und gerne eingeholt wird, produzieren eine eher hohe Quote von unnötigen Notfallkonsultationen. Dies entspricht meinen Erfahrungen aus der Praxis: Entweder schicken sie die

Ratsuchenden sofort zum Arzt oder die Patienten melden sich wenig später mit einer kaum begonnenen rezeptfreien Medikamentenpackung zu einer dringlichen Konsultation.

- *Praxisassistentinnen* erreichen erfahrungsgemäss die besten Trefferquoten, weil sie die meisten Patienten persönlich kennen. Ihrer Dringlichkeitsbeurteilung – mit ärztlichem Know-how im Rücken – vertrauen die Hilfesuchenden.

- *Pflegende in Alters- und Pflegeheimen sowie der Spitex* klären die Dringlichkeit des Arztbedarfs meistens sehr gut ab, da sie direkt mit dem Hausarzt in Verbindung stehen.

- *Walk-in-Praxen*, wie sie in einigen Städten existieren, werden bei der Bevölkerung immer beliebter. Sie kommen den Konsumgewohnheiten der modernen Menschen entgegen. Die Ärzte dort praktizieren eine hausarztähnliche Medizin. Ihre Bedeutung dürften diese spitalexternen Notfallzentren jedoch erst dann voll entfalten, wenn sie in die bestehenden Notfallkonzepte der betreffenden Städte und Agglomerationen integriert sind und gemeinsam mit den örtlichen Hausärzten als «verlängerter Arm» der Hausarztmedizin rund um die Uhr betrieben werden [5].

Niederschwellige Beratungsangebote vor einer Arztkonsultation – dazu gehört auch das Anmeldegespräch in einer Hausarztpraxis – scheinen mir wichtig zu sein. Dort sollen die Patienten, mit ihrer Angst und Verunsicherung, fachkundig beraten werden, damit sie am richtigen Ort und zur richtigen Zeit adäquate Hilfe für ihr medizinisches Problem erhalten. Zudem sollen diese Erstberatungsstellen die Kompetenz zur Selbsteinschätzung fördern – und so mithelfen, das «überdrehte» Gesundheitswesen zu bremsen.

Tabelle 2:

#### Dienstleistungsätze nach klinischem Schweregrad im Kanton Graubünden

Jahr	NACA-Score							Gruppen		
	I	II	III	IV	V	VI	VII	total	I-III	IV-V
2003				399	189	28	73	1656	1129	689
2004	38	256	1113	602	136	25	40	1913	1407	803



## Die Selbstkompetenz fördern

Patient-Empowerment, oder besser Population-Empowerment, heisst das Zauberwort zur Förderung der Selbstkompetenz in gesunden Tagen. Was könnte das konkret bedeuten?

■ ärztliches Feedback bei jeder Neukonsultation, ob die Wahl von Ort und Zeit rückblickend richtig war

■ ärztliche Information über gesundheitliche Alarmzeichen, die unverzügliches Handeln nötig machen

■ Förderung eines gesunden medizinischen Basiswissens anstelle eines angstfördernden spitzenmedizinischen Halbwissens durch entsprechende Medienberichte

■ Warum nicht eine Hausarzt-«Soap» als Fortsetzungsserie im TV? Für den positiven Effekt von erhöhter Selbstkompetenz spricht die Abnahme von hausärztlichen Notfallkonsultationen wegen Asthmakrisen, Angina-pectoris-Anfällen, hyper- und

hypoglykämischem Koma oder Lungenödemen bei den chronisch Kranken. Diese positive Entwicklung geht sicher teilweise auf das Konto von deutlich effizienteren interventionellen und medikamentösen Behandlungsmethoden. Trotzdem darf die Rolle des kompetenten Selbst- und Krisenmanagements durch die besser informierten Patienten nicht unterschätzt werden. Nun gilt es, diese erfolgreiche Strategie auf die akut Kranken zu übertragen. ■

**Autor:**

**Dr. med. Bruno Kissling**

Hausarzt in Bern

Mitarbeiter 10% im City Notfall  
in Bern

Chefredaktor PrimaryCare

Elfenuweg 6

3006 Bern

E-Mail: [bruno.kissling@hin.ch](mailto:bruno.kissling@hin.ch)

**Literatur:**

1. Planta M: Konzeption eines nationalen Forschungsprojektes für präklinische Medizin. Schweizerische Ärztezeitung 2004. 85(13): 676-678.

2. Campell-Dietrich LR, Marty F: Notfalleinsätze der Dienstärzte in Graubünden 2004. Primary Care 2005. 5(38): 775-778.

3. Zehnder K: Selbsteinweisungen ins Spital. Primary Care 2002. 2(10): 280-283.

4. Gatti D, Brügger U, Federspiel B: Gesundheitsökonomische Beurteilung der Telefontriage-Dienstleistung; Bericht März 2005; Im Auftrag von Medvantis Arbeitsgruppe durch das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG. [www.medi24.ch/assurer/content.php/pages/id/34](http://www.medi24.ch/assurer/content.php/pages/id/34)

5. Kissling B: Notfallkonzept in der Stadt Bern. doc.be.April 2006. 2: 4-6. <http://www.berner-aerzte.ch/cms/docs/1954.pdf>

# Telefontriage als ideales Gatekeeping?

**Die Arbeit und Funktion eines Hausarztes ist viel zu komplex, um von einem Callcenter mit Telefontriage übernommen zu werden. Jedoch können Callcenter die Hausärzte in ihrer Arbeit unterstützen und die Notfalldienstärzte entlasten.**

**Beat Gafner**

Telefontriage ist nicht «ideales Gatekeeping», sondern ein vernünftiger, nach medizinischem Wissen und mit computergestützten Algorithmen geplanter Entscheidungsablauf, gepaart mit menschlichem Einfühlungsvermögen. Telefontriage per se ist auch nicht zwingend mit Gatekeeping verknüpft, das nur auf freiwilliger Basis möglich ist. Was die Telefontriage auszeichnet, ist der Erstkontakt einer Hilfe suchenden Person mit einer ausgebildeten Fachperson aus dem Gesundheitswesen, die sich des Problems annimmt. Diese Fachperson nimmt Verantwortung wahr und übergibt im Sinne eines Netzes oder einer Bearbeitungskette den Hilfesuchenden an spezialisierte Fachpersonen.

Doch sinnvolle Triageentscheide werden bereits zu Hause im Schlafzimmer gefällt. Kamillentee, Nahrungsabstinenz und Wärmebeutel gegen die Bauchschmerzen, oder doch schon dem Hausarzt, dem Notfalldienst oder der Notfallsta-

tion im Spital telefonieren? Wichtiger als «wo», ist für den Hilfesuchenden die Frage, «wie» komme ich zur notwendigen Hilfe? Und da bieten medizinische Callcenter wertvolle Dienste und helfen mit, Blockierungen von Spitalnotfallportalen und hohe Kosten zu mindern. [1, 2]

## Stufen- und situationsgerechte Behandlung

Gerade die Fortsetzung in dieser Entscheidungskette macht den Vorteil von ärztlichen Callcentern wie Medphone Bern und Ärztelefon ZüriMed gegenüber den grossen Anbietern Medi 24 oder Medgate aus. Bei Medphone steht rund um die Uhr und in allen angeschlossenen Regionen ein praktizierender, erfahrener Arzt im Notfalldienst zur Verfügung. Dadurch wird eine stufen-

«Doch sinnvolle Triageentscheide werden bereits zu Hause im Schlafzimmer gefällt.»

und situationsgerechte Behandlung gewährleistet. Diese Verankerung in bewährten, örtlichen und regionalen Strukturen macht die Stärke von ärztlichen Callcentern aus. Grosse, national tätige Callcenter müssen die Hilfesuchenden häufiger an eine Spitalnotfallpforte verweisen. Dies hat entsprechende Kosten zur Folge. Medphone hingegen organisiert einen Konsultationstermin in der Praxis des Notfalldienstärztes oder einen ärztlichen Hausbesuch.

Diese wichtige Triagefunktion ent-



Beat Gafner

lastet Notfalldienstärztinnen und -ärzte mit langen Dienstperioden von Bagatellfällen. Ein Beispiel dafür ist der nächtliche Telefonanruf, der oft wegen einer Kleinigkeit erfolgt, aber trotz kurzer Dauer den Schlaf erheblich beeinträchtigt. 35 bis 40 Prozent der telefonischen Anfragen können durch erfahrene medizinische Fachpersonen beantwortet werden, ohne dass ärztliche Hilfe beansprucht werden muss.

Die technischen Qualitätsansprüche an ein ärztliches Callcenter sind heute sehr hoch. Eine «gute Seele» am Telefon, ein Zettelkasten und ein Stapel von Dienstlisten auf dem Tisch, genügen heute weder den Ansprüchen unserer technifizierten Gesellschaft, noch denen der Gesundheitsdirektionen. Zudem muss eine transparente Dokumentation aller Tätigkeiten jederzeit intern und extern zugänglich sein. Die Teamleitung eines solchen Callcenters sollte eine Ärztin oder ein Arzt mit Facharztausbildung und breiter praktischer Erfahrung in Notfallmedizin sein.

Kasten

**Computerassistierte Telefontriage**

Personen mit gesundheitlichen Fragen melden sich telefonisch beim Callcenter. Sie werden von einer medizinischen Fachperson strukturiert, das heisst, von einem computergestützten Expertensystem unterstützt, nach den Beschwerden befragt. Die Fachperson beurteilt die Symptome und entscheidet über Dringlichkeit und notwendige, weiterführende Massnahmen. Der Anrufer erhält konkrete Angaben und Vorschläge für das weitere Vorgehen.

**Partnerschaftliche Kooperation**

Zusammen mit Medphone macht die Bernische Ärzteschaft nun einen weitreichenden Schritt in die Zukunft und wird mit Medi 24, einer grossen Callcenter-Organisation, einen Kooperationsvertrag eingehen. Die vertraglich vereinbarte Umsetzung ist zurzeit im Gange. Sie ermöglicht das räumliche Zusammenführen beider Teams und erlaubt technische Verbesserungen. Die partnerschaftliche Kooperation mit einem Unternehmen jenseits des «Burggrabens» aus dem «Versichererterritorium», vor wenigen Jahren noch undenkbar, strebt in massvollen Schritten eine engere Zusammenarbeit an. Dabei soll die gegenseitige Unabhängigkeit gewahrt bleiben.

**«Es hat sich gezeigt, dass die computerunterstützte Planung des Notfalldienstes ein unbestreitbarer Vorteil von ärzteigenen Callcentern darstellt.»**

Medphone bringt seine Erfahrung in der ambulanten Notfallversorgung ein, Medi 24 sein Expertenwissen in medizinischen Callcenter-Dienstleistungen und ein umfassendes Informatik-Know-how.

Damit ist auch die Frage beantwortet, weshalb Ärztenetzwerke keine vergleichbaren Callcenter betreiben.

Es ist der technische Aufwand, die grosse Investition und der regelmässig wiederkehrende Aufwand, die beträchtliche finanzielle Ressourcen erfordern. Das Aktionariat von Medphone als AG setzt sich zusammen aus der Ärztesellschaft des Kantons Bern, den kantonalen Bezirksvereinen und dem Verein Berner Hausärzte. Dabei sind weder Medphone noch das Ärztefon und an-

**«Die Sicherstellung einer umfassenden Notfallversorgung ist und muss eine Kernkompetenz der praktizierenden Ärzteschaft bleiben.»**

dere vergleichbare Einrichtungen (z. B. in Basel-Stadt) eigentliche Netzwerke im Sinne von Managed Care. Die Sicherstellung einer umfassenden Notfallversorgung ist und muss eine Kernkompetenz der praktizierenden Ärzteschaft bleiben. Sie kann auch von einem grossen Callcenter nicht erbracht werden.

Die Finanzierung von ärzteigenen Callcentern variiert von Kanton zu Kanton. In Zürich beispielsweise tragen neben den angeschlossenen Notfalldienstkreisen die öffentliche Hand, Gemeinden und besonders die Stadt Zürich, die finanzielle Hauptlast. Medphone in Bern hingegen finanziert sich zu zwei Dritteln über Beiträge der angeschlossenen Ärzte und zu einem Drittel über die Pay-Telefonnummer.<sup>1</sup> Stadt und Kanton Bern leisten keine Beiträge. Diese Situation muss geändert werden, denn es ist für Hilfesuchende nicht nachvollziehbar, weshalb ein Anruf bei einem von Versicherungen finanzierten Callcenter kostenlos ist, während sie bei Medphon dafür bezahlen müssen. Gespräche zur Verbesserung dieser auch von Politikern bemängelten Haltung der öffentlichen Hand sind aufgenommen worden.

Es hat sich gezeigt, dass die computerunterstützte Planung des Notfall-

dienstes ein unbestreitbarer Vorteil von ärzteigenen Callcentern darstellt [3]. Eine solche Lösung konnte bereits beim Ärztefon mit grossem Erfolg etabliert werden. Damit wird nicht nur die gesamte Planung der Notfalldienste in den angeschlossenen Kreisen enorm erleichtert, auch Änderungen im Dienstplan und der Ferienplan können so einfacher organisiert werden. Ausserdem erhalten Dritte wie Spitäler, Polizei und Feuerwehr ein eigenes Login, damit sie über die aktuellen Dienstpläne orientiert sind. Die internetgestützte, elektronische Dienstplanung, die zusätzlich zahlreiche Back-Office-Dienstleistungen ermöglicht, steht beim bernischen Medphone kurz vor der Einführung. ■

Autor:

**Beat Gafner**

Verwaltungsrat MEDPHONE

Präsident Ärzte-Bezirksverein

Bern-Land

Zur Station 7

3145 Niederscherli

E-Mail: praxigaf@hin.ch

**Literatur**

1. Qualitätszirkel Brugg. Selbsteinweisungen ins Spital. PrimaryCare 2002; 2: 280-283.
2. Meer A, Simonin C, Wirtner A: Medizinische Call Center entlasten den Notfalldienst. Schweiz. Ärztezeitung 2005; 86: Nr 18: 1073-76.
3. Meer A, Simonin C, Trapp A, Nieman S, Abel T: Einfluss der medizinischen computerassistenten Telefontriage auf das Patientenverhalten: Erste Erfahrungen in der Schweiz. In: Schweizerische Ärztezeitung 2003; 84: 41.

<sup>1</sup> Stand August 2006.

# LeserInnenbrief

## Aupair fürs Grosi

Zu: Remo Gysin: Selbsthilfe und Pflege zu Hause. MC 5/06

Guten Tag Herr Gysin

Mit zunehmendem Beifall habe ich Ihren Artikel gelesen. Wunderbar, dass es in Ihrem Kanton sogar eine Verfassung gibt, die diese Pflege zu Hause fördert! Aber nun kommt unsere ketzerische Frage: Erlauben es die baslerischen Regelungen, dass Aupair aus den umliegenden Ländern in Familien kommen können, um mit ihrem Übernachten im Hause und Ihrer Präsenz während des Tages älteren Menschen zu ermöglichen, noch eine Weile sicher zu Hause zu bleiben?

Es gibt nämlich seit kurzem ein en-

gagiertes und qualifiziertes Pflegeteam, das genau dies macht: Menschen aus Deutschland auf Aupair-Basis eine Arbeitsmöglichkeit zu bieten und für ältere, alleinstehende Menschen eine günstige und massgeschneiderte Hilfe zu suchen. Leider machen es die Regelungen in vielen Kantonen sehr schwer: Aupair können nur in Familien mit mindestens einem Kind unter 16 Jahren vermittelt werden. Wäre es möglich, und wenn ja, wie, diesen Passus auf Bundesebene zu ergänzen, zum Beispiel mit dem Passus «oder hilfsbedürftigen Menschen»?

Wir sind überzeugt, dass das Projekt «Aupair fürs Grosi» ein wichtiger Puzzlestein auch in dem Netz in Ihrem Kanton sein könnte! Oder sind wir da zu naiv, lässt sich die Regelung nicht mehr verändern?

*Monika Brechbühler*  
Redaktorin des online-Magazins  
[www.homecare-info.ch](http://www.homecare-info.ch)  
*Hanspetter Stettler*  
Mitinitiator des Aupair-Projekts und  
Teammitglied Hauspflegeservice zu  
Kehlhof, Lommis

### Replik zu LeserInnenbrief «Aupair fürs Grosi»

## Gefahr der Ausbeutung und Überforderung

Sicher brauchen das «zusehends verwirrter» werdende Grosi und vielleicht auch ein älterer Mann mit 85 nach einem Beinbruch im 6-Zimmer-Haus im Tessin Unterstützung. Wenn es die Selbsthilfe, Verwandten-, Nachbarschaftshilfe und Spitex nicht mehr schaffen, liegt die Lösung aber mit Sicherheit nicht bei einer jugendlichen Aupair-Frau oder einem jungen Aupair-Mann. Andere Varianten stehen meines Erachtens im Vordergrund, zum Beispiel ein zeitweiliger Erholungsaufenthalt in geeigneter Umgebung, eine Betreuungskombination von Spitex-, Mahlzeiten- und Notrufdiensten oder eine Tagesklinik. Bei einer Abklärung müsste auch die Wohnungssituation mit einbezogen werden. Mit dem vorgeschlagenen Einsatz von täglich sechs Stunden plus Ein-

satzbereitschaft in der Nacht blieben dem Aupair zwar noch Erholungszeit aber kaum Zeit für einen Sprachkurs oder eine andere Weiterbildung. Die Gefahr der Ausbeutung als kostengünstige Haushalts- und Pflegehilfe liegt hier nahe. Im Unterschied zu einem richtigen Aupair, das neben den zu betreuenden Kindern deren Eltern als Gesprächspartner und vor allem Verantwortliche im gleichen Haushalt hat, wäre die Aupair-Betreuerin allein auf sich gestellt, auch wenn es noch eine Vermittlungsstelle im Hintergrund gibt. Es handelt sich hier also nicht um ein Aupair-Verhältnis, weshalb es auch nicht so genannt werden sollte.

*Remo Gysin*  
Nationalrat Basel-Stadt

## Ihr Feedback?

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

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

Redaktion «Managed Care»  
Karin Diodà und Brigitte Casanova  
Dahliastrasse 8  
8008 Zürich  
Fax: 052-558 83 39  
E-Mail: [k.dioda@rosenfluh.ch](mailto:k.dioda@rosenfluh.ch)  
[b.casanova@rosenfluh.ch](mailto:b.casanova@rosenfluh.ch)

# Soziale Ungleichheit in der Pflege – (k)ein Thema

**Zum einen nutzen sozial Benachteiligte die pflegerische Versorgung nicht adäquat, zum anderen werden sie von Institutionen diskriminiert – dies ist der unglückliche Mix, der dazu führt, dass diese Randgruppe unter- und fehlversorgt ist.**

**Ulrich Bauer und  
Doris Schaeffer**

Die Verbindung aus sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit wird in den international geführten Public-Health-Debatten schon seit langem diskutiert. Im Zentrum steht der *soziale Gradient gesundheitlicher Lebenschancen* [1]. Danach nehmen die Gesundheitsrisiken wie auf einer steil ansteigenden Stufenleiter zu, wenn zentrale und lebenswichtige Ressourcen nur eingeschränkt vorhanden sind. Auch die deutsche Public-Health-Forschungsgemeinde beleuchtet mittlerweile diese *Health-Inequalities*. Das Thema dringt jedoch erst jetzt in die disziplinären Verästelungen, wo es gesundheitswissenschaftlich erörtert wird. Mitunter ergibt sich da ein hoch innovatives Potenzial.

## Die Fakten

Das Thema Ungleichheit in der Pflege soll schliesslich auch auf der politischen Agenda ankommen. Folgendes kann festgehalten werden:

1. Pflegebedürftigkeit tritt in sozial benachteiligten Gruppen früher und häufiger ein. Ursache dafür ist, dass gesundheitliche Lebenschancen ungleich verteilt sind. Von schweren und chronischen Erkrankungen, die fast immer mit einem wachsenden Pflegebedarf einhergehen, sind sozial benachteiligte Gruppen überproportional häufig betroffen.
2. Es bestehen schon jetzt gravierende Ungleichheiten in der Versorgungsnutzung, weil nicht alle Nutzer über die dazu nötigen Nutzungskompetenzen verfügen. Vor allem vulnerable, soziale benachteiligte Nutzergruppen sind in der Versorgungswirklichkeit schnell überfordert.
3. Institutionen und auch die Pflege (be-)handeln keineswegs diskriminierungsfrei. Es gibt nicht nur ein milieuspezifisches Nutzungsverhalten der Patienten, sondern auch soziale Selektionseffekte in der pflegerischen Versorgung: Sozial unterprivilegierte Gruppen werden tendenziell ausgegrenzt – dies war in der Anfangszeit von HIV und Aids besonders deutlich zu beobachten [2].

Ressourcenungleichheit meint in erster Linie, dass ökonomisches, kulturelles und soziales Kapital ungleich verfügbar ist. Sie scheint zugleich wegweisend für das Bedingungsgefüge, in dem Pflegeprozesse stattfinden. Dies eröffnet der grundlagen- und anwendungsbezogenen Pflegeforschung ein weites Feld. Die begrifflichen und analytischen Grundlagen zum Thema soziale Ungleichheit und Pflege befinden sich jedoch noch in den Kinderschuhen.



Ulrich Bauer



Doris Schaeffer

## Produktion und Reproduktion von Pflegeungleichheiten

Zum einen ist Ungleichheit in der Pflege als Resultat des Pflegegeschehens zu begreifen und somit ist im engeren Sinne von der *Produktion* sozialer Ungleichheiten zu sprechen. Denn auf Pflegebedürftigkeit kann sehr unterschiedlich eingegangen werden. Nicht alle Pflegebedürftigen gelangen in den Genuss von Pflege

Kasten:

### Fallbeispiel

Herr P. ist 52 Jahre alt und alleinstehend. Mit dem plötzlichen Hirninfarkt seiner Mutter, Frau P., 74 Jahre alt, beginnt für Herr P. eine Odyssee durch das Versorgungswesen. Herr P. ist angelernter Arbeiter in einer Möbelspedition, seine Mutter war bis zu ihrer Pensionierung Fabrikarbeiterin. Herr P. versteht das Krankheitsbild seiner Mutter nicht, das Klinikpersonal kann es ihm nicht erklären. Zum einen ist der ständige Zeitdruck auf der Station dafür verantwortlich, zum anderen fragt Herr P. gar nicht häufig genug nach. Er vermeidet aus sozialer Scham den ärztlichen Kontakt, er hakt nicht nach, er informiert sich nicht selbstständig und holt auch keine zweite ärztliche Meinung ein. Der Zustand von Frau P. schwankt währenddessen enorm, sie wird über einen Zeitraum von 10 Tagen immer wieder auf der Intensivstation für Schlaganfallpatienten betreut. Herr P. wartet derzeit auf genauere Informationen, erhält sie aber nicht. Plötzlich wird ihm berichtet, dass der Zustand der Mutter zumindest so weit stabilisiert sei, dass sie in eine Reha-Einrichtung überwiesen werden könne. Eindeutig sei diese Überweisung nicht, wie ein Stationsarzt Herrn P. erläutert und dabei zugesteht, dass eine Verlegung nun eben auch aus Budgetgründen unvermeidbar sei. Herr P. kennt die Problematik der neuen Fallpauschalen im Krankenhausbereich nicht. Er wird über den Zustand seiner Mutter immer verunsichert. Schliesslich kann er den plötzlich anstehenden Reha-Aufenthalt auch nicht vorbereiten. Die Mutter wird in eine fünfzig Kilometer entfernte Reha-Einrichtung überwiesen. Herr P. kann sie dort nur an einem Wochenendtag besuchen. Die Mutter stirbt infolge eines weiteren Hirninfarkts drei Wochen nach der Überweisung. Herr P. ist zu diesem Zeitpunkt nicht anwesend.

und nicht alle erhalten sie in dem Umfang und der Qualität, wie sie erforderlich wäre, um eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung zu ermöglichen [2]. Pflege kann – wie viele Beispiele illustrieren – im ambulanten wie im stationären Setting zu einer Fehl- oder Unterversorgung führen. Dies stellt bei der breiten Palette unterschiedlicher Pflegeniveaus, der unterschiedlichen Ausrichtung und Ausstattung von Einrichtungen sowie der stark differierenden Kompetenz von Pflegekräften längst keine Ausnahme mehr dar. Pflege kann also soziale Ungleichheiten auslösen und eine ungleichheitszeugende beziehungsweise ungleichheitsverstärkende Funktion einnehmen.

Zum anderen ist hiervon die *Reproduktion* bestehender sozialer Ungleichheiten durch Pflege zu unterscheiden. Hiermit ist also auf Ungleichheitsstrukturen zu fokussieren, welche die individuelle Lebenslage bereits vor der Pflegebedürftigkeit beeinflusst haben. Von der Reproduktion sozialer Ungleichheit ist dann zu sprechen, wenn soziale Ungleichheiten von Beginn an das Pflegearrangement beeinflussen und unterschiedliche Pflegequalität auf die unterschiedliche soziale Ausgangslage zurückzuführen ist. Hier steuert also primär das vorhandene ökonomische, kulturelle und soziale

Kapital die Qualität der Pflege. Wer seine Bedürfnisse nicht gut artikulieren oder vehement genug durchsetzen kann, wird häufiger benachteiligt. Wer Zusatzleistungen nicht finanzieren kann, befindet sich zu meist auf dem untersten Niveau dessen, was medizinisch und pflegerisch möglich ist (was durch den Teilkaskocharakter der Pflegeversicherung in Deutschland begünstigt wird). Pflegewissenschaftliche Forschung hat inzwischen gezeigt, dass ein Pflegearrangement erst durch Faktoren des sozialen Umfeldes sowie durch personengebundene Merkmale und Kompetenzen der Pflegebedürftigen (und ihrer Angehörigen) sein spezifisches Profil erhält [3, 4].

### Mangelhaftes «Pflegewissen»

Das Feld der pflegerischen Versorgung ist damit weder immun gegen Ungleichheitseinflüsse noch unschuldig an der Verstärkung von sozialen Ungleichheiten (siehe Fallbeispiel im *Kasten*).

Benachteiligte Gruppen haben jedoch nicht nur ein erhöhtes Krankheits- und Pflegerisiko, sondern sind gleichzeitig auch dadurch benachteiligt, dass ihre Ressourcen zur Selbsthilfe herabgesetzt sind. Forschungserkenntnisse belegen, dass die Lebensführung in einem Benachteiligtenmilieu es wahrscheinlich macht,

Lebensstile und Mentalitäten auszubilden, die weder ein angemessenes gesundheitsförderliches Handeln noch eine adäquate Nutzung der Gesundheitsversorgung begünstigen [5]. Kenntnisse über Gesundheitsbeeinträchtigungen, Krankheit und Pflegebedürftigkeit ebenso über Bewältigungsmöglichkeiten, Versorgungsoptionen und -grenzen werden nicht erst erworben, wenn Pflegebedürftigkeit eintritt. Ein Art integratives «Pflege-Versorgungs-Wissen» ist – wenn man hier pointiert – Mindestvoraussetzung dafür, dass Leistungserbringer und Nutzer optimal kooperieren. Dass gerade benachteiligte Gruppen nicht über ein solches Wissen verfügen, mahnt an, wie dringlich es ist, auch in der Pflege Health-Inequalities zu thematisieren. ■

AutorInnen:

**Jun. Prof. Dr. Ullrich Bauer**  
**Prof. Dr. Doris Schaeffer**

Universität Bielefeld  
Fakultät für Gesundheitswissenschaften  
AG 6 – Versorgungsforschung und  
Pflegewissenschaft  
Postfach 10 01 31  
D-33501 Bielefeld  
E-Mail:

ullrich.bauer@uni-bielefeld.de  
doris.schaeffer@uni-bielefeld.de

### Literatur:

1. Mielck, Andreas (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsmöglichkeiten und Interventionsmöglichkeiten*. Bern u.a.: Huber.
2. Schaeffer, Doris (2004). *Der Patient als Nutzer, Krankheitsbewältigung und Versorgungsnutzung im Verlauf chronischer Krankheit*. Bern: Huber; Schaeffer, Doris (2002). *Ambulante Schwerkrankenpflege: Entwicklungen und Herausforderungen in Deutschland*, in: Schaeffer, Doris/Ewers, Michael (Hrsg.): *Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker*. Bern: Huber, 17–44.
3. Blinkert, Baldo/Klie, Thomas (2004). *Solidarität in Gefahr. Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demografischen und sozialen Wandel*. Hannover: Vincentz.
4. Heusinger, Josefine/Klünder, Monika (2005). «Ich lass' mir nicht die Butter vom Brot nehmen!» Aushandlungsprozesse in häuslichen Pflegearrangements. Frankfurt/Main: Mabuse.
5. Bauer, Ullrich (2005). *Das Präventionsdilemma. Schulische Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung*. Wiesbaden: VS.

# Das System treibt die Gesundheitskosten im Alter an

**A**bnehmende Geburtenzahlen und eine längere Lebenserwartung führen in der Schweiz, wie in anderen entwickelten Ländern, zu einer alternden und schrumpfenden Gesellschaft. Diese Entwicklung in Kombination mit dem raschen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Wandel fordert Politik, Wirtschaft und speziell das Gesundheitssystem und die soziale Sicherheit heraus.

Als Stiftung und unabhängiger Think-Tank regt die «Avenir Suisse» mit einer eigenen Publikationsreihe zur Auseinandersetzung mit den neuen gesellschafts- und wirtschaftspolitischen Entwicklungen in der Schweiz an. Das darin 2005 erschienene Buch «Gesundheitskosten in der alternden Gesellschaft»\* richtet sich an Versicherte, VolkswirtschaftlerInnen und GesundheitsreformerInnen.

Die Autoren vermuten einen altersbedingten Zuwachs der Gesundheitskosten und skizzieren Lösungsansätze, wie dieser Zuwachs gebremst werden könnte. Weil es künftig anteilmässig mehr ältere Menschen geben wird und diese pflegebedürftig sein werden, gehen die Verfasser von einem statistisch gesicherten stetigen Wachstum der Gesundheitskosten aus. Sie berechnen, dass die jüngeren Generationen verhältnismässig viel mehr gesundheitliche Leistungen zu Gunsten der Älteren finanzieren müssen. Sie schätzen, dass im Jahr 2030 die demografisch bedingte Umverteilung 10 Milliarden Franken ausmachen wird. Die in Zusammenarbeit mit Plaut Economics erstellte Publikation warnt allerdings vor einem Zukunftsszenario, welches die Solidarität zwischen den Generationen in Frage stellt. Denn fünf systembedingte Effekte wirken als Kostentreiber im Alter:

Auf der Seite der Versicherten sind zwei Effekte zu nennen: Erstens widerspiegeln die Gesundheitsausgaben möglicherweise die Präferenzen der Versicherten und PatientInnen nicht, weil der Versicherungsvertrag einen falschen Anreiz setzt, sodass die Schadenswahrscheinlichkeit bei einem Individuum erhöht ist. Dies hat zweitens zur Folge, dass zu wenig individuelle Prävention betrieben wird und im Krankheitsfall zu viele Leistungen nachgefragt werden, da die Allgemeinheit die Kosten trägt. Deshalb sind auch individuelle Massnahmen, welche die Schadenswahrscheinlichkeit senken, unattraktiv.

Drittens besteht auf der Seite der Leistungserbringer, aufgrund des Wissensgefälles zwischen Professionellen und Betroffenen, ein grosser Spielraum bei der Wahl der Behandlungsmethode. Da viertens der Preis wegen des Versicherungssystems eine untergeordnete Rolle spielt, konkurrenzieren sich die Leistungserbringer hauptsächlich über die Qualität. Fünftens treibt schliesslich der medizintechnische Fortschritt mit immer besseren aber auch teureren Behandlungsmethoden die Kostensteigerung an.

Diese fünf kostentreibenden Effekte verlangen gemäss Steinmann und Telser ein Umdenken und sind für Reformen bedeutend. Als Lösungsansätze für das Gesundheitswesen führen die beiden Autoren die folgenden bereits vertrauten Reformen auf:

- die Aufhebung des Kontrahierungszwangs mit ambulanten und stationären Anbietern
- Übergang zur monistischer Spitalfinanzierung
- Aufhebung des kantonalen und nationalen Territorialprinzips im Gesundheitswesen.

Nach Auffassung der Autoren müsste zudem die ältere Generation stärker an ihren Gesundheitskosten beteiligt werden. Vorgeschlagen werden folgende Massnahmen:

- die Krankenversicherungsprämien könnten altersabhängig ausgestaltet werden
- die Kostenbeteiligung (Franchise, Selbstbehalt) könnte mit dem Alter zunehmen
- Bonussysteme und Managed-Care-Modelle sollten auch für Personen mit höherem Krankheitsrisiko – insbesondere Ältere – eine interessante Alternative werden. Damit könnten sie von höheren Prämienrabatten profitieren.

Die Autoren berücksichtigen die positiven Effekte der Alterung kaum. Ältere Menschen zeigen heute ein Verhalten, das in vielen Bereichen innovativer, dynamischer und «jünger» ist, als dies bei früheren Generationen der Fall war. Heute ist zudem nur eine Minderheit der 50- bis 69-Jährigen in der Schweiz körperlich oder psychisch so eingeschränkt, dass eine Weiterarbeit im höheren Lebensalter aus gesundheitlichen Gründen unmöglich ist. ■

## Regula Rička

Mitglied Redaktioneller Ausschuss der Zeitschrift «Managed Care»

a.p. und

Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Bundesamt für Gesundheit

E-Mail: rrick@bluewin.ch

\*Steinmann Lukas, Telser Harry: Gesundheitskosten in der alternden Gesellschaft. Avenir Suisse Publikationen, Neue Zürcherzeitung, Zürich 05/2005. ISBN 3-03823-207-6, 44 Franken.

# DRG-Kodierung: Interpretationsspielraum mit Budgetfolgen

**Abrechnen durch Diagnose-bezogene Fallgruppen (DRG) in den Schweizer Spitälern verspricht transparente und vergleichbare Kostendaten. Je nachdem aber, ob die Kodierregeln restriktiv oder progressiv ausgelegt werden, erzielt das Spital einen erheblich unterschiedlichen Erlös. Die AutorInnen des Beitrags plädieren für eine unabhängige Kontrollinstanz.**

**Rolf Malk<sup>1</sup> und Katrin Rachinger**

**D**iagnosis Related Groups (kurz DRG, deutsch Diagnose-bezogene Fallgruppen) bezeichnen ein ökonomisch-medizinisches Klassifikationssystem, welches Patienten anhand ihrer Diagnosen und der durchgeführten Behandlungen in medizinisch homogene Fallgruppen klassifiziert. Diese Fallgruppen werden nach dem für die Behandlung erforderlichen ökonomischen Aufwand unterteilt und bewertet. Verschiedene Länder verwenden DRGs zur Finanzierung von Spitalbehandlungen. Während die meisten Länder die DRGs spitalbezogen zur Verteilung staatlicher oder versicherungsbezogener Budgets einsetzen, dienen die DRGs in der Schweiz der

leistungsorientierten Vergütung von einzelnen Spitalfällen. Bisher setzten einige Kantone und Spitäler das aus Amerika stammende APDRG (All Patient Diagnoses Related Groups) ein mit der Zusatzentwicklung der Swiss Payment Groups (spezifische, schweizerische Gruppen). Die Schweiz sieht die Einführung des adaptierten (helvetisierten) deutschen DRG-Systems für 2009 vor. Die Ziele der neuen «Swiss DRG» sind:

- die Liegezeit in Schweizer Spitälern zu verkürzen
- die Bezahlung von medizinischen Leistungen in den Spitälern zu vereinheitlichen («gleicher Preis für gleiche Leistung»)
- Transparenz und Vergleichbarkeit der Spitalleistungen herzustellen (Benchmark)
- vermutete Überkapazitäten im Spitalbereich abzubauen
- insgesamt zukünftig zu erwartende Kostensteigerungen im stationären Bereich zu eruieren, zu vergleichen und allenfalls zu begrenzen.

## Medizinische Dokumentation als Kodiergrundlage

Durch das DRG-System wird das Augenmerk stark auf die medizinische Dokumentation, deren Organisation und die daraus resultierende Kodierung (Verschlüsselung von Diagnosen und Therapien) gerichtet. Die medizinische Dokumentation gilt jetzt nicht nur mehr als Informationsweitergabe zwischen den einzelnen Behandlungsstationen oder der aus Rechtsgründen verpflichtenden Dokumentation eines Behandlungsfalles, sondern sie dient jetzt auch als Hauptgrundlage dafür, dass ein stationärer Spitalfall leistungsgerecht finanziert wird. Die medizini-

sche Dokumentation, welche das Spital während des stationären Aufenthalts anlegt, umfasst folgende Bestandteile:

- Ein- und Austrittsbericht des Arztes
- Pflegekardex (Pflegekurve und -berichte)
- Anästhesie- und Operationsberichte
- Diagnostik- und Therapieberichte



Rolf Malk



Katrin Rachinger

<sup>1</sup> Rolf Malk ist Herausgeber des DRG-Handbuch Schweiz und Geschäftsführer der Malk Medizin Controlling AG.



### ■ Laborbefunde

Massgebliche Kriterien für die Zuordnung des Behandlungsfalls zu einer Diagnose-bezogenen Fallgruppe sind:

- die Hauptdiagnose
- im Spital durchgeführte Therapien (Operationen, aufwändige Untersuchungen)
- Nebendiagnosen und Komplikationen, die den Behandlungsverlauf beeinflussen
- Patienten-bezogene Faktoren wie Alter, Geschlecht der Patienten oder das Geburtsgewicht bei Säuglingen
- administrative Daten wie Eintritts- und Austrittsart beziehungsweise -zeitpunkt.

### Richtlinien zur Kodierung

Wann eine Diagnose und eine Therapie zur Berechnung einer DRG herangezogen werden darf, regeln in der Schweiz mehrere Kodiervorgaben. Im Kodierungshandbuch des Bundesamts für Statistik (BfS) Version 1.0 sind die Definitionen für die Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Haupttherapie und Nebentherapien hinterlegt sowie die speziellen Kodierrichtlinien zu bestimmten Fällen. Im TAR APDRG (Tarifbuch 2004/2006) werden vor allem Abrechnungsregeln erläutert und festgesetzt. In den Klassifikationsbüchern (ICD 10 Version 3.0 und CHOP Version 8.0) sind ebenfalls weitere Regeln der Kodierung in der Einleitung und den In- und Exklusiva der einzelnen Kapitel aufgeführt. Zudem sind noch die allgemein gültigen Kodierrichtlinien der WHO (Weltgesundheitsorganisation) und die zweimal jährlich erscheinenden CodeInfos (mit Neuerungen bei problematischen Kodierfällen) vom BfS zu beachten.

All diese Richtlinien müssen beachtet werden, wenn ein Fall kodiert und in eine DRG eingeteilt wird. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass die bestehenden Richtlinien nicht genügen, damit einheitlich verschlüsselt und die Kodierung reliabel wird. Ein Grund hierfür liegt im Kodierrglement des Bundesamts für Statistik. Es entstand nicht, um Richtlinien für die Kodierung in einem DRG-System zu fixieren, sondern um Daten

#### Kasten

#### Kodier-Fallbeispiel: Ein Raucher mit Gallenblasenstein

Ein 45-jähriger Patient mit Gallenblasenstein ist zur laparoskopischen Cholezystektomie (Gallenblasenentfernung durch minimalinvasive Technik) hospitalisiert. Bekannt ist zudem ein Nikotinabusus (Nikotinabhängigkeit). Im Labor wird einmalig eine Hypokaliämie (Kaliummangel) festgestellt, die keine Therapiemassnahme nach sich zieht. Der Patient bleibt vier Tage im Spital.

#### Mögliche Kodierung<sup>2</sup>

##### Hauptdiagnose:

K80.2 Gallenblasen ohne Cholezystitis

##### Nebendiagnosen:

E87.6 Hypokaliämie

F17.2 Abhängigkeitssyndrom durch Tabak

##### Haupttherapie:

51.23 Laparoskopische Cholezystektomie

Groupierung<sup>3</sup> unter einer:

- *Restriktiven, regelkonformen Auslegung* ohne Nebendiagnosen:

DRG 494 «Lap. Cholezystektomie ... ohne KK» (Komplikationen & Komorbiditäten)  
CW 0.696<sup>4</sup> → CHF 4872.-<sup>5</sup>

- *Progressiven Auslegung:*

DRG 493 «Lap. Cholezystektomie ... mit KK» (Komplikationen & Komorbiditäten)  
CW 1.075<sup>4</sup> → CHF 7525.-<sup>5</sup>

Allein durch die Angabe oder das Weglassen der Nebendiagnosen wird ein Unterschied von CHF 2653.- erreicht. Die Nebendiagnosen haben für diesen Fall keinerlei behandlungswürdigen, diagnostischen oder pflegerischen Aufwand verursacht. Auch der stationäre Aufenthalt wurde dadurch nicht verlängert. Es ist damit nicht gerechtfertigt, für diesen Fall einen Mehrerlös zu erzielen.

für eine medizinische Landesstatistik (z.B. Anzahl der Stürze in häuslicher Umgebung) zu generieren.

Die Richtlinien lassen einen noch zu grossen Spielraum in der Interpretation des Aufwands einer medizinischen Leistung zu, wenn angestrebt ist, die stationären Spitalfälle prospektiv zu finanzieren.

Zwei Hauptauslegungsmöglichkeiten sind zu unterscheiden: die restriktive und die progressive Kodierung im Sinne des Spitals mit der daraus unterschiedlich resultierenden Abgeltung eines stationären Spitalfalls.

### Restriktive oder progressive Auslegung

In einer restriktiven Auslegung werden nur die Diagnosen kodiert, die

einen erhöhten Aufwand in diesem spezifischen stationären Aufenthalt beansprucht haben. Die dazugehörenden Therapien und Diagnostiken werden kodiert, wenn sie nicht zum stationären Standard eines Spitalfalls gehören. Dies wäre die sinngemässe Auslegung der Kodierrichtlinien des BfS. In einer progressiven Auslegung hingegen werden alle Diagnosen und Therapien kodiert, die über den Patienten bekannt sind. Der Aufwand durch die Nebendiagnosen wird dabei grosszügig ausgelegt. Eine solche Kodierung kann folgende Gründe haben:

- fehlende medizinische Dokumentation
- eine so genannte medizinische, gesamtheitliche Abbildung des Spitalfalls
- ein gewisser «Lerneffekt» des Kodierenden bezüglich der Gruppierung<sup>6</sup>
- eine bewusste Manipulation des DRG-Systems durch den Kodierenden
- spitalinterne «Statistik- und Qualitätsnachweise»

<sup>2</sup> Kodierung unter den Klassifikationen ICD Version 1.3 und CHOP Version 8.0

<sup>3</sup> 3M Grouper Version 1.6

<sup>4</sup> AP DRG Kostengewichtstabelle Version 5.1

<sup>5</sup> Als Berechnungsgrundlage wurde eine spekulative Base-rate von CHF 7000.- genommen.

<sup>6</sup> 3M Grouper: Softwareprogramm (statische bzw. unbeeinflussbare Sortierung) zur Ermittlung einer APDRG. Entwicklung durch und im Besitz des Staats New York.

■ arztbezogene «Statistik- und Leistungsnachweise»

Der Entwicklungsstand beziehungsweise die Starrheit des 3M Grouters<sup>6</sup> ist zudem dafür verantwortlich, dass auch eine regelkonforme Kodierung zu einer DRG führen kann, welche in keiner Weise den Kostenaufwand des Falls berücksichtigt oder gar in eine «Müll-DRG» (DRG-Gruppen, die nicht vergütet werden) führt. Deshalb können in diesen Fällen bewusst und real die geltenden Regeln ausser Kraft gesetzt werden, um in eine abrechenbare DRG zu gelangen.

Die Abgeltung eines stationären Falles hängt also stark davon ab, dass das Spital/der Kodierer die Kodierrichtlinien regelkonform interpretiert und anwendet. Dies kann unter Umständen für den Leistungsträger eine drei- bis vierstellige Finanzierungsungenauigkeit bei einem einzelnen Fall bedeuten (siehe Fallbeispiel im *Kasten*), sich jedoch in der Gesamtheit aller stationären Fälle wieder ausnivellieren.

### Kodierverhalten mit erheblichen Kostenfolgen

Im Einzelfall ist diese Ungenauigkeit eventuell noch zu tolerieren oder nicht auffallend. Wird ein solches progressives Kodierverhalten jedoch hochgerechnet über ein Budgetjahr im Spital (hoher Case-Mix-Index), so kann dies einen ungerechtfertigten Mehrerlös im Millionenbereich ergeben. Für ein Spital, das restriktiv kodiert, bedeutet dies einen Verlust bei der Verteilung des Globalbudgets durch den Kanton.

Eine korrekte und vergleichbare Finanzierung der Leistungserbringer kann nur gewährleistet werden, wenn mit transparenten und nachvollziehbaren Kodierregeln restriktiv und einheitlich kodiert wird. Derzeit findet eine vereinbarte stichprobenhafte Datenkontrolle nur auf Anordnung von kantonalen zuständigen Behörden oder von Kostenträgern gemäss dem im Vertrag zwischen den Parteien vereinbarten Modus statt. Der Kodierrevisor wird dabei im gegenseitigen Einverständnis gewählt. Dieser fertigt über seine

Arbeit einen Kodierrevisionsbericht an. Die Konsequenzen aus dem Ergebnis dieses Berichts sind vertraglich unterschiedlich geregelt.

Für die Einhaltung der Kodierregeln bedarf es einer unabhängigen und unparteiischen Kontrollinstanz, die nicht nur bei einer Kodierrevision zum Einsatz kommt, sondern auch in Einzelfällen herangezogen werden kann. Eine Grundvoraussetzung stellen dabei landeseinheitliche Vorgaben und Regeln dar. Ebenfalls soll mit den Ergebnissen des Kodierberichts einheitlich umgegangen werden. Dadurch können die Unterschiede zwischen einer restriktiven und einer progressiven Kodierung minimiert werden. ■

AutorInnen:

**Rolf Malk, Medizincontroller**  
**Katrin Rachinger, Kodierexpertin**

Malk Medizin Controlling AG

Alpenblickstrasse 20

8853 Lachen

E-Mail:

malk@medizincontrolling.ch

# Wie gesund ist die Gesundheitsökonomie?

von **Elsbeth Wandeler**,  
**Leiterin Abteilung Berufspolitik beim Schweizer Berufsverband für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK Schweiz**



Elsbeth Wandeler

Was wäre die Berichterstattung über die dramatische Situation des finanziell schwer gebeutelten Gesundheitswesens ohne die mahnenden, erklärenden, manchmal auch belehrenden Beiträge der Gesundheitsökonominnen? Wie hilflos würden wir nach Lösungen suchen, wenn sie uns nicht mit Studien, Berichten, Analysen und Rezepten – mit den je nach Auftraggeber unterschiedlichsten Resultaten – die Richtung weisen würden? Warum tun wir uns so schwer, wenn es doch so einfach wäre? Etwas mehr Markt, etwas mehr Eigenverantwortung, aber nur ja keine Einheitskasse. Wo kämen wir da hin, wenn sich die Kassen nicht mehr die guten Risiken abjagen könnten. Nichts wie weg von der heutigen Finanzierung, hin zu Patienten-Case-Mix-Berechnungen nach Fällen, Diagnosen und Therapien. Und vor allem kein Geld für Pflegebedürftige, denn diese sind – ökonomisch gesehen – fürs Bruttosozialprodukt nicht relevant. Alles klar? Dann bleibt nur noch die Frage: Wie gesund machen uns die Rezepte der

Gesundheitsökonominnen – oder was bringt den Patienten die Marktorientierung im Gesundheitswesen?

Die Grundlagen, auf denen dieser Markt seine Gewinne macht, sind Phänomene wie Krankheit, Behinderung, Angst, Schmerz und Sterben. Es geht im Gesundheitsmarkt darum, diese Phänomene wirtschaftlich zu nutzen. Es geht primär nicht um die Frage, was nützt oder was braucht der kranke Mensch an Untersuchungen und Therapien. Im Vordergrund steht vielmehr die Frage, was der Wirtschaft, den Unternehmen und ihren Aktionären den höchsten Profit bringt. Wie sonst lassen sich die enormen Mittel erklären, welche in die chemisch-pharmazeutische oder medizintechnische Industrie gesteckt werden? Gibt es ein schöneres Beispiel als die segensreiche Wirkung von Tamiflu auf Roche? Solange der kranke Mensch ein wirtschaftlicher Faktor ist, das heisst, an ihm Geld verdient werden kann, belastet er das Gesundheitswesen nur indirekt. Sobald aber die diagnostisch-therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft sind, wird der kranke Mensch zum reinen Kostenfaktor. Warum also Geld in die Pflege investieren, wenn man diese Kosten den privaten Haushalten zuschieben kann? Und was können denn Junge dafür, dass sie jung und gesund sind? Oder was kann die Gesellschaft dafür, dass es Kranke gibt, die nicht mehr gesund werden können?

Die Gesetze der freien Marktwirtschaft werden nicht zu einem sozialen, sicheren und bezahlbaren Gesundheitswesen führen. Die Problematik im Gesundheitswesen liegt in der Tatsache, dass die Nachfrage

nach Gütern des Gesundheitsmarkts weder von den finanziellen Möglichkeiten noch nach dem Lustprinzip der Konsumenten bestimmt wird, sondern vielmehr von ihrer gesundheitlichen Situation. «Mehr Selbstverantwortung» ist die viel gepriesene Lösung der Gesundheitsökonominnen. Und sofort wird das Beispiel mit dem Autokauf nachgeschoben: Man entscheide auch selber aufgrund der wirtschaftlichen Verhältnisse, ob man sich ein Auto leisten könne und wenn ja, welches. Nur: Ich kenne niemanden, der sich ernsthaft die Frage stellt, ob er sich einen Alzheimer leisten kann und wenn ja, welche Therapie für ihn erschwinglich ist. Solche Vergleiche sind zynisch und tragen mit Sicherheit nichts zur Problemlösung bei. Einverstanden: Es gilt, die Kosten-Nutzen-Diskussion zu führen. Doch nicht nur dort, wo der volkswirtschaftliche Nutzen offensichtlich ist, sondern auch dort, wo der Nutzen den Patienten zusätzliches Leid und Schmerzen erspart, wo die Gewinner die Pflegebedürftigen, psychisch Kranken und die sozial Schwachen sind.

**Elsbeth Wandeler**  
**Dipl. Pflegefachfrau**  
**Leiterin**

**Abteilung Berufspolitik SBK – ASI**  
**Geschäftsstelle Schweiz**  
**Postfach 8124**  
**3001 Bern**

**E-Mail: [elsbeth.wandeler@sbk-asi.ch](mailto:elsbeth.wandeler@sbk-asi.ch)**  
**Internet: [www.sbk-asi.ch](http://www.sbk-asi.ch)**

## Podium 2006: Spitalfinanzierung und Ärztenetzwerke

### Warum werden heute ambulante Behandlungen durch die Krankenversicherungen allein vergütet, stationäre Behandlungen jedoch finanziell hälftig von den Kantonen und den Versicherern getragen?

Dr. Max-Albrecht Fischer, Präsident von med-swiss.net, begrüsst die Podiumsteilnehmer:

- **Ständerätin Erika Forster-Vanini**, Präsidentin der parlamentarischen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
- **Nationalrätin Ruth Humbel Näf**, Mitglied der parlamentarischen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates, Mitglied der Geschäftsleitung SantéSuisse
- **Semya Ayoubi**, Mitarbeiterin Bereich Gesundheitsökonomie, Gesundheitsdirektorenkonferenz
- **Dr. med. Georg Ruffin**, CEO Kantonsspital Aarau
- **Dr. med. Jürg Vontobel**, Departementsleiter Leistungsmanagement Versicherung Concordia

### Die Voten der Teilnehmenden

**Max-Albrecht Fischer** schildert in seiner Einleitung zum Thema die momentane Problematik für die Ärztenetzwerke. Wenn Patientinnen und Patienten Hospitalisationen durch qualitätsbewusste ambulante Behandlungen erspart werden können, sinken die Kosten massiv. Mit dem heutigen dualen Abrechnungssystem profitieren die Kantone mit rund 50 Prozent der Kosten. Die Einsparung verbleibt damit nicht im Versicherungssystem. Den Versicherungen und insbesondere den mit Budgetmitverantwortung arbeitenden Ärztenetzwerken bleibt das Nachsehen. Für die Ärztenetzwerke sind deshalb Reformen in diesem Bereich von zentraler Bedeutung. Die Kantone profitieren von der Netzwerkarbeit zu rund 50 Prozent, beteiligen sich aber kaum an der Netzwerkförderung.

**Erika Forster-Vannini** erläutert den ursprünglichen Vorschlag der vorberatenden Kommission. Sie beabsichtigt, mit dem Modell die folgenden Ziele zu erreichen: Gleichbehandlung des ambulanten und stationären Sektors, Gleichbehandlung der öffentlichen und privaten Spitäler, Gleichbehandlung aller Versicherten, Finanzierung zu 70 Prozent durch die Versicherer und zu 30 Prozent durch die Kantone sowie eine monistische Kostenvergütung der Leistungserbringer durch die Versicherer. Obwohl das Modell mit der Gesundheitsdirektion vorbesprochen worden sei, wurde es in einer zweiten Stellungnahme von den Kantonsvertretern mit der folgenden Begründung abgelehnt: Die Kantone wollen die Spitalisten mit grösstmöglicher Autonomie selber gestalten, eine schweizerische Durchschnittsprämie sei kein Ziel, für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) sei den Kantonen eine maximale Belastung von 55 Prozent zumutbar. Daraufhin habe die vorberatende Kommission ein deutlich reduziertes Modell ausgearbeitet: Hauptgewicht erhalten Fallpauschalen (DRG: diagnosis related groups), die Kantone werden aufgefordert, eine einheitliche Spitalliste zu erstellen (öffentliche und private Spitäler, Vertragsspitäler bei Bedarf), der Mindestfinanzierungsgrad für die Kantone beträgt 60 Prozent, der Risikoausgleich ist zu verbessern und damit die Anreize für ein Care-Management zu verstärken. Neben der Spitalfinanzierung wird der Ständerat demnächst das Thema Managed Care bearbeiten: Es sollen finanzielle Anreize für Leistungserbringer, Prämienzahler und Versicherer geschaffen werden, der Netzwerkeintritt für Versicherte soll gefördert werden, und Managed Care soll Vorrang vor der allfälligen Lockerung des Kontrahierungszwangs haben. Die Netzwerkform ist offen, auch sehr umfassende Netzwerke (inklusive Spitäler und nicht ärztliche Leistungserbringer) seien denkbar, die Teilnahme am Care-Management soll prinzipiell freiwillig bleiben.

**Semya Ayoubi** begründet, wieso die Gesundheitsdirektorenkonferenz das monistische Vergütungsmodell ablehnt: Der Grundsatz der «fiskalischen Äquivalenz» («Wer zahlt, befiehlt») gelte auch für die Kantonsbeiträge. Die Kantone wollen den ambulanten Bereich weder mitfinanzieren noch mitplanen, als zahlende Instanz hätten die Kantone die Pflicht, adäquate Instrumente zur Kostensteuerung vorzusehen, und die Kantone lehnen eine Verschiebung der heutigen Finanzierungsanteile ab. Als Gegenvorschlag befürworten die Kantone eine Förderung der Fallpauschalenfinanzierung (DRG), damit die Spitäler verglichen werden können. Anschliessend sei eine fundierte Modelldiskussion (Modell Ständerat, Modell GDK) notwendig. Es sei der GDK bewusst, dass das Gewinnpotenzial für Netzwerke reduziert ist, aber bei einer monistischen Finanzierung sei das Risiko für die Ärztenetzwerke grösser.

**Ruth Humbel Näf** rückt die finanzielle Transparenz und die der Qualität in den Vordergrund: Erst durch einheitliche Systeme werden Preis- und Qualitätsvergleiche möglich. Sie ist der Meinung, dass die Spitalplanung kantonsübergreifend geregelt werden müsste, und dass stationäre und ambulante Leistungen gleich finanziert werden.

**Georg Ruffin** zählt die grundsätzlichen Voraussetzungen für das Gelingen des Care-Management auf: Transparenz bezüglich Prozessen, Kosten und Qualität; Kooperation im Sinne einer Vernetzung der Leistungserbringer und Versicherer; tarifliche, finanzielle und strukturelle Anreizsysteme und Wettbewerb unter den Versorgungsnetzen.

**Jürg Vontobel** bedauert, dass die Idee der monistischen Finanzierung von den Kantonen abgelehnt wurde. Dies wäre ein Beitrag zur geforderten Transparenz gewesen. Fallpauschalen (DRG) müssten unbedingt mit einem Qualitätsmanagement verbunden werden, sonst würde die Behandlungsqualität durch Unterversorgung leiden.

## Podiumsdiskussion

**Max-Albrecht Fischer:** Die Argumentation der Gesundheitsdirektoren sei schwach: Das Prinzip «Wer zahlt, befiehlt» gelte zum Beispiel auf kommunaler Ebene gar nicht. Nötig sei eine kantonsübergreifende Lösung der anstehenden Problematik.

**Georg Ruffin:** Auch die Spitäler würden einen einheitlichen Zahlungspartner bevorzugen.

**Semya Ayoubi:** Neben den Gesundheitsdirektoren seien auch die kantonalen Finanzdirektoren und die Konferenz der Kantonsregierungen der Meinung, dass das jetzige duale System beibehalten werden soll. Im neuen Modell sei nicht klar, wer die Steuergelder wie verteilt, und wer das Gesundheitswesen denn wirklich steuert. Die Kantone vermissen Transparenz bei den Versicherern.

**Ruth Humbel Näf:** Die Kantone hätten auch bei der monistischen Kostenvergütung immer noch einen grossen Einfluss; nach wie vor können sie mit der Spitalplanung, den Leistungsaufträgen und der Tarifgestaltung das Angebot gemäss Bedarf steuern. Transparenz bedeute aber auf jeden Fall bessere Planungsqualität.

**Semya Ayoubi:** Die Transparenz sei auch ohne Monistik realisierbar.

Alle Podiumsteilnehmer sind sich einig, dass ein fairer Risikoausgleich eine unabdingbare Voraussetzung für den Erfolg des **Care-Managements** darstellt.

## Publikumsfragen

Der Geschäftsleiter eines Ärztenetzwerkes mit ausbezahltem Budget erkundigt sich angesichts der durch die Netzwerke generierten Einsparungen zugunsten der Kantone nach einer allfälligen Vergütung der Kantone an die Netzwerke.

Semya Ayoubi antwortet, dass die Gesundheitsdirektoren über solche Vergütungen bisher kaum vertieft diskutiert hätten. Ein weiterer Netzwerkvertreter schlägt einen reduzierten Selbstbehalt für MC-Patienten vor, analog der neuen Handhabung für die Vergütung der Generika. Erika Forster-Vanini hält diesen Anreiz für sehr wertvoll.

Erika Forster-Vanini stellt dem Publikum die Frage, ob jemand anschaulich den Begriff Managed Care umschreiben könne. Der Vertreter der BlueCare AG vergleicht Managed Care mit dem Zürcher Verkehrsverbund. Früher sei für jedes öffentliche Verkehrsmittel ein separates Billett nötig gewesen. Heute können mehrere Verkehrsmittel mit einem einzigen Billett benutzt werden, das der Kunde selbst zusammengestellt hat, so wie es ihm am besten dient.

**Max-Albrecht Fischer** dankt den Podiumsteilnehmern und dem Publikum für das rege Interesse und beschliesst die Veranstaltung mit dem Wunsch nach einem neuen Napoleon, der für drei Jahre kommen sollte und mit dem Kantönlichegeist aufräumen müsste.

Das Podium 2006 fand am 31. August 2006 im Landesmuseum Zürich statt.

Jörg Fritschi  
Aktuar med-swiss.net



# «Ökonomische Psychotherapie»

**Spart Psychotherapie Kosten, oder kommt uns eine verbesserte Versorgung teuer zu stehen? Ist es bei Schlafstörungen effektiver, Medikamente oder Psychotherapie einzusetzen? Die zweite gemeinsame Tagung der Psychologie-, Psychiatrie- und Psychotherapie-Verbände ging Fragen der Gesundheitsversorgung nach.**

**Brigitte Casanova**

Es besteht ein grosser Bedarf an Psychotherapien, die Kosten-Nutzen-Relation ist gut, Psychotherapie bringt Nettoeinsparungen, sie ist günstiger als die Behandlung mit Medikamenten, und ihre Effekte sind stabil. «Warum sind wir Psychotherapeuten nicht im Schlaraffenland?» Dies fragte Hugo Grünwald, Professor an der Hochschule für Angewandte Psychologie HAP in Zürich, am zweiten gemeinsamen Kongress der Schweizer Psy-Verbände<sup>1</sup> vom 24. Juni 06 in Freiburg. In der Realität bläst den PsychotherapeutInnen ein rauer Wind entgegen.

<sup>1</sup> Folgende Verbände haben den gemeinsamen Kongress organisiert: Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen FSP, Schweizerischer Berufsverband für Angewandte Psychologie SBAP, Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie SGKJPP, Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP, Schweizerischer Psychotherapeutinnen- und Psychotherapeuten-Verband SPV.

Das Bundesamt für Gesundheit ändert die Leistungsverordnung für Psychotherapien per Januar 2007. Neu muss unter anderem für Behandlungen, die länger als zehn Sitzungen dauern, eine Meldung mit Begründung an den Vertrauensarzt geschickt werden. Das neue Verfahren soll der Kostenkontrolle dienen, wie Thomas Zeltner, Direktor des Bundesamts für Gesundheit BAG, in der Podiumsdiskussion sagte. Es gehe darum, eine mögliche Fehlversorgung zu beheben, auf die das Schweizerische Gesundheitsobservatorium Obsan hingewiesen hatte. Die aktuellen politischen Ereignisse haben die Tagung geprägt, die unter dem Titel «Psychotherapie und Gesundheitsversorgung» stand.

## Bedarf oder Potenzial

«Immer mehr Menschen sind mit psychischen Problemen konfrontiert, Menschen aus allen Berufen und in jedem Alter.» Ruth Lüthi, Staatsrätin im Kanton Freiburg und Vorsteherin der Direktion für Gesundheit und Soziales, nannte auch Gründe dafür: die gesellschaftlichen Umwälzungen, die neue Probleme mit sich bringen; die individualistische Gesellschaft; die Unsicherheit am Arbeitsplatz und traumatische Erfahrungen mit Gewalt und Krieg. Vor fünf Jahren wurde in einer Studie grob abgeschätzt, wie gross der Bedarf an Psychotherapie in der Schweiz ist und welche Einsparungen erzielt werden könnten, wenn alle Bedürftigen auch die richtige Behandlung erhielten. Andreas Frei, Gesundheitsökonom, präsentierte die Resultate: 19–21 Prozent der Bevölkerung leiden an einer psychischen Störung,

dies ist jede fünfte Person oder sind ungefähr 1,5 Millionen Menschen in der Schweiz. Berücksichtigt man die Therapiemotivation und Behandlungsnotwendigkeit, so ergibt dies einen Behandlungsbedarf bei 4,1 bis 7,8 Prozent der Bevölkerung. Es wären ungefähr eine halbe Million Fälle zu behandeln. Metaanalysen zeigen bei 80–90 Prozent der Studien, dass Psychotherapie 25–30 Prozent der Kosten einspart. Die Einsparungen beziehen sich auf die Kosten, die ohne Behandlung anfallen würden. Aufgerechnet auf die Fälle in der Schweiz stehen knapp einer Milliarde Behandlungskosten zwei Milliarden Einsparungen gegenüber, was eine Milliarde Nettoeinsparungen im Gesundheitswesen ergäbe. Dies sei kein «real life», sondern eine Potenzialabschätzung, wie Andreas Frei betonte. Pro Fall ausgedrückt macht dies 3720 Franken weniger stationäre Kosten und 440 Franken weniger ambulante, oder 3,5 eingesparte Spitaltage und 11 vermiedene Arztkonsultationen. Die neueren Studien, die Jürgen Margraf präsentierte, Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Basel, bestätigten Frei Zahlen in etwa. Margraf fügte noch ein wichtiges Detail an: 57,1 Prozent der psychisch Kranken werden von den Hausärzten behandelt, 28,5 Prozent sind bei somatischen Fachärzten in Behandlung, und nur wenige werden von Psychiatern und Psychologen betreut.

## Kosten-Nutzen-Überlegungen

Zu Zeiten Freuds galt, dass je länger eine Psychotherapie dauert, desto besser ist sie. Meinrad Perrez, Professor für klinische Psychologie an

der Uni Freiburg, begann sein Referat mit einem kurzen historischen Rückblick.

Damals war die Psychotherapie einigen wenigen Privilegierten vorbehalten. Heute haben alle Zugang zu Psychotherapie, und die Nutzen-Kosten-Relation ist in das Blickfeld gerückt.

Die Effektstärken der Psychotherapie müssen gemäss Perrez mit der Medikation verglichen werden. Bei Schlafstörungen zum Beispiel schneidet Psychotherapie besser ab als Medikamente und Plazebos, wenn man die Langzeitwirkung betrachtet. Dasselbe gilt für panische Störungen, kurzzeitig wirken Medikamente und Therapie gleich gut, langfristig ist Psychotherapie besser, so Perrez. Der Vorteil der Psychotherapie ist, dass sie keine Nebenwirkungen hat und stabile Effekte zeigt. Werden hingegen die Medikamente abgesetzt, so besteht Rückfallgefahr. Perrez legte dar, dass auch geringe

**«Gesundheitskosten lassen sich sparen, wenn früh und gezielt interveniert wird.»**

Effektstärken bei stationärer Behandlung einen hohen ökonomischen Nutzen aufweisen können. Krankschreibungen, Spitalaufenthalte und Arztbesuche reduzieren sich. Ein nicht behandeltes Burnout produziert enorme Kosten, wenn Lohnausfall mitgerechnet wird. Perrez: «Gesundheitskosten lassen sich sparen, wenn früh und gezielt interveniert wird.»

Diese Meinung vertrat auch Jürgen Margraf. In 95 Prozent der Studien zeigt es sich, dass die Kosten dank der psychotherapeutischen Behandlung gesenkt werden konnten (Nettoeinsparungen). In 76 Prozent aller Studien war die psychotherapeutische Behandlung günstiger als die medikamentöse. Die Spareffekte zeigen sich vor allem bei Kurzzeittherapien und Gruppentherapien. Auch der Basler Professor wies auf die Stabilität der Effekte hin. Ausserdem:



Hugo Grünwald, Professor an der Hochschule für Angewandte Psychologie HAP in Zürich



Ruth Lüthi, Freiburger Staatsrätin, Vorsteherin der Direktion für Gesundheit und Soziales



Jürgen Margraf, Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Basel



Volker Tschuschke, Professor für Medizinische Psychologie an der Universitätsklinik München



Meinrad Perrez, Professor für klinische Psychologie an der Uni Freiburg



Andreas Frei, Gesundheitsökonom

Psychotherapien wirken auch über Generationen hinweg. Kinder von behandelten Eltern (Angst, Depressionen) weisen in diesen Bereichen bessere Werte auf als Kinder unbehandelter Eltern. Margrafs Schlussfolgerung: Psychotherapie hat ein insgesamt positives Kosten-Nutzen-Verhältnis. Vorsicht ist geboten bei Verallgemeinerungen (nicht jede Therapie ist effektiv). Zudem gibt es

viele Bereiche, die nicht untersucht sind.

### **Evidenz-basierte Medizin und Psychotherapie**

Psychotherapien zu erforschen bietet denn auch einige Schwierigkeiten, wenn Evidence-based-Medicine (ebm)-Kriterien angewendet werden sollen. Dazu Volker Tschuschke, Professor und Leiter

**Freiburg: Neues Gesetz über die Organisation der Pflege im Bereich psychische Gesundheit**

Unter der Leitung der Staatsrätin Ruth Lüthi ist im Kanton Freiburg ein neues Gesetz entstanden, das die Gesundheitsversorgung im Bereich psychischer Gesundheit regelt. Es basiert auf folgenden Grundsätzen:

- Das Pflegeangebot ist nach den Bedürfnissen der PatientInnen ausgerichtet. Priorität in der Behandlung hat ambulant vor stationär.
- Bürgernahe Pflege: dezentralisierte Angebote
- Kontinuität in der Behandlung, Brüche vermeiden
- Pluridisziplinarität (sowohl ambulant wie stationär)
- Zusammenarbeit mit Patienten und Angehörigen
- Zusammenarbeit mit somatischer Medizin

Ruth Lüthi verweist auf erste Erfolge: Die Zusammenarbeit zwischen öffentlichen und privaten Institutionen und zwischen kantonalen psychiatrischen Spitälern und Pflegeheimen wurde verstärkt. Pflegeheimbewohner werden psychologisch betreut, und das Heimpersonal wird unterstützt. Eine Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten und Jugendorganisationen wurde etabliert.

Die staatlichen Angebote sind subsidiär: Sie kommen erst zum Tragen, wenn keine oder ungenügende private Angebote vorhanden sind.

der Abteilung Medizinische Psychologie an der Universitätsklinik in München: «Pharmakologie und Psychotherapie können nicht gleichgesetzt werden für eine wissenschaftliche Überprüfung.» Um das höchste Level der ebm-Studiengüte zu erreichen, sind prospektive, kontrolliert randomisierte Studien erforderlich. Diese Kriterien sind jedoch auf pharmakologische Studien zugeschnitten, in der Psychotherapie kann man nicht alle Variablen kontrollieren, so Tschuschke. Es ist nur schon zu fragen, was die Patienten die restlichen Stunden der Woche machen, wenn sie keine Therapie haben. Auch Patienten mit Monodiagnosen zu finden ist schwierig. Tschuschke: «Die Patienten, welche in Studien mitmachen,

sind nicht die Normal-Patienten, die in der Praxis angetroffen werden.» Zudem: Kann der Therapeut standardisiert werden? Wie kann die Studie doppelblind gemacht werden? Tschuschke weist darauf hin, dass sich die Varianz in der Psychotherapie nur zu 15 Prozent aus der Behandlungsmethode zusammensetzt. Der Rest stammt zu 30 Prozent aus der therapeutischen Beziehung, zu 40 Prozent aus Patientenfaktoren und 15 Prozent aus Placebo-Effekten.

**Einsparungen und Ausweichreaktionen**

In der Diskussion im Workshop «Lohnende Psychotherapie kostet» fragten sich die Teilnehmenden, wo die 25-30 Prozent Nettoeinsparungen sichtbar werden. Tenor: «Es geht bei Spitälern und Ärzten ab,

**«Psychotherapie hat ein insgesamt positives Kosten-Nutzen-Verhältnis.»**

und diese weichen auf andere Bereiche aus.» In Österreich sind bei besserer psychiatrischer/psychologischer Versorgung die Kosten nicht gesunken, sondern gestiegen, so ein Teilnehmer aus dem Plenum. Bestand ein Nachholbedarf, wurde eine Unterversorgung behoben, wurden die frei gewordenen Energien in einen anderen Bereich gelenkt, wo Bedarf bestand? Volker Tschuschke: «Noch nie wurden Kosten mit neuen Angeboten gespart.» Und Jürgen Margraf erinnerte: Das Einzige, das mit den Kosten korreliert, ist die Zahl der Anbieter. Zu fragen sei, wie Ausweichreaktionen verhindert werden können. Für die PsychotherapeutInnen stellt sich zudem die Frage, wer warum die PatientInnen erhält: Wer zuerst kommt? Zuerst die somatische Behandlung? Wer am lautesten schreit? Für Volker Tschuschke ist es unverständlich, dass die Krankenkassen diese Einsparungen nicht mithilfe der PsychotherapeutInnen realisieren wollen. In der Podiumsdiskussion am Schluss der Veranstaltung gibt Tho-

mas Zeltner, der BAG Direktor, eine mögliche Antwort: Die Erfolge in der akuten somatischen Medizin haben das Budget «gefressen»: Prävention, Schularzt oder psychiatrische Kliniken sind die Leidtragenden.

**Unwissen, Stigma und Konkurrenz**

Trotz guter Leistungsbilanz ist die Psychotherapie in der Gesellschaft zu wenig anerkannt. Dies statuierte Meinrad Perrez und zählte Gründe auf: Die Bevölkerung ist unzureichend informiert. So glauben beispielsweise zwölf Prozent der Rekruten, dass PsychologInnen mit Astrologie arbeiteten. Es besteht ein grundsätzliches Misstrauen gegenüber den Psy-Berufen. Zudem weisen auch alternative Methoden (nicht wissenschaftlich fundierte Therapien) «intermittierende» Erfolge auf. Dass der Beruf- und Titelschutz auf die lange Bank geschoben wurde, habe geschadet. Mehrere ReferentInnen kreiden auch die internen Reibereien unter den Psychologie-Berufen an. Und: Die Psychotherapien haben durch die chemische Industrie eine grosse Konkurrenz. Psychisch Kranke werden zudem noch immer stigmatisiert: In Umfragen sind viele dafür, dass ihnen der Führerausweis entzogen wird.

Ruth Lüthi, die Freiburger Staatsrätin, beobachtet hierbei jedoch eine Veränderung: «Das Verständnis in der Bevölkerung (für psychische Erkrankungen) hat zugenommen.» Sie wies darauf hin, dass das Projekt Nationale Gesundheitspolitik Schweiz die psychische Gesundheit als Priorität gesetzt hat. Die Zielvereinbarungen seien für die Kantone motivierend und stimulierend. Im Kanton Freiburg wurde das neue Gesetz über die Organisation der Pflege im Bereich psychische Gesundheit angenommen (siehe *Kasten*). Was bleibt, so Lüthi, sei «die leidige Finanzfrage». Denn die Verbesserungen in der Versorgung psychisch kranker Menschen bringen Konflikte mit den Krankenkassen. ■

**Bericht und Fotos:  
Brigitte Casanova**  
Redaktion «Managed Care»



# Stimmen zu Entwicklungen im Gesundheitswesen

## Spitex und Fallmanagement

Case Management in der Spitex – dieses Thema sei leider noch nicht reif. Dominik Holenstein, langjähriger Spitexbetriebsleiter und heute Fallmanager, erklärt seine Meinung der Zeitschrift «Schauplatz Spitex» wie folgt: «Zum einen ist der Blickwinkel in der Spitex oft noch zu eingeschränkt. Man ist stark mit dem Tagesgeschäft beschäftigt und macht sich wenig Gedanken zum Umfeld, das heisst zu einer regionalen und integrierten Versorgung, in der die Spitex eine wichtige Rolle spielen müsste.» Zum andern sei das Wissen über Case Management in der Spitex noch zu klein. Dabei eigne sich die Methode nicht nur bei den schwierigen Fällen. Holenstein: «Generell würde mit Case Management die Kommunikation und die Koordination zwischen Kundschaft, Angehörigen, Ärzteschaft und Spitex verbessert.» (bc)

*Quelle: «Die Spitex kann mit Case Management wegweisend sein». Fallmanager Dominik Holenstein im Interview mit Kathrin Spring. In: Schauplatz Spitex Nr. 4, August 2006.*

## Eigenverantwortung?

Die verschriebenen Medikamente einnehmen, Arzttermine einhalten, Gesundheitskurse besuchen und die Notfallstation nicht unnötig aufsuchen – dies sind unter anderem Bedingungen, welche der Krankenversicherer Medicaid West Virginia (USA) von seinen Mitgliedern zu unterschreiben verlangen will. Werden sie nicht eingehalten, so soll der Versicherte Leistungen verlieren. West Virginias BürgerInnen sind eher arm und haben eine entsprechend schlechte Gesundheit. Die Kritik am Vorhaben ist massiv: Bin ich verantwortlich für einen verpassten Arzttermin, wenn der Bus nicht gefahren ist? Ist es meine Schuld, wenn ich zu wenig Geld habe, um gesunde Nahrungsmittel zu kaufen? Wenn ich nicht verstehe, wie die Medikamente einzunehmen sind, soll ich dann bestraft werden, wenn ich es falsch mache? Was soll ich tun, wenn ich an der Arbeitsstelle nicht freikriege für einen Arztbesuch? Soll ich

deswegen das Recht verlieren, einen Diabeteskurs zu besuchen? Robert Steinbrook schreibt im «New England Journal of Medicine»: Eigenverantwortung tönt gut – sie in Versicherungsprogrammen umzusetzen dürfte jedoch schwierig sein. (bc)

*Quelle: Robert Steinbrook: Imposing Personal Responsibility for Health. In: The New England Journal of Medicine. Volume 355: 753–756. 24. August 2006. Und: Gene Bishop & Amy C. Brodkey: Personal Responsibility and Physician Responsibility – West Virginia's Medicaid Plan. The New England Journal of Medicine. Volume 355: 756–758. 24. August 2006.*

## NHS: Schlechte Leistung trotz mehr Geld?

Grossbritannien hat als einziges der weit entwickelten Länder die Sterblichkeit nach Schlaganfällen zwischen 1999 und 2003 nicht senken können. Dies zeigt eine OECD-Statistik. Die Todesfallrate nach Schlaganfällen sei fast 100 Prozent höher als in Australien, Kanada, Schweden, den USA und der Schweiz. Mit dieser Aussage kritisiert der britische Think-Tank Civitas das britische staatliche Gesundheitswesen NHS. Die britische Regierung habe zwar massiv mehr Geld ins NHS gesteckt und zum Beispiel Wartezeiten für Operationen senken können. Das Geld sei jedoch «grösstenteils verschwendet» worden, so Civitas. Unlautere Machenschaften, um die Statistik zu schönen, exzessive Pausen und Verspätungen bei Operationen führt Civitas zudem an. Die wirklichen Probleme lägen jedoch dort, wo es keine öffentlich stark beachtete Statistik gebe. (bc)

*Quelle: Kritik am britischen Gesundheitswesen. In: Neue Zürcher Zeitung, 15. August 2006.*

## Gesundheit langfristig fördern

«Abbau von selbstschädigendem Verhalten» verspreche in den westlichen Industrienationen weiteren Gesundheitsgewinn. Dies schreibt Felix Gutzwiller, Professor für Sozial- und Präventivmedizin an der Universität Zürich, im Editorial von «Focus», dem Magazin der Gesundheitsförderung Schweiz. «Konzepte wie Gesundheitskompetenz, Handlungsautonomie, Eigenverantwortung und

aktive Mitgestaltung der Umwelt» gehörten deshalb zur neuen langfristig ausgerichteten Strategie von Gesundheitsförderung Schweiz. Felix Gutzwiller, der auch Stiftungsratsmitglied der Organisation ist, gibt an gleicher Stelle zu bedenken: «Zudem ist offensichtlich, dass die Entwicklung zu einem selbstbestimmten Individuum entscheidend durch Faktoren geprägt wird, die nur marginal durch Gesundheitsförderung beeinflusst werden können, etwa Persönlichkeit, Elternhaus, Bildungschancen und sozialer Kontext.» (bc)

*Quelle: Felix Gutzwiller: Gesundheit, das unentdeckte Kapital. Editorial. In: Focus, Das Magazin von Gesundheitsförderung Schweiz. Nr. 27, Juni 2006. Und: Langfristige Strategie der Gesundheitsförderung Schweiz. Internet: www.gesundheitsfoerderung.ch; 27. August 2006.*

## Enhancement-Medizin

Nicht therapeutische, präventive, rehabilitative oder palliative Behandlungen sind mit Enhancement-Medizin gemeint, sondern solche, die aufgrund individueller Präferenzen oder kultureller Normvorstellungen erfolgen. Christian Lenk, Ethiker an der Georg-August-Universität in Göttingen, hat sich mit dem Phänomen befasst: Es kann in der Reproduktionsmedizin bedeuten, dass man Kinder mit bestimmten Merkmalen oder einem bestimmten Geschlecht möchte. Oder Menschen formen den eigenen Körper mit Tattoos, Doping, Bodybuilding oder ästhetisch-plastischer Chirurgie so, wie es ihren Wünschen entspricht – oder den ästhetischen oder kulturellen Vorstellungen einer Gesellschaft. Es kann aber auch sein, dass Kindern Ritalin gegeben wird, damit in Schule und Freizeit unerwünschtes, oft «jungenhaftes» Verhalten weniger auftritt. Bezieht sich ein medizinischer Eingriff auf eine Krankheit im engeren Sinn oder auf ein gesellschaftlich unerwünschtes Merkmal? Lenk weist auf die Gefahr hin, dass soziale und kulturelle Probleme medikalisiert werden. Zudem: Wer bezahlt missglückte Enhancement-Versuche? (bc)

*Quelle: Christian Lenk: Den gesunden Körper verbessern? In: SAMW-Bulletin Nr. 3/06.*

Datum, Ort	Veranstaltung	Kontaktadresse
22.–25. Oktober, London (UK)	23 <sup>rd</sup> 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
24. Oktober, Zürich	Zukunftssicherung im DRG-Zeitalter	Euroforum Handelszeitung Konferenz AG, Stéphanie Reimann, Postfach/Seestrasse 344, 8027 Zürich. Tel. 044-288 94 53. Fax 044-288 94 71. E-Mail: stephanie.reimann@euroforum.ch; Internet: www.euroforum.ch
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 Morrillons, 1211 Genève. Tél. 022-791 42 60. Fax 022-791 43 94. E-Mail: info@globalforumhealth.org; Internet: www.globalforumhealth.org
31. Oktober, Zürich	Versichertenkarte, Gesundheitskarte	zmed AG, Grütlistrasse 36, 8002 Zürich. Tel. 044-280 16 16. Fax 044-280 44 03. E-Mail: sek.zmed@hin.ch; Internet: www.zmed.ch
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
2.–3. November, Bern	Fachkongress «Alter»: Unternehmenskultur im Heim	Curaviva Fachbereich Alter, Postfach, 8034 Zürich. Tel. 044-385 91 77. Fax 044-420 11 10. E-Mail: alter@curaviva.ch; Internet: www.seniorennetz.ch
7. November, St. Gallen	Chancengleichheit und Gesundheit	Caritas-Fachstelle für Gesundheit und Integration, Klosterhof 6e, 9000 St. Gallen. Tel. 071-227 34 47. Fax 071-227 34 69. E-Mail: gesundheit@sg.caritas.ch; Internet: www.caritas.ch/gesundheit
7.–8. November, Bern	Dream Teams – im Spital	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
8.–9. November, Berlin (D)	Update Gesundheitskarte	Euroforum Deutschland GmbH, Postfach 11 12 34, D-40549 Düsseldorf. Tel. 0049 211-9686 36 88. Fax 0049 211-9686 30 00. E-Mail: info@euroforum.com; Internet: www.euroforum.de
13.–14. November, Bern	Der Kunde ist König! – Und der Patient?	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
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. November, Bern	Schweizerische Krebsstagung: Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln?	Krebsliga Schweiz, Krebsstagung 2006, Postfach 8219, 3001 Bern. Tel. 031-389 93 28. Fax 031-389 91 60. E-Mail: sponsiello@swisscancer.ch; Internet: www.swisscancer.ch
16.–17. November, Magglingen	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 <sup>th</sup> 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
22.–24. November, Berlin (D)	2. Konferenz des Netzwerks TA: Technology Assessment der Weltgesellschaft	Netzwerk TA, Netzwerk der deutschsprachigen Technikfolgenabschätzungs-Community, Dr. Michael Decker, ITAS, Postfach 3640, D-76021 Karlsruhe. Tel. 0049 7247-82 2501. Fax 0049 7247-82 4806. E-Mail: NetzwerkTA@itas.fzk.de; Internet: www.netzwerk-ta.net
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
1.–2. Dezember, Berlin (D)	12. Kongress «Armut und Gesundheit»	Gesundheit Berlin, Kongress «Armut und Gesundheit», Friedrichstraße 231, D-10969 Berlin. Tel. 030-44 31 90 60. Fax 030-44 31 90 63. Internet: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
6. Dezember, Lugano	1. Schweizerische Konferenz zur Gesundheitsverträglichkeitsprüfung	Equiterre, Thierno Diallo, Rue des Asters 22, 1202 Genève. Tél. 022-329 99 29. E-Mail: diallo@equiterre.ch; kurt.frei@ti.ch; Internet: www.equiterre.ch
6. Dezember, Bern	9. Novartis-Forum für Gesundheitsökonomie: Kosten im Gesundheitswesen: Was macht die Schweiz besser?	Novartis Pharma Schweiz AG, Eveline Schmied, Monbijoustrasse 118, 3007 Bern. Tel. 031-377 53 03. Fax 031-377 52 50. E-Mail: eveline.schmied@novartis.com
10.–13. Dezember, Orlando (USA)	18 <sup>th</sup> Annual National Forum on Quality Improvement in Health Care	Institute for Healthcare Improvement IHI, 20 University Road, 7th Floor, Cambridge, MA 02138 USA. Tel. 617 301-4800. Fax 617 301-4848. E-Mail: info@ihi.org; Internet: www.ihi.org

Datum, Ort	Veranstaltung	Kontaktadresse
18. Januar 2007, Montreux	9. Tagung Forum Santé-Gesundheit: «Konkurrenz und Solidarität: Mythos oder Realität?»	Sanofi-Synthélabo (Schweiz) AG, Jean-Louis Franzetti, Postfach 361, 1217 Meyrin 1. Fax 022-783 93 54. E-Mail: forumgesundheit@sanofi-aventis.com. Internet: www.forumgesundheit.ch
25.–26. Januar 2007, Zug	9. Nationale Gesundheitsförderungs-Konferenz	Gesundheitsförderung Schweiz, Silvia Moser Luthiger, Im Leemann 6, 8805 Richterswil. Tel. 043-888 07 81. Fax 043-888 07 82. E-Mail: mlcons@bluewin.ch; Internet: www.gesundheitsfoerderung.ch
5.–8. März 2007, Zürich	Intensivkurs Gesundheitswesen Schweiz	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
25.–27. März 2007, Nashville (USA)	8 <sup>th</sup> Annual International Summit on Redesigning the Clinical Office Practice	Institute for Healthcare Improvement IHI, 20 University Road, 7 <sup>th</sup> Floor, Cambridge, MA 02138 USA. Tel. 617 301-4800. Fax 617 301-4848. E-Mail: info@ihi.org; Internet: www.ihi.org
16.–17. April 2007, Lissabon (P)	5 <sup>th</sup> Quality Improvement Research Network (QIRN)	BMA House, Tavistock Square, London WC1H 9JR, UK. Tel. 0044-20 7383 6409. Fax 0044-20 7383 6869. E-Mail: quality@bmjgroup.com; Internet: www.quality.bmjgroup.com
18.–20. April 2007, Barcelona (E)	International Forum on Quality and Safety in Health Care	BMA House, Tavistock Square, London WC1H 9JR, UK. Tel. 0044-20 7383 6409. Fax 0044-20 7383 6869. E-Mail: quality@bmjgroup.com; Internet: www.quality.bmjgroup.com
13.–15. Juni 2007, Nashville (USA)	3 <sup>rd</sup> Annual International Summit on Redesigning Hospital Care	Institute for Healthcare Improvement IHI, 20 University Road, 7 <sup>th</sup> Floor, Cambridge, MA 02138 USA. Tel. 617 301-4800. Fax 617 301-4848. E-Mail: info@ihi.org; Internet: www.ihi.org

Datum, Ort	Weiter- und Fortbildung	Kontaktadresse
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
6.–9. November, Zürich	Intensivkurs Gesundheitswesen Schweiz	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
13. November–1. Dezember, Ifakara (Tansania)	Health District Management: Planning and Programme Design	Swiss Tropical Institute, Course Secretariat, 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: 7. März 2007 (22 Tage), Luzern	Ethische Prozesse und Organisationsentwicklung im Sozialbereich	Curaviva Weiterbildung, Abendweg 1, 6000 Luzern 6. Tel. 041-419 72 62. Fax 041-419 72 51. E-Mail: wb.management@curaviva.ch; Internet: www.weiterbildung.curaviva.ch
Beginn: 12. März 2007, Basel	Health Care and Management in Tropical Countries	Swiss Tropical Institute, Course Secretariat, 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: 12. März 2007 (22 Tage), Aarau	Leadership in Gesundheitsinstitutionen	Hplus, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. E-Mail: bildung@hplus.ch; Internet: www.kurse.hplus.ch
Beginn: 19. März 2007, Zürich	Medical Ethics	Ethik-Zentrum der Universität Zürich, Sekretariat, Anna Racca de Oliveira Lima, Zollikerstrasse 117, 8008 Zürich. Tel. 044-634 85 15. Fax 044-634 85 08. E-Mail: mae@ethik.unizh.ch; Internet: www.ethik.unizh.ch/asae
Beginn: 12. April 2007 (10 Tage), Aarau	Medizincontrolling	Hplus, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. E-Mail: bildung@hplus.ch; Internet: www.kurse.hplus.ch
Beginn: 19. April 2007 (20 Tage), St. Gallen	Planungs- und Führungsinstrumente im Gesundheitswesen	FHS Hochschule für Technik, Wirtschaft und Soziale Arbeit St. Gallen, Management-Weiterbildungszentrum, Teufenerstrasse 2, Postfach 630, 9001 St. Gallen. Tel. 071-228 63 28. Fax 071-228 63 20. E-Mail: management@fhsg.ch; Internet: www.fhsg.ch/management
Beginn: 18. Juni 2007 (40 Tage), Aarau	Management in Gesundheitsinstitutionen	Hplus, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. E-Mail: bildung@hplus.ch; Internet: www.kurse.hplus.ch
Beginn: 25. Juni 2007 (40 Tage), Aarau	Interdisziplinäre Führung	Hplus, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. E-Mail: bildung@hplus.ch; Internet: www.kurse.hplus.ch

Hinweise erwünscht:

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

## Anreize für HausärztInnen

Die St. Galler Regierung schafft Anreize für junge HausärztInnen: Sie lockert den Praxisstopp für neue Modelle (zwei ÄrztInnen können eine Praxis in Teilzeitarbeit oder eine Gemeinschaftspraxis führen), sie wird Praxisassistenzen anbieten, neue Notfalldienstmodelle erarbeiten und die Weiterbildungsangebote ausbauen. Eine wissenschaftliche Analyse zur Berufsmotivation junger ÄrztInnen bestärkte die St. Galler Gesundheitsdepartementsvorsteherin Heidi Hanselmann und die Regierung, diesen Schritt zu tun. Über ein Drittel der 342 praktizierenden HausärztInnen im Kanton St. Gallen ist über 55 Jahre alt, deshalb müssen jährlich 14 ÄrztInnen neu in den Beruf einsteigen. (bc)

Quelle: Starthilfe für Hausärzte. Der Kanton St. Gallen lockert die Bewilligungspraxis für Arztpraxen. In: St. Galler Tagblatt, 18. August 2006.

## Ernährungsindustrie und Gesundheit

Die WHO hat im Mai 2004 eine globale Strategie für Ernährung, Bewegung und Gesundheit verabschiedet. Diese verlangt von Nahrungsmittelkonzernen, ihren Anteil zur Verbesserung der Volksgesundheit zu leisten. Die Firmen sollen eine gesunde Ernährung propagieren, ihre Produkte der Gesundheit zuträglicher machen, besser informieren, das Marketing verantwortungsvoller gestalten und die Zusammensetzung der Produkte den verantwortlichen Behörden melden.

Eine Studie zeigt nun auf, dass nur eine Minderheit der Firmen den WHO-Vorgaben folgt. Veränderungen über Nacht seien nicht zu erwarten gewesen, so die Autoren, aber ein langfristiger Wandel müsste jetzt beginnen. Generell seien Nahrungsmittelhersteller engagierter als Grossverteiler und Schnellimbissketten. Der Handlungsdruck ist je nach Land unterschiedlich, und er scheint ein Schlüsselement für Veränderungen zu sein. Während in den USA vor allem Klagen von Übergewichtigen befürchtet werden, sorgen sich europäische Unternehmen eher um ihren guten Ruf. (bc)

Quelle: Tim Lang, Geof Rayner and Elizabeth

Kaelin: The food industry, diet, physical activity and health: a review of reported commitments and practice of 25 of the world largest food companies. April 2006. Centre for Food Policy, City University, Northampton Square, London EC1V 0HB.

## Gesundheitsinformationen, die gelesen werden

Ältere Frauen mit tiefer Bildung lesen Krankenkassen-Magazine am häufigsten und intensivsten. Und in vier Fünfteln aller Haushalte werden die Zeitschriften von mindestens einer Person gelesen. Eine Studie vom Institut für Angewandte Medienwissenschaft in Winterthur zeigt im Weiteren, dass 48 Prozent der LeserInnen findet, die Texte dienen sowohl den LeserInnen als auch den Versicherern. Nur 23 Prozent meinen, dass die Krankenkassen-Magazine einseitig berichten. Prävention und Gesundheitsförderung, Ernährung, Krankheiten, Sport und Gesundheitspolitik sind die Themen, zu denen die Versicherten lesen möchten. Die Versicherer wollen mit Informationen zu Prävention und Gesundheitsförderung die Gesundheitskosten senken. (bc)

Quelle: Iris Giovanoli: Benchmarking-Studie «Krankenkassen-Magazine». Internet: www.iam.zhwin.ch/forschung; 27. August 2006.

## Boomende Medizinaltechnik

Zahnimplantate, chirurgische Instrumente, Ersatzgelenke und Rollstühle – die medizinaltechnische Industrie stellt für das heutige Gesundheitswesen unentbehrliche Produkte her. In 600 Firmen mit insgesamt 35000 Stellen wird in der Schweiz ein Marktvolumen von 4 Milliarden Franken erarbeitet, dieses wächst jedes Jahr um 8 Prozent. Eine immer älter werdende Bevölkerung sorgt dafür, dass dieses Wachstum eher noch ansteigen wird. Die Uhren- und Maschinenindustrie in der Schweiz hat der Branche einen idealen Boden bereitet, um sich zu entwickeln, da Fähigkeiten und Kenntnisse vorhanden sind. Weil die Lohnkosten bei den hochwertigen, teuren Produkten eine untergeordnete Rolle spielen, wird die Produktion auch kaum ins Ausland ausgelagert werden. (bc)

Quelle: Judith Wittwer: Medtech – die Stellschaffer der Nation. In: Tages-Anzeiger, 21. August 2006.

## VORSCHAU

### Schwerpunktthema: PFLEGE UND CHRONISCH KRANKE

Erscheinungsdatum: 1. Dezember 2006

Unterstützung von Brustkrebs-Patientinnen

Schulung zur Selbsthilfe

Selbst regulierendes Modell für Krankheitsmanagement

Körperuntersuchungen in der Pflege

Pflegefinanzierung und Kostenwahrheit

Die Wundsprechstunde

Krankenkassen und Pflegende

Neue Hausarztmodelle in Deutschland

Palliative Care

## Telemedizinisch unterstütztes Schlaganfall-Netzwerk

Eine schnelle, spezialisierte Therapie ist bei einem Schlaganfall entscheidend. Eigentliche Stroke-Units lohnen sich aber in ländlichen Regionen nicht. Die Kreisklinik Ebersberg (Deutschland) hat sich deshalb mit zwei Schlaganfallzentren telemedizinisch vernetzt: Eine Videokonferenz ermöglicht dem Arzt im Regionalspital, den Patienten zusammen mit einem Spezialisten zu untersuchen; die Computertomografie-Daten werden elektronisch übertragen, und der Konsiliararzt liefert im Gegenzug rasch seinen Bericht. Der Konsildienst ist 24 Stunden aufrufbar. Daneben hat die Klinik eine kleine Schlaganfallstation aufgebaut (bis anhin kamen die Patienten auf die Innere Medizin), hat Ärzte und Therapeuten in den Kooperationskliniken weitergebildet und die Behandlungsempfehlungen standardisiert. Resultat: Die Prozessqualität wurde gesteigert, die Behandlungsergebnisse verbessern sich. (bc)

Quelle: H. Müller et al.: Verbesserung der Schlaganfall-Behandlung in einem regionalen Versorgungskrankenhaus. Prozessqualität vor und nach Einbindung in ein telemedizinisch unterstütztes Schlaganfall-Netzwerk. In: Deutsche Medizinische Wochenschau 2006; 131: 1309–1314.