



# managed care

8 • 2002

## Gesundheitsversorgung im Spannungsfeld zwischen Privatisierung und Demokratie

Zu viel Demokratie im Gesundheitswesen?

Wieviel Föderalismus erträgt unsere Gesundheitsversorgung?

Erfahrungen mit staatlicher und privater Regulierung in den USA

Welthandel mit Gesundheitsdienstleistungen

Die Ziele der Gesundheitsversorgung

Change Management am Beispiel des Spitals

Selbsthilfegruppen fördern Selbstverantwortung

Aufwertung der Pflege – eine Aufgabe der Politik

Mehr Handlungsspielraum für Spitäler

Kompatibilität der Vergütungssysteme in Deutschland

E-Health: Neue Informationstechnologien im Gesundheitswesen

[www.fmc.ch](http://www.fmc.ch)

[www.medpoint.ch](http://www.medpoint.ch)

en français:

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

# Gesundheitsreformen im Spannungsfeld zwischen Privatisierung und Demokratie

Remo Gysin

Die aktuellen Vorschläge zur Reform unseres Gesundheitssystems enthalten Ermutigendes, zum Beispiel die von Bundesrätin Ruth Dreifuss und den kantonalen Gesundheitsdirektionen initiierte Entwicklung einer Nationalen Gesundheitspolitik. Auch die Gesundheitsförderung bekommt endlich mehr Mittel und Gewicht.

Gegenteilige Bestrebungen sind leider auch zu beobachten. Kürzungen des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenversicherung und die Aufhebung des Kontrahierungszwangs würden die Gesundheitsversorgung einschränken und die finanzielle Belastung der Bevölkerung tendenziell erhöhen. Was heute im Versicherungssystem eingeschlossen ist, müsste künftig mit zusätzlichen Mitteln erstanden werden.

Die meisten Reformvorschläge orientieren sich nicht an Gesundheitszielen, wie Chancengleichheit, Versorgungssicherheit und hoher Qualität, sondern am Wunsch nach grösserer Effizienz, also lediglich an einer sicherlich wichtigen Nebenbedingung. Das könnte letztlich mehr schaden als nützen.

Die grösste Herausforderung liegt meines Erachtens in der unsozialen Finanzierung unseres Gesundheitssystem. Aufgrund der einseitigen «Verteilung der finanziellen Lasten» zuungunsten der privaten Haushalte steht die Schweiz in der WHO-Weltrangliste lediglich auf Platz 20.

Fragwürdig finde ich Privatisierungsideen, wie die «Spital AG Schweiz», und die damit verbundene Marktgläubigkeit. Markt- und Preismechanismen verbauen finanziell schwächeren Bevölkerungsschichten den Zugang zu medizinischen Leistungen. Ein Blick auf das Gesundheitssystem der USA,

das sich im internationalen Vergleich am meisten Markt und Wettbewerb aussetzt, legt offen, wohin die Deregulierung führt. Höhere Kosten bei schlechteren Leistungen heisst das für manche wohl überraschende Ergebnis. William C. Hsiao, Professor an der Harvard Universität, erklärt in diesem Heft die entsprechenden Zusammenhänge. Weit gehend unbenutzt könnten in Zukunft auch WTO-Regelungen unser Gesundheitssystem belasten, warnt Marianne Hochuli, Mitarbeiterin der Erklärung von Bern. Diese Ausgabe von «Managed Care» soll zum Nachdenken provozieren. Spannungsfelder, ungleiche Kräfteverhältnisse der bedeutendsten Akteure sowie Stärken und Schwächen unseres Gesundheitssystems werden kritisch beschrieben. Bestehendes wird in Frage gestellt, Neues angeregt. Im Vordergrund stehen für einmal nicht die stärksten Akteure, sondern mit dem Thema Selbsthilfe zum Beispiel die Patienten.



Remo Gysin

**Remo Gysin**

Dr. rer. pol., Nationalrat BS  
E-Mail: [info@gysinbasel.ch](mailto:info@gysinbasel.ch)

## SCHWERPUNKTTHEMA:

GESUNDHEITSVERSORGUNG IM SPANNUNGSFELD  
ZWISCHEN PRIVATISIERUNG UND DEMOKRATIE

- 8** ..... **Zu viel Demokratie im Gesundheitswesen?**  
Adrian Vatter  
Starke marktwirtschaftliche Ausrichtung, föderale Strukturen und die Mitsprache der Stimmbürger prägen das schweizerische Gesundheitssystem.
- 10** ..... **Wieviel Föderalismus erträgt unsere Gesundheitsversorgung?**  
Philippe Lehmann  
Nicht der Föderalismus per se, sondern die Subsidiaritätsregeln erschweren die Steuerbarkeit der Gesundheitsversorgung. Das Projekt «Nationale Gesundheitspolitik Schweiz» versucht, gemeinsame Strategien zu entwickeln.
- 13** ..... **Erfahrungen mit staatlicher und privater Regulierung im US-amerikanischen Gesundheitssystem**  
William C. Hsiao  
Die USA haben das teuerste und auch ungerechteste Gesundheitsversorgungssystem. Was können wir aus der amerikanischen Erfahrung lernen?
- 16** ..... **Welthandel mit Gesundheitsdienstleistungen**  
Marianne Hochuli  
Die Koordinatorin der Erklärung von Bern erklärt die Zusammenhänge zwischen der Welthandelsorganisation WTO, dem Dienstleistungsabkommen GATS und dem schweizerischen Gesundheitswesen.
- 18** ..... **Die Ziele der Gesundheitsversorgung am Beispiel des Kantons Basel-Stadt**  
Interview mit Bruno Bucheli  
Die kantonalen Ziele der Gesundheitsversorgung im Verhältnis zum Bund und zu den WHO-Zielen «Gesundheit für alle». Ein Gespräch mit dem Kantonsarzt von Basel-Stadt.
- 21** ..... **Change Management in der Gesundheitsversorgung am Beispiel des Spitals**  
Norbert Thom und Michèle Etienne  
Wandel in heterogenen Organisationen muss die Vielfalt nutzen und Schlüsselpersonen zusammenbringen.
- 24** ..... **Selbstverantwortung fördern durch Selbsthilfegruppen**  
Regula Kupper  
Selbsthilfegruppen wirken positiv auf das Individuum, es zeichnen sich aber auch Effekte auf das Gesundheitsversorgungssystem ab.
- 26** ..... **Aufwertung der Pflege – eine Aufgabe der Politik**  
Rudolf Joder  
Warum die Pflege aufgewertet werden muss und weshalb sich ein Nationalrat dafür engagiert. Artikel und Interview.
- SPITALMANAGEMENT
- 36** ..... **Mehr Handlungsspielraum für Spitäler**  
Ralph Niedermann  
Eine Befragung von 33 Direktoren und Direktorinnen von Schweizer Spitalern über erfolgreiche Spitalführung.
- INTEGRIERTE VERSORGUNG
- 37** ..... **Kompatibilität der Vergütungssysteme – Motor der Integration von Gesundheitsdienstleistungen in Deutschland**  
Peter Kurt Josenhans  
Kompatible Vergütungssysteme im ambulanten und stationären Bereich ermöglichen sektorübergreifende Versorgungsprozesse, meint der Autor aus Deutschland.

VERANSTALTUNGSBERICHT

**40** ..... **Neue Informationstechnologien im Gesundheitswesen**  
 Brigitte Casanova  
 Bericht über den eHealthCare.02-Kongress vom 3. und 4. Oktober in Zürich.

RUBRIKEN

**7** ..... **Seite des Forums Managed Care**  
 Mit den Patientinnen und Patienten sprechen. (Interview mit Heidi Schriber)

**30** ..... **Seite von med-swiss.net**

**31** ..... **Der Fall (Fallbeschreibung)**  
 Notstand in der Pflege? (Bettina Brönnimann, Vanessa Aellig, Marija Lesnik)

**32** ..... **Der Fall (Stellungnahme)**  
 Gedanken eines nicht direkt Betroffenen (Dölf Aebersold)  
 Verantwortlichkeiten und Kompetenzen (Mechthild Willi Studer, Regula Tobler)  
 Ohnmachtsgefühle positiv nutzen (Regula Blaser-Imhasly)  
 Strukturelle Ursachen (Werner Widmer)

**43** ..... **Resonanz**  
 Telefonberatung anstatt Hausarzt • Kosteneinsparungen im Hausärzte-Netzwerk • Können Kosten dämpfende Massnahmen evaluiert werden? • Das KVG aus deutscher Sicht

**35/44/45** ..... **Buchhinweise**  
 Outcome-Messung im Krankenhaus • «Balanced Scorecard im Krankenhaus» • DRGs und Pflege

**47** ..... **Veranstaltungskalender**

**48** ..... **In Kürze**  
 Forschungsprojekt zur gesundheitsbezogenen Selbsthilfe • Lohnabhängige Prämien erwünscht • Lehrstuhl für Geriatrie geplant • Joint Venture in der Onkologie • Demografie und Gesundheitskosten • Patienten fassen sich kurz \*\*\* Vorschau: Integrierte Versorgung als Gütesiegel

managed  
care

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

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

**Redaktioneller Beirat:**  
 Georges Ackermann, Richard Altorfer, Otto Brändli, Leo Buchs, Martin Denz, Herbert Gautschi, Kurt E. Hersberger, Kurt Hess, Claudio Heusser, Christian A. Ludwig, Christian Marti, Regula Ricka, Henri Robert, Urs Salzmann, Stefan Schindler, Heidi Schriber, Ruedi Wartmann, Mechthild Willi Studer, Rolf Zwygart

**Redaktionsausschuss:**  
 Georges Ackermann, Leo Buchs, Christian A. Ludwig, Christian Marti, Heidi Schriber, Ruedi Wartmann

**Betreuung des Schwerpunktthemas:**  
 Remo Gysin

**Redaktion:**  
 Brigitte Casanova (bc) und Rita Schnetzler (rs)  
 Stampfenbrunnenstrasse 40, 8048 Zürich  
 Telefon und Fax 01-431 73 56  
 E-Mails: b.casanova@rosenfluh.ch  
 r.schnetzler@rosenfluh.ch

**Redaktionssekretariat:**  
 Claudia Mascherin, Sabine Heger  
 Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen  
 Telefon 052-675 50 60, Fax 052-675 50 61  
 E-Mail: info@rosenfluh.ch

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

**Anzeigenverkauf:**  
 Ernst Schäublin  
 Bahnhofstrasse 56, 4125 Riehen  
 Telefon 061-641 60 40, Fax 061-641 46 01

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

**Druck:**  
 stamm+co. Grafisches Unternehmen  
 8226 Schleithem

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

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

Einzelheft-Bestellungen bitte an das Redaktionssekretariat

Mitglieder des Forums Managed Care erhalten die Zeitschrift gratis. Der Jahresbeitrag für die Vereinsmitgliedschaft beträgt Fr. 140.–. Kontaktadresse: Forum Managed Care, Postfach, 8402 Winterthur

Diese Zeitschrift wird im EMBASE/Excerpta Medica indexiert.  
 6. Jahrgang; ISSN 1422-6618

© Copyright by Rosenfluh Publikationen Neuhausen

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



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

# managed care

«Managed Care – Schweizer Zeitschrift für Managed Care, Public Health, Gesundheits- und Sozialökonomie»

«Managed Care» setzt sich vertieft mit der Gestaltung des schweizerischen Gesundheitswesens auseinander – interdisziplinär, zukunftsgerichtet, unabhängig.

Achtmal jährlich berichten und diskutieren wir anhand eines Schwerpunkt-Themas über Bestrebungen zur Verbesserung des Gesundheitswesens und lassen die verschiedenen Akteure zu Wort kommen.

## Bitte ausschneiden und einsenden oder faxen an:

Rosenfluh Publikationen, Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen, Fax 052-675 50 61.



## Abonnements-Bestelltalon

Ja, ich will über das Managed-Care-Geschehen informiert sein und abonniere die Zeitschrift:

- |  |             |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> ... Ex. Jahresabonnement Schweiz          | sFr. 90.-*  |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. Jahresabonnement Europa           | sFr. 135.-* |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. Jahresabonnement übriges Ausland  | sFr. 165.-* |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. Schnupper-Abonnement (3 Ausgaben) | sFr. 40.-*  |

## Einzelnummer-Bestelltalon

Einzelne Schwerpunkt-Nummern sind noch erhältlich.

Wenn Sie eine ältere Ausgabe bestellen möchten, kreuzen Sie dies bitte im unten stehenden Bestelltalon an:

- |  |                |             |
|--|----------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Drittes Forum-Managed-Care-Symposium»                | Ausgabe 1/2001 | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Gesundheitsförderung»                                | Ausgabe 2/2001 | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Steuerungsprobleme bei der Brustkrebs-Früherkennung» | Ausgabe 3/2001 | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «E-Health»  | Ausgabe 4/2001 | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Rationierung»  | Ausgabe 6/2001 | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Palliative Care»                                     | Ausgabe 8/2001 | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Frauen und Managed Care»                             | Ausgabe 1/2002 | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Managed Care in der Welschschweiz»                   | Ausgabe 2/2002 | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Messungen in der Pflege»                             | Ausgabe 3/2002 | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Prozessinnovationen im schweiz. Gesundheitswesen»    | Ausgabe 4/2002 | sFr. 15.-** |

\* inkl. Porto, zzgl. MwSt.

\*\* Lieferung solange Vorrat, zzgl. Porto, zzgl. MwSt.

Lieferadresse:

Firma:

Vorname/Name:

Strasse, Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon/Fax:

Datum/Unterschrift:

Rechnungsadresse:

Firma:

Vorname/Name:

Strasse, Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon/Fax:

Interessiert Sie das Thema «Managed Care»? Möchten Sie die Managed-Care-Entwicklung in der Schweiz mitgestalten? Dann laden wir Sie herzlich ein, dem Forum Managed Care beizutreten. Als Vereinsmitglied erhalten Sie die Zeitschrift «Managed Care» kostenlos, und Sie können zu ermässigtem Preis an den Symposien des Forums Managed Care teilnehmen. Die Mitgliedsgebühr beträgt 140 Franken. Bitte fordern Sie ein Anmeldeformular an bei: Dr. med. Florian Suter, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, Tannenstrasse 1, 4416 Bubendorf. Fax 061-935 92 29. E-Mail: florian.suter@hin.ch oder melden Sie sich direkt über die Homepage des Forums Managed Care an: www.fmc.ch



# Mit den Patientinnen und Patienten sprechen

Interview mit Heidi Schriber, Leiterin der Arbeitsgruppe «Patienten» des Forums Managed Care

**Managed Care: Du leitest die Arbeitsgruppe «Patienten» des Forums Managed Care. Was will diese Arbeitsgruppe?**

**Schriber:** Das Forum Managed Care hat den Anspruch, die Patientenseite mit einzubeziehen. Die Patientenorganisationen waren an der Gründung des Forums Managed Care beteiligt. Sie waren dann aber später nicht mehr aktiv präsent. Deshalb hat das Forum beschlossen, eine Arbeitsgruppe «Patienten» zu gründen, um den Patientenanliegen mehr Gewicht zu geben und den patientenspezifischen Fragen aus eigenem Antrieb nachzugehen.

**MC: Was interessiert dich persönlich an den Patientinnen und Patienten?**

**Schriber:** Meiner Meinung nach kann man Medizin gar nicht betreiben, ohne die Patientinnen und Patienten als gleichwertige Partner einzubeziehen. Das hat vermutlich mit meinem Menschenbild zu tun: Die PatientInnen sind für mich einer der Player im Gesundheitswesen. Doch heute wird dieser Grundsatz gemäss meiner Wahrnehmung ignoriert.

**MC: Wie stellst du dir eine ideale Therapiebeziehung vor?**

**Schriber:** Eine gelungene Therapiebeziehung beinhaltet ein Gleichgewicht zwischen Patient und Therapeut. Die Patienten haben ein anderes Wissen als die Fachleute: Sie haben ihr Wissen über sich selbst, über ihr Leiden, über ihre Bewältigungsstrategien; sie wissen oft genau, welche Ressourcen sie mobilisieren können, wie viel sie ertragen. Das sind entscheidende Aspekte für eine erfolgreiche Therapie. Letztlich geht es darum, dieses Wissen der Patienten zu gewinnen, und das gelingt nur in einer gleichberechtigten Therapiebeziehung – wenn der Patient mit seinem speziellen Wissen, das sich von jenem der übrigen Partner unterscheidet, als Partner in der Beziehung steht. Das verlangt eine entsprechende Grundhaltung des Therapeuten.

**MC: Du setzt dich dafür ein, dass Therapiebeziehungen vermehrt in diesem Sinn gestaltet werden. Wie versuchst du das zu erreichen?**

**Schriber:** Bei meiner Tätigkeit als Apothekerin habe ich in der Praxis der Beratung ganz bewusst auf dieses Gleichgewicht geachtet und daraus auch Beratungsmodelle entwickelt. Es ist ein Teil des Inhalts meines Lehrauftrages, solche Modelle weiterzugeben. Das war auch der Grund, warum ich mich eine Zeit lang in den Patientenorganisationen engagiert habe. Noch heute beteilige ich mich an verschiedenen Projekten und Arbeitsgruppen zu Fragen der Patientenmitbestimmung.

**MC: Warum werden die Patienten heute noch nicht genügend einbezogen?**

**Schriber:** Es besteht keine entsprechende Kultur. Wir erlernen keine Gesprächskultur. Und es fehlt das Wissen, wie man das in der Praxis umsetzen kann. Es gibt viele Hemmschwellen, die einen abschrecken können. Man hat beispielsweise Angst, das brauche zu viel Zeit oder es werde zu kompliziert. Wenn man es ausprobiert, merkt man, dass ein Beratungsgespräch nicht länger dauert, wenn man dem Patienten mehr Raum gibt; doch es braucht die Bereitschaft, sich darauf einzulassen.

**MC: Es gibt also Vorurteile.**

**Schriber:** Es bestehen Vorstellungen, die im Allgemeinen nicht stimmen. Untersuchungen zeigen, dass man im Durchschnitt nicht mehr

## Dr. sc. nat. Heidi Schriber, Leiterin der Arbeitsgruppe «Patienten» des Forums Managed Care

### Steckbrief

**Aus- und Weiterbildung:** Heidi Schriber ist eidg. dipl. Apothekerin, Dr. sc. nat. ETH Zürich. Zudem ist sie Supervisorin IAP/BSO und Gruppenanalytikerin. Sie hat diverse Weiterbildungen in den Bereichen Public Health, Gesundheitsförderung, Konfliktbearbeitung und Erwachsenenbildung absolviert. Zurzeit besucht sie das Nachdiplomstudium «Gender Studies in Kunst, Design und Medien» an der Zürcher Hochschule für Gestaltung.

**Berufliche Tätigkeiten:** Heidi Schriber führte während 20 Jahren eine eigene Apotheke in der Stadt Zürich. Seit 1996 ist sie selbstständig als Supervisorin und Organisationsberaterin tätig. Zudem ist sie Lehrbeauftragte für Patientensorientierte Pharmazie an der ETH Zürich. Aktuelle und frühere ehrenamtliche Tätigkeiten reichen vom Engagement in Patientenorganisationen und im Forum Managed Care bis hin zur Mitwirkung in Elternverein und Quartierverein.

**Persönliche Interessen:** Musik (Freejazz, Klassik) – spielt Klavier und Sopransaxofon; bildende Kunst; Theater  
**Kinder:** 2 Söhne (16- und 18-jährig)



Zeit pro Patienten braucht, wenn man sie sprechen lässt und auf sie eingeht.

Daneben gibt es aber auch Widerstände und Hemmungen von Seiten der Patienten, die sich nicht getrauen, sich einzubringen. Auch hier geht es darum, ihnen die Erfahrung zu vermitteln, dass ihr Beitrag gefragt ist, dass es zum Heilungsprozess beitragen kann, wenn sie in der Konsultation mitreden; dass man das darf.

**MC: Sehr wichtig ist offenbar, dass man es ausprobiert. Inwiefern könnte das Forum Managed Care dazu beitragen, dass mehr Erfahrungen mit dem Einbezug der Patienten gemacht werden?**

**Schriber:** Das Forum Managed Care ist für mich ein Ort, wo eine gewisse Offenheit für neue Themen besteht – und eine Bereitschaft, auf solche Anliegen einzugehen.

**MC: Ist diese Bereitschaft im Forum Managed Care grösser als andernorts im Gesundheitswesen?**

**Schriber:** Das hoffe ich. Es hat auch mit dem Thema Managed Care zu tun: Nur im Gespräch und im Austausch mit den PatientInnen kann es gelingen zu zeigen, dass das Image von Managed Care als Billigmedizin nicht berechtigt ist.

Insofern bedingt Managed Care fast zwangsläufig, dass man die Patientinnen und Patienten stärker einbezieht, weil man ihnen etwas Neues verkaufen muss.

Interview:

RITA SCHNETZLER

# Zu viel Demokratie im Gesundheitswesen?

**Nach wie vor ist das schweizerische Gesundheitssystem ein Abbild der liberalen Staatsauffassung und der föderalen und komplexen Entscheidungsstrukturen in der Schweiz. Noch heute werden die wichtigsten Entscheidungen im Bereich der Gesundheitsversorgung auf Kantonsebene gefällt. Und bei Reformversuchen auf nationaler Ebene haben die Stimmbürger ein Wortchen mitzureden.**

**Adrian Vatter**<sup>1</sup>

**N**ur wenige Bereiche der Gesundheitsversorgung fallen in den Kompetenzbereich des Bundes. Zwar darf er für bestimmte Bereiche des öffentlichen Gesundheitswesens Rahmengesetze erlassen. Diese können aber durch kantonale Ausführungsgesetze konkretisiert werden, und auch der Gesetzesvollzug ist Sache der kantonalen und kommunalen Behörden. Deshalb gilt die schweizerische Gesundheitspolitik als die am stärksten dezentralisierte aller OECD-Staaten gilt.

<sup>1</sup> Der Beitrag stützt sich auf ein vom Autor verfasstes Buchkapitel, das in Christoph A. Zenger u.a. (Hg.): Management und Gesundheitspolitik im Gesundheitswesen, Hans Huber Verlag, Bern (2002), erscheint.

Aufgrund der komplexen Organisation des schweizerischen Gesundheitswesens sind heute starke vertikale Verflechtungen zwischen den verschiedenen Ebenen des Staatswesens festzustellen: Bund und Kantone finanzieren gemeinsam das System der Prämienverbilligung in der Krankenversicherung und nehmen Aufgaben wahr im Bereich der Heilmittelkontrolle und der Prävention beziehungsweise Gesundheitsförderung. Kantone und Gemeinden teilen sich die Betriebs- und Investitionskosten von Spitälern und anderen Einrichtungen im Gesundheitswesen, insbesondere auch im nichtärztlichen ambulanten Bereich. Generell entwickelte sich in den letzten Jahrzehnten ein äusserst kompliziertes Gesundheitssystem mit starken finanziellen Verflechtungen.

## **Starke marktwirtschaftliche Ausrichtung**

Trotz diverser staatlicher Kompetenzen im Gesundheitswesen ist das schweizerische Gesundheitssystem im Vergleich zu anderen Ländern sowohl auf der Leistungs- als auch der Finanzierungsseite stark marktwirtschaftlich ausgerichtet. Insbesondere die Ärzte und Zahnärzte in freier Praxis, aber auch Privatspitäler, Apotheken und diverse Therapeuten können sich auf das verfassungsmässige Grundrecht der Wirtschaftsfreiheit berufen. Auch die Preisbildung – also die Tarifverhandlungen zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern – findet im Grundsatz ohne staatlichen Einfluss statt. Auf der Finanzierungsseite stellt das liberal-individualistische Krankenversicherungssystem mit einer vergleichsweise schwach ausge-



Adrian Vatter

prägten Sozialkomponente ein typisches Beispiel dar. Nach wie vor kennt die Schweiz keine einkommensabhängigen Versicherungsprämien, sondern ausschliesslich das Prinzip der Pro-Kopf-Prämien. Generell betont die schweizerische Gesundheitspolitik die Eigenverantwortung des Einzelnen überaus stark. So sieht etwa die obligatorische Krankenversicherung die Kostenbeteiligung der Versicherten vor, und die Zahnpflege wird zu 95 Prozent durch Selbstzahler finanziert. Experten bezeichnen die Schweiz, was ihr Gesundheitssystem betrifft, deshalb gern auch als «europäische USA». Damit sind nicht nur die ausserordentlich hohen Gesundheitskosten gemeint, die für beide Länder charakteristisch sind, sondern auch die im Vergleich zu anderen Staaten grosse Bedeutung marktwirtschaftlicher Regelungen.

Zwar betont das totalrevidierte KVG von 1996 die Solidarität zwischen den Versicherten der jüngeren und älteren Generation sowie zwischen den Geschlechtern, und staat-

liche Prämienzuschüsse werden nach Massgabe der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit ausgeschüttet. Generell ist jedoch die direkte Kostenbeteiligung der Versicherten eindeutig höher als in anderen Ländern. Zudem existieren in der Krankenversicherung nach wie vor keine direkten Umverteilungsmechanismen von hohen zu tiefen Einkommen.

### Die Entwicklung der letzten Jahre

In den letzten Jahren versuchte der Gesetzgeber, die Kostenexplosion im Gesundheitswesen durch eine Kombination gegensätzlicher Instrumente einzudämmen: Mittels grösserem Wettbewerb unter den Versicherern und den ambulanten Leistungserbringern einerseits, verstärkten (verordneten) Spitalplanungen durch die Kantone andererseits. Eine breit angelegte Wirkungsanalyse des KVG fünf Jahre nach seiner Inkraftsetzung ergab aber, dass zwar die anvisierten Ziele betreffend Solidarität und Leistungsversorgung zu einem beträchtlichen Teil erreicht wurden, es jedoch nicht gelungen ist, die Kostendynamik im schweizerischen Gesundheitswesen zu bremsen.

### Der Bürger als Patient und Versicherter

In der schweizerischen Gesundheitspolitik spielen die Instrumente der direkten Demokratie eine wichtige Rolle. So unterstehen bedeutende Änderungen in der Organisation des Gesundheitswesens und der Krankenversicherung dem fakultativen oder obligatorischen Referendum. Weil eine Vielzahl von Entscheidungen auf kantonaler Ebene gefällt werden, sind die Partizipationsmöglichkeiten der Bürgerinnen und Bürger – mit dem obligatorischen oder fakultativen Referendum (je nach Kanton) bei Gesetzesänderungen sowie dem fakultativen oder obligatorischen Finanzreferendum beim Bau neuer Infrastruktureinrichtungen (z.B. Spitäler) – besonders stark ausgeprägt. Hinzu kommt das auf allen Staatsebenen rege genutzte Instrument der Volksinitiative. Damit werden auf eidgenössischer Ebene regelmässig Änderungen im Kranken-

versicherungswesen angestrebt, oder auf kantonaler Ebene die bessere Ausschöpfung der Möglichkeiten zur Prämienverbilligung.

Stärker als in anderen Bereichen (und ähnlich wie z.B. in der Landwirtschaft) steht der einzelne Bürger bei gesundheitspolitischen Fragen vor zahlreichen und komplexen Zielkonflikten: Als Patient will er möglichst umfassend und fachgerecht behandelt werden (was entsprechende Kosten verursacht), als Versicherter will er möglichst tiefe Prämien bezahlen (was möglichst hohe staatliche Subventionen erfordert), und als Steuerzahler will er möglichst wenig an die allgemeinen Kosten des Gesundheitswesens beitragen (was niedrige staatliche Subventionen bedeutet).

Sein Verhalten in Referendumsabstimmungen ist aufgrund der fehlenden Verknüpfung zwischen den einzelnen gesundheitspolitischen Problemen deshalb oft nicht mit seinen verschiedenen Rollen vereinbar. Lokale und kurzfristige Eigeninteressen dominieren dabei nicht selten Solidaritäts- und längerfristige staatspolitische Überlegungen. Ein offensichtliches Beispiel ist die im Regelfall hohe Zustimmung der Stimmbürgerschaft zu Investitionskrediten bei Spitalneuer- oder -umbauten sowie der starke Widerstand gegen Spitalschliessungen auf kantonaler Ebene (mit den entsprechenden Kostenfolgen). Dieselben gesellschaftlichen Gruppen können aber gleichzeitig eine drastische Senkung der öffentlichen Gesundheitsausgaben und der Krankenkassenprämien fordern.

### Der Stimmbürger als «veto player»

Rückblickend zeigt sich, dass zahlreiche Reformversuche des schweizerischen Gesundheitswesens am Widerstand der Bevölkerung bei eidgenössischen Volksabstimmungen scheiterten: Die politische Elite (Parlament und Bundesrat) litt jahrzehntelang am «Lex-Furrer»-Trauma, als Ende des 19. Jahrhunderts trotz breitem Konsens im Parlament eine Gesetzesvorlage zur Einführung einer Krankenversicherung von der Stimmbürgerschaft deutlich verwor-

fen wurde. Die freien und privaten Krankenkassen gingen dabei gestärkt aus dem Abstimmungskampf hervor.

Ein Vergleich mit Abstimmungen aus anderen politischen Bereichen macht deutlich, dass gesundheitspolitische Vorlagen mit die höchsten Neinstimmen-Anteile aller Abstimmungsvorlagen im 20. Jahrhundert aufweisen. Dies gilt insbesondere für die verschiedenen sozialdemokratischen Volksinitiativen, welche die Einführung einkommensabhängiger Krankenversicherungsprämien forderten.

Die direkte Demokratie bildet damit seit der Gründung des Bundesstaates die entscheidende – und oftmals zu hohe – Hürde, die es zu überspringen gilt, wenn gesundheitspolitische Reformen erfolgreich akzeptiert und umgesetzt werden sollen. ■

Autor:

**Prof. Dr. Adrian Vatter**

Assistenzprofessor

Universität Bern

Institut für Politikwissenschaft

Lerchenweg 36

3000 Bern 9

E-Mail: vatter@ipw.unibe.ch

Ausgewählte Literaturhinweise zur schweizerischen Gesundheitspolitik:

Bernardi-Schenkluhn, Brigitte: Das Gesundheitssystem der Schweiz. Akteure, Strukturen, Prozesse und Reformstrategien. Schriftenreihe der SGGP, Nr. 24, Bern 1992.

Bundesamt für Sozialversicherung (Hg.): Soziale Sicherheit CHSS, erscheint sechsmal jährlich seit 1993.

Egli, Michael (Hg.): Lehrgang Gesundheitswesen Schweiz, Hünenberg 1999.

Gutzwiller, Felix und Jeanneret, Olivier (Hg.): Sozial- und Präventivmedizin Public Health, Bern 1996.

Immergut, Ellen M.: Health Politics. Interests and Institutions in Western Europe, Cambridge 1992.

Kocher, Gerhard und Oggier, Willy (Hg.): Gesundheitswesen Schweiz 2001/2002, Solothurn 2001.

Sommer, Jürg: Gesundheitssysteme zwischen Plan und Markt, Stuttgart 1999.



# Wieviel Föderalismus erträgt unsere Gesundheitsversorgung?

**Nicht der Föderalismus per se, sondern die bestehenden Subsidiaritätsregeln wirken sich negativ auf die Gesundheitsversorgung aus, dies ist die Meinung des Autors. Sie verunmöglichen eine einheitliche nationale Gesundheitspolitik. Hier setzt das Projekt «Nationale Gesundheitspolitik Schweiz» an, das sich als gemeinsame Arbeitsplattform von Bund und Kantonen etablieren konnte.**

**Philippe Lehmann**

In der Gesundheitsversorgung hat der schweizerische Föderalismus die Grenzen erreicht. Fortschritte der Medizin, neue Wissenschaftszweige und komplexe Gesundheitsprobleme in der Bevölkerung verlangen von PolitikerInnen, Fachorganisationen und von Betroffenen eine bessere Zusammenarbeit. Die Frage nach dem Wieviel an Föderalismus lässt sich kaum exakt beantworten. Ein Zuviel führt zu Ungleichheiten. Ein Zuwenig führt zu Qualitätsverlusten. Beides wirkt sich negativ auf die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung aus. Seit vielen Jahren setze ich mich aktiv mit dem schweizerischen Gesundheitswesen auseinander. Gegenwärtig

leite ich das Projekt «Nationale Gesundheitspolitik Schweiz», das sich explizit über föderative Strukturen – eine gemeinsame Trägerschaft von Bund und Kantonen – legitimiert. Im Rahmen dieser Tätigkeit erlebe ich die föderalistischen Elemente als wirkliche Herausforderung. Doch leidet aus meiner Sicht das schweizerische Gesundheitssystem weniger am Föderalismus per se, als vielmehr an seiner Unsteuerbarkeit<sup>1</sup>.

## Unsteuerbarkeit durch Subsidiarität

Unser Staatsverständnis ist von der Subsidiarität<sup>2</sup> geprägt. Die Unsteuerbarkeit des schweizerischen Gesundheitssystems lässt sich zur Hauptsache auf die folgenden drei Subsidiaritätsregeln zurückführen:

**Subsidiaritätsregel 1:** Der Public-Health-Ansatz – das heisst koordinierte Aktionen, welche die Gesundheit der Bevölkerung verbessern und die gesundheitlichen Ungleichheiten vermindern – kommt erst zur Sprache, wenn das kurative individuumsorientierte medizinische Behandlungssystem kein Angebot mehr bereitstellt. Zum Beispiel hat das erste nationale Forschungsprogramm (NFP1: 1976–1981) die positive Wirkung von gemeindeorientierten Präventionsstrategien auf Herzerkrankungen aufgezeigt<sup>3</sup>. Es wird aber in der Schweiz trotzdem keine Public-Health-Strategie zur Verminderung der Herz- und Kreislauferkrankungen geben, solange eine medikamentöse Behandlung des Bluthochdruckes, eine Palette von chirurgischen Interventionsmethoden sowie ein wirksames Notfalltransportsystem die Behandlungsbedürfnisse genügend decken können.



Philippe Lehmann

**Subsidiaritätsregel 2:** Die öffentliche Hand – sei es die Gemeinde, der Kanton oder der Bund – interveniert erst dann, wenn der private Sektor, profitorientiert oder nicht, mit seiner Angebotsvielfalt nicht mehr genügt. Im Bereich der Patientensicherheit wird beispielsweise eher eine privatrechtliche Lösung unter Einbezug vieler Akteure angestrebt anstatt einer zentralen Sicherheitsbehörde<sup>4</sup>.

**Subsidiaritätsregel 3:** Eine staatliche Intervention auf nationaler Ebene darf nur in gewissen (in der Bundesverfassung aufgelisteten) Fenstern

1 Lehmann Philippe, Gutzwiller Felix, Martin Jean F.: «The Swiss Health System: The Paradox of Ungovernability and Efficacy». In: Field, M. G. (ed): «Success and Crisis in Cross National Health Systems». London, Tavistock, 1989. S. 25–48.

2 Subsidiarität heisst eine Begrenzung der eigenen Steuerungskompetenz zugunsten einer höher eingestufteten Norm beziehungsweise Instanz. In diesem Artikel wird Subsidiarität nicht nur als Rechtsbegriff verwendet, der zum Beispiel die Kompetenzregelung zwischen Bund und Kantonen betrifft, sondern auch als gesellschaftliche Machtverteilungsordnung.

3 Gutzwiller F. et al. (Hrsg.): «Wirksamkeit der gemeindeorientierten Prävention kardiovaskulärer Krankheiten». Hans Huber, Bern, 1985.

4 Schweizerische Politik Jahr 2001, Institut für Politikwissenschaft der Universität Bern, 37. Jahrgang, Bern 2002. S. 177.

der Gesundheitsproblematik stattfinden. Die 26 Kantone halten ausdrücklich an ihrem Recht fest, im Gesundheitsbereich generell zuständig zu sein sowie Agenda und Tempo der verschiedenen Einzellösungen selbst zu bestimmen. Allerdings lässt sich feststellen, dass dem Bund seit 1980 immer mehr Kompetenzen im Gesundheitswesen zufallen. Dies kommt in den seither erlassenen Bundesgesetzen und Bundes-Massnahmenpaketen<sup>5</sup> und in einer sich langsam etablierenden Allgemeinkompetenz des Bundes zum Ausdruck<sup>6</sup>.

Aufgrund dieser kumulierten Hindernisse ist es verständlich, dass die Schweiz keine einheitliche nationale Gesundheitspolitik und auch nicht 27 (26 + 1) zwar unterschiedliche, aber doch aufeinander abgestimmte Gesundheitspolitiken hat. Die drei Subsidiaritätsregeln verhindern, dass die Gesundheitsfrage gesamthaft betrachtet wird und dass breit angesetzte Gesundheitsstrategien erarbeitet werden, die nach klaren Gesundheitszielen<sup>7</sup> priorisiert sind.

Der «Gesundheitsversorgungsraum Schweiz» ist solange kein Planungs-begriff – ähnlich dem Bildungs- oder Verkehrsraum Schweiz –, wie sich die Planung ausschliesslich auf die öffentlichen innerkantonalen Angebote begrenzt. Das übrige Angebot an gesundheitlichen Leistungen wird heute über marktwirtschaftliche Strukturen

**«Der «Gesundheitsversorgungsraum Schweiz» ist solange kein Planungs-begriff, wie sich die Planung ausschliesslich auf die öffentlichen innerkantonalen Angebote begrenzt.»**

mit einer nur sehr geringen Regeldichte abgewickelt und/oder von privatrechtlichen Wohlfahrtsinitiativen bereitgestellt. Ein Ergebnis dieses Marktansatzes ist die extrem unterschiedliche Ärztedichte: 300 bis 425 Ärzte pro 100 000 Einwohner in den Kantonen Basel, Genf, Waadt und



Illustration: Peter Wanner

Zürich, weniger als 170 pro 100 000 Einwohner in der Zentralschweiz (inklusive Luzern), in der Ostschweiz (inklusive St. Gallen), im Aargau, in Freiburg, im Jura und im Wallis, das heisst in 17 Kantonen<sup>8</sup>. Auch in vielen anderen Bereichen ist die Behandlungskapazität angebotsinduziert (das heisst vom Angebot bestimmt), da die obligatorische Krankenversicherung fast alle medizinischen oder medizinisch delegierten Leistungen ohne Wirkungs- und Angemessenheitskontrolle übernimmt.

### Negative Folgen

Dadurch, dass die Entscheidungsfähigkeit verzettelt ist, kommt es zu einem Verdrängungseffekt, der auf die Gesundheitspolitik, die Gesundheitsstrategien und die Gesundheit der Bevölkerung negative Folgen hat:

■ Je mehr sich die Behörden mit Zuständigkeits- und Finanzierungsfragen beschäftigen, desto weniger können sie sich an einer bevölkerungsbezogenen Sichtweise der Gesundheitsdeterminanten orientieren. So werden zum Beispiel die Ungleichheiten beim Zugang und im

Umgang mit Dienstleistungen und Angeboten des Versorgungssystems aufgrund sozio-ökonomischer Unterschiede kaum berücksichtigt<sup>9</sup>. Im Zusammenhang mit den ständig steigenden Gesundheitskosten, welche Entscheidungen und Prioritäten-setzung notwendig machen, müsste eine möglichst grosse Versorgungs-

5 Kocher Gerhard: «Kompetenz- und Aufgabenteilung Bund – Kantone – Gemeinden». In: Kocher G. und Oggier W. (Hrsg.): Gesundheitswesen Schweiz 2001/2002, Ein aktueller Überblick, Verlag Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (santésuisse), 2001. S. 80–86.

6 Organisationsverordnung des Eidg. Departements des Innern von 28. Juni 2000, SR 172.212.1, insbesondere Art. 1, 9 und 11, Zuständigkeitsbereiche des EDI, BAG und BSV, wo die Subsidiaritätsklausel wiederholt erwähnt ist.

7 Ein Hinweis dazu: «Die Gesundheitsziele für die Schweiz im 21. Jahrhundert», herausgegeben von der Schweizerischen Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen, Bern 2002, im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit und des Projektes Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, wurden von keiner Instanz offiziell verabschiedet.

8 Verordnung vom 3.7.02 über die Einschränkung der Zulassungen von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, Anhang 2, SR 832.103.

9 Ein neues Nationales Forschungsprogramm zur Problematik der gesundheitlichen Ungleichheiten – als eine Dimension der Qualität des Gesundheitssystems – ist zur Zeit in Diskussion. Wenn es zustande kommt, könnte dies als Zeichen des Wechsels in der Wahrnehmung dieses Problems gewertet werden.

gerechtigkeit ein wichtiges Ziel in der Organisation des Gesundheitssystems bleiben<sup>10</sup>.

■ Je mehr sich die Behörden auf die Verwaltung und auf die Finanzierung der einzelnen Institutionen im Gesundheitswesen konzentrieren, desto weniger werden das Disease-Management, der Einsatz von multiprofessionellen Netzwerken und der Beitrag der Selbst- und Laienhilfe thematisiert. Multisektorielle Strategien werden vernachlässigt, wie beispielsweise die Integration jener Dienstleistungen, die nicht nur kurativen Charakter haben, als Dimension der Qualitätssicherung.

**«Ziel des Projektes ist es, die Wirksamkeit der föderalistisch und dezentral organisierten Gesundheitsversorgung in der Schweiz zu verbessern.»**

■ Je grösser der Kanton beziehungsweise je stärker der Markt in diesem Kanton mit allen möglichen Spezialisten gesättigt ist, desto kleiner ist seine Neigung, über die Kantonsgrenze hinauszuschauen, die Nachbarkantone als gleichwertige Kooperationspartner zu betrachten oder gar nationale Lösungen zu akzeptieren. Alle schauen nur für sich und wollen eine optimale Infrastruktur. So stellte Bundesrätin Ruth Dreifuss kürzlich fest: «Wir sind wahrschein-

lich für 50 Millionen Einwohner ausgerüstet»<sup>11</sup>.

Diese etwas pointierten Aussagen dürfen nicht als Plädoyer für eine systematische Zentralisierung und gegen den Föderalismus verstanden werden. Es geht mir dabei mehr um die Suche nach einer Gesamtbeurteilung der Gesundheitsprobleme und nach angemessenen Kooperationsformen, insbesondere dort, wo die Zuständigkeiten der Kantone und des Bundes sich ergänzen. Oftmals wird das gleiche Problemfeld mit unterschiedlichen Verantwortlichkeiten unkoordiniert angegangen.

**Projekt «Nationale Gesundheitspolitik Schweiz»**

Aus einer solchen Analyse heraus haben Bund und Kantone 1998 das Projekt «Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (NGP)» lanciert. Es soll als Brückenbauer wirken und ermöglichen, dass Strategien basierend auf Kooperation und Koordination ausgearbeitet und gemeinsame Arbeitsinstrumente entwickelt werden. Ein Meilenstein ist beispielsweise das Schweizerische Gesundheitsobservatorium, dank dem die Gesundheitsstatistiken besser ausgewertet werden können und einfacher zugänglich sind. Das Projekt NGP erhält seine politische Legitimität dadurch, dass im Steuerungsorgan die Kantone und der Bund paritätisch vertreten sind, und durch den politischen Willen der Auftraggeberinnen Bundesrätin Ruth Dreifuss und Regierungsrätin Alice Scherrer, Präsidentin der Sanitätsdirektorenkonferenz. Das Projekt hat sich in der Zwischenzeit als gemeinsame Arbeitsplattform von Bund und Kantonen etabliert. Die jährlich stattfindenden Tagungen bringen alle Akteure des Gesundheitssystems zusammen. Ziel des Projektes ist es, die Wirksamkeit der föderalistisch und dezentral organisierten Gesundheitsversorgung in der Schweiz zu verbessern; gemeinsam getragene Strategien sollen entwickelt und verabschiedet werden. Hierzu haben Bund und Kantone drei Themen ausgewählt: «Psychische Gesundheit», «Empowerment der Bevölkerung» und «Angebotsplanung in der Spitzenmedi-

zin». Alle drei Themen haben nationalen Charakter, tangieren die verschiedensten Bereiche des medizinischen Versorgungssystems und der politischen Entscheidungsebenen und bedingen, dass die Gesundheitsakteure eng mit den Patientinnen und Patienten zusammenarbeiten. Das Projekt NGP verfügt jedoch über keine eigenständige Entscheidungskompetenz. Es will über den Dialog der Regierungsverantwortlichen ein allgemein geteiltes Grundverständnis aufbauen und über die Grenzen des Föderalismus und der Subsidiarität hinaus gangbare Entscheide für integrierte Strategien herbeiführen. Dieser Prozess erfordert, dass alle 26 Kantonsregierungen und der Bund sich nachhaltig einsetzen und sich stetig mit allen Akteuren sowie den Parlamenten von Bund und Kantonen austauschen.

Ein ähnlicher Prozess findet auf europäischer Ebene statt, wo die EU-Mitgliedstaaten ihre Gesundheitsversorgungssysteme souverän weiterführen wollen, dabei aber, gemäss EU-Kommissionsmitglied David Byrne<sup>12</sup>, «a move from the subsidiarity question towards an Europe of patients» (Patientenorientierung statt Fixierung auf die Subsidiaritätsfrage) stattfinden soll. Jede Gelegenheit der Kooperation zwischen den Gesundheitsversorgungssystemen in Europa soll ergriffen werden, wobei der Grundsatz «keep services close to the citizen» (die Dienstleistungen sollen bürgernah bleiben) nicht vergessen werden darf. Diesem Leitgedanken soll auch in der Schweiz nachgelebt werden. ■

**Autor:**

**Philippe Lehmann, lic. rer. pol.**

Nationale Gesundheitspolitik

Schweiz

Projektleitung

Postfach

3003 Bern

E-Mail: philippe.lehmann@

nationalegesundheit.ch

10 «Das Gesundheitssystem hat enorm viel zur Verbesserung der Gesundheit beigetragen, aber der Beitrag könnte noch wesentlich grösser sein, besonders für die ärmeren Bevölkerungsteile. Dass in diesem Bereich nicht genügend geschieht, ist eher dem System selbst als dessen technischen Limitierungen anzulasten. Aus diesem Grunde muss das Funktionieren des Gesundheitswesens untersucht werden, um herauszufinden, wie es die bestmögliche Wirkung entfalten kann.» (Weltgesundheitsorganisation, World Health Report 2000, zitiert von Ursula Ackermann-Liebrich, «Gesundheit in der Schweiz: ungleiche Chancen». In: W. Stauffacher und J. Bircher [Hrsg.]: Zukunft Medizin Schweiz, EMH Schweizer Ärzteverlag AG, Basel 2002. S.13.)

11 Bundesrätin Dreifuss gemäss sda Depeschagentur 11.10.2002.

12 David Byrne, EU-Kommissionsmitglied für Gesundheit und Konsumentenschutz, Rede am Europäischen Gesundheitsforum Gastein, Österreich, 26.9.2002.

# Erfahrungen mit staatlicher und privater Regulierung im US-amerikanischen Gesundheitssystem

**Das US-amerikanische Gesundheitssystem ist geprägt von einer Ideologie, welche der individuellen Freiheit und den individuellen Wahlmöglichkeiten mehr Bedeutung beimisst als der Gerechtigkeit und dem sozialen Frieden. Der folgende Beitrag beschreibt aus Sicht eines US-amerikanischen Ökonomieprofessors die Probleme, die dadurch in der Gesundheitsversorgung entstehen, und die (bisher erfolglosen) Lösungsversuche.**

**William C. Hsiao<sup>1</sup>**

Die Vereinigten Staaten (USA) sind jenes OECD-Land, das am meisten für die Gesundheitsversorgung ausgibt – 5039 Dollar pro Person oder 14 Prozent des Bruttoinlandprodukts im Jahr 2001 [1] – und über die fortschrittlichste Medizintechnologie und die am besten ausgebildeten Berufsleute

verfügt. Doch die USA haben auch das ungerechteste Gesundheitsversorgungssystem; es bestehen bedeutende Unterschiede zwischen der Qualität der medizinischen Versorgung der Reichen und der Armen; 40 Millionen nicht versicherte Bürger haben Schwierigkeiten, überhaupt Zugang zu medizinischen Dienstleistungen zu erhalten, und die Armen tragen einen unverhältnismässig grossen Teil der Gesundheitskosten. Beunruhigend sind auch die im internationalen Vergleich grösste Unzufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem und die hohe Kindersterblichkeitsrate<sup>2</sup> [2]. Welche Wesensmerkmale des US-amerikanischen Gesundheitssystems sind schuld an diesen Ergebnissen? Was können die Europäer aus der amerikanischen Erfahrung lernen?

## Das US-amerikanische Gesundheitssystem

Um das US-amerikanische Gesundheitssystem zu verstehen, muss man die zu Grunde liegende Ideologie und die sozialen Werte kennen, welche die amerikanische Gesellschaft durchdringen: Für die Amerikaner sind die individuelle Freiheit und die individuelle Wahl zentral; die Auswirkungen der Politik auf Gerechtigkeit und Fairness werden wenig beachtet. Die Tatsache, dass die Individuen mit unterschiedlichen genetischen Merkmalen geboren und in ihrer Kindheit und Jugend mit unterschiedlichen familiären und sozialen Bedingungen konfrontiert werden, wird oft nicht anerkannt. In Wirklichkeit ist es nicht wesentlich von Fleiss oder Faulheit abhängig, ob man reich oder arm, gesund oder krank ist. Doch Fairness, Gerechtigkeit,



William C. Hsiao

keit, soziale Gleichheit und sozialer Friede werden im Zuge der US-amerikanischen Ideologie oft geopfert, um dafür die individuellen Wahlmöglichkeiten zu schützen. Im wirtschaftlichen Bereich bewirken die tief verankerten Wertvorstellungen, dass die US-Amerikaner das freie Marktssystem bevorzugen, welches den Individuen die grösstmögliche Wahlfreiheit bei der Auswahl der Konsumgüter gewährt. Diese Rahmenbedingungen prägen auch die Struktur des US-amerikanischen Gesundheitssystems.

Da die USA ihr Gesundheitssystem auf der Basis der Grundsätze eines freien Marktes entwickelten, wurde die Regulierung auf ein Minimum reduziert. Die Regierung griff nicht ein, um einen universellen Gesundheitsversicherungsschutz sicherzustellen. Sie beschränkte die Regulierungsmassnahmen gegenüber den Versicherungsgesellschaften darauf, deren finanzielle Zahlungsfähigkeit sicherzustellen und Betrug und Missbrauch zu verhindern. Für die medizinischen Leistungen wurde nur eine

<sup>1</sup> Der Autor dank Rachel Miras-Wilson für ihre kompetente wissenschaftliche Assistenz und die hilfreichen Kommentare.

<sup>2</sup> In den USA betrug die Kindersterblichkeit pro tausend Geburten im Jahr 1999 7,1 (zum Vergleich: Schweiz: 4,8; Schweden: 3,6)

Regulierung etabliert, um die Sicherheit der medizinischen Behandlungen, der Geräte und der Medikamente sicherzustellen. Diese Situation begann sich jedoch in den frühen 1970er-Jahren zu ändern, als Ökonomen sich ernsthaft zu bemühen begannen, das US-amerikanische Krankenversicherungssystem und die Gesundheitsmärkte zu verstehen.

Ökonomische Studien kamen zum Ergebnis, dass sowohl Versicherungs- als auch Gesundheitsdienstleistungen an beträchtlichem Marktversagen kranken [3, 4]. Es wurde erkannt, dass in diesen Märkten ohne erhebliche staatliche Eingriffe kein sinnvoller Wettbewerb entstehen kann. Die Informationsasymmetrie (Wissens- und Informationsungleichgewicht zwischen Verkäufern und Käufern) wirkt sich in beiden Märkten behindernd aus. Im Versicherungsmarkt treffen die Käufer eine Auswahl zum Nachteil der Versicherungsgesellschaften (adverse selection), indem sie nur dann eine Versicherung abschliessen, wenn sie erwarten, dass medizinische Kosten anfallen werden. Zugleich treffen die Versicherungsgesellschaften eine Auswahl unter den potenziellen Käufern, indem sie älteren oder weniger gesunden Personen die Versicherungsdeckung verweigern (Risiko Selektion). Im Gesundheitsmarkt verschaffen die Informationsasymmetrie, die unvollkommene Geschäftsbeziehung, die ausbildungsbedingte Vormachtstellung der Berufsleute und das Monopol lokaler Alleinanbieter den Verkäufern die Möglichkeit, grosse Gewinne zu erzielen, die Nachfrage zu steigern, neue, teure, gewinn- und prestigeträchtige Technologien einzuführen und qualitativ ungenügende Leistungen zu erbringen.

### **Erfolgreiche Regulierungsversuche**

Nachdem dieses Marktversagen empirisch belegt worden war, begannen die USA in den 1970er-Jahren, den Markt zu regulieren, indem sie die Preise kontrollierten, die Zahlungssysteme änderten (z.B. Entschädigung der Spitäler auf der Basis von DRGs [diagnosebezogenen Patien-

tengruppen] und Entschädigung der Ärzte auf der Basis von aufwandbasierten Tarifen), den Ausbau von Spitälern und die Einführung neuer Technologien durch Bedarfsnachweis-Programme steuerten und den Zugang für ausländische Absolventen des Medizinstudiums beschränkten. Weil das US-amerikanische Versicherungs- und Gesundheitsversorgungssystem aber komplex, pluralistisch und fragmentiert ist und

**«Fairness, Gerechtigkeit, soziale Gleichheit und sozialer Friede werden geopfert, um dafür die individuellen Wahlmöglichkeiten zu schützen.»**

die Regulierungen nur auf bestimmte Teile des Systems angewandt worden sind, können diese Regulierungen umgangen werden. Ärzte und Spitäler können ihre Rechnungen zum Beispiel direkt den Patienten ausstellen, wenn die Versicherungsgesellschaften sich weigern, «überhöhte» Gebühren zu bezahlen; die Spitäler können Kosten aus dem regulierten in den nicht regulierten Bereich verschieben (bekannt als «cost shifting»), und sie können Bedarfsnachweisgesetze umgehen, indem sie neue, teure Hightech-Leistungen so deklarieren, als ob sie zu Forschungszwecken statt zur Patientenbehandlung erbracht worden wären. Aus diesem Grund konnten die meisten neu eingeführten Regulierungsmassnahmen die Gesamtleistung des Gesundheitssystems nicht wirkungsvoll verbessern.

### **Managed Care als privater «Regulierer»**

In den späten 1980er-Jahren befanden sich die USA in Verlegenheit im Hinblick auf ihr Gesundheitssystem. Auch wenn die meisten Amerikaner aus ideologischen Gründen eine staatliche Regulierung verabscheuen, musste das Land doch der Tatsache ins Auge schauen, dass in seinem Gesundheitssektor ein schwer wiegendes Marktversagen herrschte. Ein

neuer Weg in die Zukunft war nötig. Da tauchten die Begriffe «Managed Competition» («gemanagter Wettbewerb») und «Managed Care» («gemanagte Gesundheitsversorgung») auf, die Erfindung von Alain Enthoven [5]. Anstatt auf staatlicher Regulierung basiert Managed Care auf grossen Firmen, die als Käufer von Gesundheitsversicherungen Druck von der Nachfrageseite her ausüben, das Marktversagen korrigieren und die Effizienz des Gesundheitssystems antreiben. Enthoven stellte sich vor, dass gut organisierte Käufer, zum Beispiel grosse kommerzielle Unternehmen, eine Gesundheitsversicherung verlangen würden, welche qualitativ hochstehende Gesundheitsleistungen zu tiefstmöglichen Prämien garantieren könnte. Um dieser Anforderung gerecht zu werden, müssten sich die Gesundheitsversicherungsgesellschaften von passiven Bezahlern in aktive «Manager» von Gesundheitsleistungen verwandeln. Die Managed-Care-Pläne würden zu eigentlichen «Regulierern» des Gesundheitsversorgungsmarktes werden, die sich im Wettbewerb durch ein möglichst effizientes Management einer möglichst grossen Zahl von Leistungserbringern zu profilieren versuchen. Die Regeln würden von privaten Firmen – den Managed-Care-Plänen – etabliert, welche über den Leistungseinkauf die Leistungserbringer managen würden. Die Managed-Care-Pläne würden tiefere Preise für die Gesundheitsleistungen aushandeln, sie würden die Inanspruchnahme teurer Medizintechnologien regulieren und selektiv nur mit den besseren Leistungserbringern Leistungsverträge abschliessen.

Managed Care war erfolgreich als privater «Regulierer» von Gesundheitsleistungen, indem sie die Marktmacht der Leistungserbringer einschränken, die Effizienz der Produktion von Gesundheitsdienstleistungen steigern und so die Zunahme der Gesundheitsausgaben in den USA bremsen konnte. Die jährliche Zunahme der Gesundheitsausgaben sank von ihrem historischen Durchschnitt von 6,2 Prozent (inflationbereinigt) auf einen Durchschnitt von 3,6 Prozent in den Jahren 1993

bis 1998 [1]. In den meisten Fällen konnte Managed Care die Ausgabensteigerung gering halten, ohne die messbaren Gesundheitsergebnisse zu beeinträchtigen.

Doch die Erfolge der Managed Care führten auch zu ihrem Untergang. Ärzte ebenso wie Patienten ärgerten sich darüber, dass eine Verwaltungsbürokratie, wenn auch eine des privaten Sektors, ihre Wahlfreiheit beschränkte. Die Ärzte verloren ein Stück ihrer Berufsfreiheit bei Behandlungsentscheidungen, und die Patienten verloren ein Stück ihrer Freiheit, die Leistungserbringer frei auszuwählen und teure Untersuchungen zu verlangen. Tatsächlich dringt Managed Care direkt in die Arzt-Patienten-Beziehung ein, indem sie vorschreibt, wohin und wann ein Patient überwiesen werden kann, wann und wie lange ein Patient hospitalisiert werden kann, wann teure Untersuchungen eingesetzt werden können und so weiter. Um die klinische Praxis auf der Ebene der einzelnen Patientenkontakte zu managen, mussten Managed-Care-Pläne detaillierte Regeln etablieren und von Ärzten und Spitälern ausführliche Berichte verlangen. In der Folge bekamen Patienten, welche die «be-

**«Vielleicht könnte die Gesundheitsversorgung «gemanagt» werden, aber nicht, indem Regeln für jede einzelne klinische Entscheidung etabliert werden.»**

sten» verfügbaren Gesundheitsleistungen haben wollten, von Ärzten zu hören, dass die von den Managed-Care-Plänen etablierten klinischen Richtlinien es ihnen nicht erlaubten, die beste medizinische Behandlung zu realisieren. Kurz: Managed Care schuf einen bürokratischen Ansatz, um effizientere Gesundheitsdienstleistungen zu produzieren, und schränkte die Handlungs- und Wahlfreiheit der Ärzte und der Patienten ein. Da es für die

Leistungserbringer schwierig war, gegen die Kräfte der freien Privatwirtschaft anzukommen, suchten sie Hilfe von Seiten der Politik. Es wurden Gesetze verabschiedet, welche die Limiten und Kontrollen, die von den Managed-Care-Plänen etabliert worden waren, und hiermit auch deren Instrumente zur Steuerung der Gesundheitsleistungen, erheblich beschränkten. Jetzt ist die Zunahme der Gesundheitsausgaben wieder angestiegen auf fast das Doppelte der durchschnittlichen Zunahme in den Jahren 1993 bis 1998: von 3,6 auf 6,6 Prozent in den letzten zwei Jahren [1].

### **Lehren aus den amerikanischen Erfahrungen**

Insgesamt können andere Länder aus den US-amerikanischen Erfahrungen einige wertvolle Lehren ziehen. Erstens: Managed Care versucht nur, die Effizienz der Produktion von Gesundheitsdienstleistungen zu beeinflussen, beeinflusst aber nicht die Gerechtigkeit der Gesundheitsversorgung. Managed Care fand in den USA so viel Beachtung, weil die USA aufgrund ihrer Ideologie die Effizienz so viel höher einstufen als die Gerechtigkeit. Das ist in den anderen OECD-Ländern nicht der Fall. Zweitens: Der Gesundheitssektor leidet an einem schwer wiegenden Marktversagen. Ein freier Markt kann keine effizienten Gesundheitsdienstleistungen und keine effiziente Versicherungsdeckung hervorbringen. Drittens: Die USA waren nicht imstande, dieses Marktversagen durch staatliche Regulierung erfolgreich zu korrigieren, weil ihr Gesundheitssystem pluralistisch, fragmentiert und von interessenpolitischem Denken geprägt ist. Diese Politwirtschaft beeinträchtigte die Effektivität der staatlichen Regulierung. Schliesslich scheiterte auch die private «Regulierung» über den Markt in der Form von Managed Care, weil sie ein «Mikromanagement» der individuellen Behandlungsentscheidungen anstrebte. Eine solche direkte Einmischung in die Medizin hat heftige Reaktionen von Seiten der Ärzte wie der Patienten provoziert. Managed Care kann nicht beibehalten wer-

den. Vielleicht könnte die Gesundheitsversorgung «gemanagt» werden, aber nicht, indem Regeln für jede einzelne klinische Entscheidung etabliert werden. Insgesamt hat der starke Glaube an die Wahlfreiheit und den freien Markt es den USA nicht erlaubt, öffentliche oder private «Regulierungen» zu etablieren, die in der Lage gewesen wären, das schwer wiegende Marktversagen im Gesundheitssystem zu korrigieren. Dies ist die Erklärung für die schlechte Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems. Wie die USA die bestehenden Widersprüche zwischen ihrer Ideologie und den Realitäten ihres Gesundheitssystems in Einklang bringen wollen, muss vorerst offen bleiben. ■

**Autor:**

**William C. Hsiao**

K.T. Li Professor of Economics  
Harvard School of Public Health  
Department of Health Policy and  
Management  
Program in Health Care Financing  
4th Floor  
124 Mt. Auburn  
Cambridge, MA 02138  
E-Mail: hsiao@hsph.harvard.edu

**Übersetzung aus dem Englischen:  
Rita Schnetzler**

The english version of these article is accessible via the Internet at [www.fmc.ch](http://www.fmc.ch)

#### **Literatur:**

1. Heffler, S., et al. (2002): Health Spending Projections for 2001-2011: The Latest Outlook. *Health Affairs*, 21(5), (March/April 2002): 207-217.
2. OECD Health Data 2002: A Comparative Analysis of 30 Countries: 2002 Edition. CD-ROM, OECD, Paris 2002. ISBN 92-64-09876-3 (81 02 05 3); [www.oecd.org/health/healthdata](http://www.oecd.org/health/healthdata).
3. Arrow, K.J. (1963): Uncertainty and Health Insurance. *The American Economic Review*, 30(2), (Apr., 1963).
4. Hsiao, W. (1995): Abnormal economics in the health sector. *Health Policy and Planning* 32(1995): 125-139.
5. Enthoven, A.C. (1983): *Health Plan: The Only Practical Solution to the Soaring Cost of Medical Care*. Reading, MA: Addison-Wesley, 1980.

# Welthandel mit Gesundheits-Dienstleistungen

**Die Koordinatorin der Erklärung von Bern erklärt die Zusammenhänge zwischen der Welthandelsorganisation WTO, dem Dienstleistungsabkommen GATS und dem schweizerischen Gesundheitswesen.**

**Marianne Hochuli<sup>1</sup>**



Marianne Hochuli

**B**is anhin hat man unter Welthandel vor allem den Handel mit Gütern verstanden. Dies änderte sich mit der Gründung der Welthandelsorganisation WTO und dem gleichzeitigen Abschluss neuer Handelsabkommen. Mit dem Dienstleistungsabkommen GATS soll das Ziel verfolgt werden, den internationalen Handel mit Dienstleistungen zu liberalisieren. Zum Dienstleistungsbereich zählt auch das Gesundheits- und das Bildungswesen.

## Worum geht es der Welthandelsorganisation?

Aus der Sicht der WTO ist die Welt ein einziger Markt. Diesem Verständnis liegen vor allem *zwei Grundprinzipien* zugrunde.

Erstens geht es um den *Marktzugang*: Neben den schon immer transnational arbeitenden Pharmaunternehmen verfolgen auch grosse Krankenhauskonzerne oder Versicherungsgesellschaften das Ziel, neue

Märkte in neuen Ländern zu erobern. Im Gesundheitssektor sitzen beispielsweise viele Anbieter aus den USA in den Startlöchern, um mit einem reichhaltigen Angebot von privaten Gesundheitsleistungen – etwa im Internetbereich – Milliardenumsätze tätigen zu können. Marktzugang heisst auch, dass der einheimische Markt ausländischen Investoren geöffnet werden soll.

Ein zweites Prinzip ist die *Inländerbehandlung*: Sie fordert, dass Regierungen ausländische Dienstleistungserbringer in gleicher Weise behandeln müssen wie einheimische; die inländischen Dienstleistungserbringer dürfen also nicht bevorzugt werden. Diese Regelung könnte künftig subventionspolitische Konsequenzen haben: Wenn etwa ein öffentliches Zürcher Spital Subventionen erhält, müsste auch die Schweizer Niederlassung einer privaten US-amerikanischen Klinik Subventionen erhalten, sonst wäre das Prinzip der Inländerbehandlung nicht eingehalten.

Indem Gesundheitsleistungen mehr und mehr als Waren definiert werden, verlagern sich die Regelungskompetenzen: Die Vorgaben der Wirtschaft schränken den politischen Handlungsspielraum immer stärker ein. Und ist eine Regierung erst einmal eine WTO-Verpflichtung eingegangen, kann sie nicht wieder davon Abstand nehmen, ohne dass von einem WTO-Handelsgericht harte Sanktionen (z.B. hohe Geldbeträge) verordnet würden.

## Verhalten der Schweiz

Noch ist die Schweiz im Gesundheitswesen erst wenige Liberalisierungsverpflichtungen eingegangen.

Sie hat auch zahlreiche Ausnahmen festgehalten – gerade in der Subventionspraxis; und der Handel im Gesundheits- und Bildungssektor ist im Moment relativ unbedeutend. Es ist aber zu erwarten, dass im Lauf der jahrelangen Verhandlungen zahlreiche Länder ihre Gesundheitsmärkte öffnen werden, denn die Regierungen der WTO-Mitgliedländer mussten sich 1994 verpflichten, ihren Dienstleistungssektor *schrittweise zu liberalisieren*. Was heisst dies in fünf, in zehn oder zwanzig Jahren?

Eine Handelsliberalisierung zieht, wie zahlreiche Beispiele zeigen, zu meist Deregulierung und Privatisierung nach sich. Werden bis anhin staatlich stark geschützte Bereiche dereguliert, besteht die Gefahr, dass der Staat zukünftig seine Verantwortlichkeiten an Private abgibt. Hauptziel privater Anbieter ist es jedoch, Profite zu erzielen. Wenn der Gesundheits- oder der Bildungsbereich rentieren muss, kann dies nur über Preiserhöhungen geschehen. Falls der Staat diese Belastung nicht

<sup>1</sup> Marianne Hochuli, ist Koordinatorin der Erklärung von Bern, und Verantwortliche für den Bereich Handelspolitik.

mittragen kann, könnte der Zugang zu Bildung und Gesundheitsversorgung für ärmere Bevölkerungsschichten erschwert werden.

### Gefahren eines privatisierten Gesundheitssystems

Wie ausländische Beispiele (u.a. USA und Neuseeland) zeigen, wird die Gesundheitsversorgung umso teurer und unsozialer, je privatisierter sie ist. Es ist darum fragwürdig, ob ein privatisiertes Gesundheitswesen den gesetzlich verankerten Grundversorgungsauftrag für alle Patientinnen und Patienten erfüllen kann. Eine Privatisierung hat auch Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen. Private Firmen sind daran interessiert, ihre Kosten zu senken, um im Wettbewerb bestehen zu können. Sie müssen darum ihre Ausgaben limitieren, was zu tieferen Salären und zum Stellenabbau führen kann. So dürften sich die Arbeitsbedingungen für eine Mehrheit verschlechtern – die hochspezialisierten Berufe einmal ausgenommen. Zu dieser Mehrheit gehören sicher die Frauen, die häufig in schlechter qualifizierten Berufen arbeiten.

Und schliesslich bringt die Privatisierung des Gesundheitssystems noch eine ganz andere Begleiterscheinung mit sich: Krankheit wird zunehmend als individuelles Versagen, und nicht als soziales Problem angesehen.

Der Handel mit Gesundheitsdienstleistungen ist nicht mit dem Handel von Haushaltsartikeln vergleichbar. Auf gewisse Haushaltsartikel kann man gut verzichten. Ein grosser Teil der Dienstleistungen des Gesundheitssektors soll jedoch ein essenzielles menschliches Bedürfnis nach und Recht auf Gesundheit befriedigen. Dieses Menschenrecht wurde bereits 1966 im internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte festgeschrieben.

### Kein Gesundheitssystem wie in den USA

Wir haben in der Schweiz zurzeit ein gut ausgebautes Gesundheitssystem, und es lohnt sich, dieses zu verteidigen und nicht einfach als handelbares Gut zu vergeben.

Der Blick in die USA führt die nega-

tiven Auswirkungen einer Liberalisierung vor Augen: Jährlich wächst die Zahl der Menschen, die nicht gegen Krankheit und Unfall versichert sind. 1978 hatten in den USA «erst» 27,5 Millionen Menschen keinen gesundheitlichen Versicherungsschutz. 1998 waren es trotz Hochkonjunktur schon 44 Millionen, darunter 11 Millionen Kinder. 75 Prozent der Nichtversicherten gehören zur Schicht der «Working poor». Sie können sich weder die teuren Prämien der privaten Krankenkassen leisten, noch werden sie von ihrem Arbeitgeber versichert. Vor allem die afro-amerikanische und die hispanische Bevölkerung tragen die tödlichen Konsequenzen dieser ungleichen Gesundheitsversorgung.

### Verstoss gegen demokratische Prinzipien

Das GATS-Abkommen, 1994 abgeschlossen, wird nun die drei nächsten Jahre weiterverhandelt. Obwohl diese Verhandlungen entscheidende Weichen in Richtung einer Liberalisierung stellen und die politischen Handlungsmöglichkeiten massiv beschneiden, müssen sie nicht mehr vom Parlament genehmigt werden: 1994, als das ganze WTO-Paket abgesegnet wurde, wurde nämlich bereits das Mandat für Weiterverhandlungen erteilt. Kaum jemand in der Schweiz – abgesehen von einigen Handelsdelegierten – weiss, welche Verpflichtungen die Schweizer Regierung in diesem Abkommen bereits eingegangen ist.

Nichtregierungsorganisationen auf der ganzen Welt sind besorgt, dass das GATS-Abkommen einseitig auf die Bedürfnisse der Dienstleistungsindustrie zugeschnitten ist und darauf abzielt, grundlegende öffentliche Dienstleistungen in Frage zu stellen. Regierungen sind in einem deregulierten Markt eher bereit, Dienste privaten Anbietern zu überlassen. Dabei besteht die Gefahr, dass gerade die Ärmsten dann noch weniger Zugang zu Grundleistungen haben – dies lehren uns unzählige Beispielen aus Nord und Süd.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> siehe Dokumentation der Erklärung von Bern «Kein weltweiter Ausverkauf des Service public».

Unterstützt von zahlreichen Schweizer Nichtregierungsorganisationen haben die Erklärung von Bern und Schweizer Gewerkschaften im Juni des letzten Jahres die Postkartenaktion «Kein Ausverkauf des Service public» und eine gleichnamige Petition lanciert. Sie forderten Bundesrat Couchepin auf, sich dafür einzusetzen, dass

- grundlegende öffentliche Dienstleistungen nicht den WTO-Regeln unterstellt werden

- die Regierungen, besonders auch in südlichen Ländern, die Kompetenz behalten, nationale Investitionsregeln gemäss dem Entwicklungsstand ihres Landes erlassen zu können

- die bereits eingegangenen Verpflichtungen im Zusammenhang mit dem GATS nochmals überdacht, öffentlich diskutiert und gegebenenfalls rückgängig gemacht werden.

Das zuständige Staatssekretariat seco hat daraufhin zugesichert, die Öffnung des Gesundheitsmarktes sei in den nächsten Jahren kein Thema. Es gilt nun, die Verantwortlichen beim Wort zu nehmen. ■

Autorin:

**Marianne Hochuli**

Erklärung von Bern

Quellenstrasse 25

Postfach 1327

8031 Zürich

#### Weiterführende Informationen:

Die Dokumentation «Kein weltweiter Ausverkauf des Service public» mit zahlreichen Beispielen von Privatisierungen öffentlicher Dienstleistungen in Nord und Süd (Fr. 4.-) kann bestellt werden bei: EvB, Postfach, 8031 Zürich, oder unter [info@evb.ch](mailto:info@evb.ch)

Weitere Informationen zum WTO-Abkommen GATS finden sich auf der Website [www.evb.ch](http://www.evb.ch)



# Die Ziele der Gesundheitsversorgung am Beispiel des Kantons Basel-Stadt

Interview mit Bruno Bucheli, Kantonsarzt Basel-Stadt

**Die WHO hat in ihrem Grundlagenpapier «Gesundheit für alle» 21 Gesundheitsziele formuliert. Als prioritär wird die Chancengleichheit eingestuft, das heisst der Zugang zum Gesundheitswesen soll für alle gewährleistet sein. «Managed Care» sprach mit Bruno Bucheli, Kantonsarzt von Basel-Stadt, darüber, welche Ziele kantonal in der Gesundheitsversorgung verfolgt werden, welche Rolle die Ziele der WHO spielen und welche Vorgaben von der Seite des Bundes bestehen.**

**D**ie Grundlagen der Gesundheitsziele der WHO wurden 1978 an der Konferenz von Alma Ata formuliert. In der Zwischenzeit wurden die Ziele mehrmals überarbeitet. Die aktuelle Strategie der WHO von 1998 nennt sich «Gesundheit 21» und beinhaltet 21 Teilziele (siehe *Kasten*). Prioritär werden die Chancengleichheit und die intersektorielle Zusammenarbeit behandelt. Die europäische Version wurde von der Schweiz gutgeheissen. Daraus entstand aber keine völkerrechtliche Verpflichtung, diese

Ziele direkt zu verwirklichen. Da in der Schweiz die meisten Kompetenzen für das Gesundheitswesen bei den Kantonen liegen, ist es dem Bundesrat nicht möglich, im Alleingang eine umfassende schweizerische Gesundheitspolitik anhand der WHO-Ziele festzulegen<sup>1</sup>.

Die Ziele der Gesundheitsversorgung bestimmt also jeder Kanton selbstständig. Im Gespräch mit dem Kantonsarzt von Basel-Stadt, Bruno Bucheli, wollte «Managed Care» wissen, wie die basel-städtischen Ziele der Gesundheitsversorgung lauten, wie diese im gesamtschweizerischen Zusammenhang stehen und welche Rolle dabei die Gesundheitsziele der WHO spielen. Dabei richteten wir ein spezielles Augenmerk auf das für die WHO prioritäre Thema der Chancengleichheit.

*Managed Care: Die Verantwortlichkeit für die Gesundheitsversorgung ist in der Schweiz kantonal geregelt. Welche Ziele hat Basel-Stadt in der Gesundheitsversorgung?*

**Bruno Bucheli:** Eines der wichtigsten Ziele ist, dass jeder Bürger und jede Bürgerin eine adäquate medizinische Versorgung erhält. Ein weiteres Ziel ist, dass wir diese medizinischen Leistungen relativ kostenbewusst anbieten.

<sup>1</sup> Antwort des Bundesrates am 18.9.1995 auf eine Interpellation von Christine Goll («Für eine schweizerische Gesundheitspolitik» Nr. 95.3151). Beim Bund liegen trotz dieser Aussage wichtige Kompetenzen, wie beispielsweise das Krankenversicherungsgesetz KVG, und die Entwicklung läuft hin zu mehr Kompetenzen beim Bund. Gerhard Kocher, ehemaliger Sekretär der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik, bezeichnet die Aussage, das Gesundheitswesen sei «kantonal geregelt» als falsch (vgl.: Kocher, Gerhard: «Kompetenz- und Aufgabenteilung Bund-Kantone-Gemeinden» in: Kocher, G. und Oggier, W. [Hrsg.]: Gesundheitswesen Schweiz 2001/2001. Ein aktueller Überblick.)

In diesen Zielen sind verschiedene Aspekte enthalten: Einerseits wird die Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung thematisiert, andererseits ist aber auch festgehalten, dass die medizinische Versorgung für jeden Bürger und jede Bürgerin zugänglich sein soll. Es gibt auch einen qualitativen Aspekt, wir wollen eine hochstehende Gesundheitsversorgung nach den gängigen Standards.

*MC: Sie haben die Zugänglichkeit erwähnt. Was verstehen Sie darunter und wie gewährleisten Sie diese?*

**Bucheli:** Zugänglichkeit heisst, dass für alle Problemstellungen ein Angebot da ist. Wir haben beispielsweise die Notfallstation, die 24 Stunden offen ist und eine Aufnahmepflicht hat: Jede Person kann da hingehen. Wir haben eine Poliklinik, wo jeder Patient, jede Patientin sich einfinden kann. Auch die Notfallapotheken, der ärztliche und der psychiatrische Notfalldienst sowie die Ärztinnen und Ärzte im kantonsärztlichen Dienst, die für den fürsorgerischen Freiheitsentzug zuständig sind, sind 24 Stunden pro Tag erreichbar.

*MC: Eigentlich ist ein sehr breites Angebot rund um die Uhr verfügbar. Jetzt ist aber bekannt, dass beispielsweise der Zugang für Migrantinnen und Migranten zu medizinischen Leistungen eingeschränkt ist, auch ältere oder sozial schlechter gestellte Leute gehören in diese Gruppe. Gibt es konkrete Massnahmen, mit denen der Kanton Basel-Stadt versucht, dieses Problem anzugehen?*

**Bucheli:** Aus aktuellem Anlass möchte ich das neue Bundesgesetz

bezüglich Schwangerschaftsabbruch als Beispiel nennen, das ab dem 1. Oktober in Kraft tritt. Der Leitfaden für die schwangere Frau, den wir dazu abgeben werden und in dem steht, wo sie Hilfe suchen kann und wo sie unvoreingenommene Beratung erhält, wird in acht Sprachen übersetzt. Dies ist schon mal etwas Wichtiges.

Dann haben wir im Kanton Basel-Stadt ein Integrationsbüro, das sich speziell mit diesen Fragestellungen auseinandersetzt. Wir haben Anbieter, die zielgruppenspezifisch arbeiten. Beispielsweise spricht die Aidshilfe beider Basel gezielt Frauen aus der Dominikanischen Republik an, oder auch Türkinnen. Die Präventionsmodelle müssen an die verschiedenen Kulturen adaptiert werden.

**MC:** Im WHO-Konzept «Gesundheit für alle» wird die Chancengleichheit als ein prioritäres Ziel genannt, und die eben diskutierte Zugänglichkeit ist ein Hauptkriterium. Wo im Spezifischen liegen die Probleme mit der Chancengleichheit in Basel?

**Bucheli:** Ich würde nicht direkt von Problemen sprechen. Wir haben eine sehr multikulturelle Gesellschaft, Portugiesisch ist die am zweithäufigsten gesprochene Fremdsprache, wir haben einen hohen Anteil an Ausländern, beispielsweise türkische Menschen oder solche aus Ex-Jugoslawien. Die Schwierigkeit ist, dass deren Gesundheitsverständnis, die Verarbeitung von Gesundheit oder Krankheit, anders ist, als es die Schweizer Ärztinnen und Ärzte gelernt haben. Die Arztperson oder

das Spital als Leistungserbringer ist mit der Situation konfrontiert, nicht direkt den Bedürfnissen der Leistungsempfänger zu entsprechen.

Problematisch wird es dann, wenn es um die psychische Gesundheit geht. Es ist beispielsweise schwierig, für Menschen aus der Türkei einen türkisch sprechenden Psychiater zu finden. Der Prozentsatz der türkisch sprechenden Wohnbevölkerung stimmt nicht mit der Anzahl türkisch sprechender Psychiaterinnen und Psychiater überein. Da bestehen Engpässe, und mit Dolmetschern zu arbeiten ist nicht immer ideal.

Auch für die Asylanten-Empfangsstelle ist es nicht einfach, mit den ganz verschiedenen Kulturen umzugehen<sup>2</sup>.

**MC:** Wir haben von den Zielen von Basel-Stadt in der Gesundheitsversorgung gesprochen. Worauf stützen sich diese Ziele? Haben sie einen Zusammenhang mit den WHO-Zielen?

**Bucheli:** Als politisches Ziel heisst es, die Gesundheitsversorgung nach in der Schweiz anerkannten medizinischen, pflegerischen und wirtschaftlichen Standards zu gewährleisten und die Konzepte der WHO dienen dazu als Leitplanken.

**MC:** Woher kommen die «schweizerischen Standards», wo sind die beschrieben?

**Bucheli:** Da die Gesundheitsversorgung vor allem in kantonaler Hoheit liegt, sind die «schweizerischen Standards» nicht im Detail ausformuliert. Aber wir sind aufgrund der Vernetzung daran interessiert, dass nach Prinzipien gearbeitet wird, die

Sinn machen. Aus meiner Sicht findet ein Paradigmawechsel statt: Die ganze Public-Health-Perspektive wird einbezogen, die Kosteneffektivitätsanalyse erhält zunehmend mehr Stellenwert. Aber bei den Umsetzungen in den einzelnen Kantonen kommt der Föderalismus zum Tragen, und die Perspektiven sind je nach Kanton sehr unterschiedlich.

**MC:** Haben Sie dazu ein Beispiel?

**Bucheli:** Ein Beispiel ist, dass nach neuem Gesetz der Schwangerschaftsabbruch dem zuständigen Kantonsarzt zu melden ist. Als Präsident der dafür eingesetzten Arbeitsgruppe habe ich einen Entwurf erarbeitet, welche Daten sinnvollerweise gemeldet werden sollen, und sehe nun, dass die Akzeptanz ganz unterschiedlich ist. Es gibt Kantone, die ein Minimum an Daten sammeln, und andere, die sich diesen Empfehlungen anschliessen. Dies führt schliesslich dazu, dass einige Kantone sinnvolle Daten sammeln und diese auswerten können. Sie erkennen somit Trends rechtzeitig und können frühzeitig mit entsprechender Prävention zum Beispiel an den Schulen reagieren. Andere Kantone sammeln nur das Minimum an Daten. Wenn jeder Kanton die gleichen Daten sammeln würde, ergäbe dies eine stärkere Aussagekraft.

Eine Koordination in den Kantonen zu erreichen ist schwierig, weil die kantonalen Kulturen sehr unterschiedlich sind. Wir haben in Basel eine andere Kultur als in einem Kanton der Innerschweiz oder auch der Ostschweiz. Wir sind beispielsweise in der Oberrheinkonferenz vernetzt mit Deutschland und Frankreich, dies führt zu einem anderen Denken. Eine nationale Gesundheitspolitik zu machen, die eine grosse Akzeptanz in den einzelnen Kantonen findet und bei der sich die Kantone nicht in ihrer Autonomie eingeschränkt fühlen, ist schwierig. Die kantonale Autonomie in der Gesundheit macht bei gewissen Sachen

<sup>2</sup> Die Eintreffenden werden verschiedenen Screening-Tests (z.B. Tuberkulose) und Impfungen unterzogen. Die Schwierigkeit liegt darin, den Menschen unterschiedlichster Sprachen und Kulturen zu erklären, was mit ihnen gemacht wird.



Sinn, bei der Spitalplanung beispielsweise muss man aber auch über die Grenzen hinaussehen.

**MC:** Heisst dies, dass die föderale Ausgestaltung verhindert, dass gesamtschweizerische Vorgaben oder auch die WHO-Konzepte durchgesetzt werden können?

**Bucheli:** Schon das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat von seiner Funktion her hauptsächlich nur empfehlenden oder beratenden Charakter. Es gibt relativ wenige Weisungen vom BAG, dafür umso mehr wertvolle Empfehlungen. Wenn Weisungen umgesetzt werden, dann ist dies etwas, das von den Kantonen kommt. Die wenigen Weisungen auf Bundesebene beziehen sich vor allem auf das Epidemiegesetz, wo die meldepflichtigen Krankheiten definiert sind. Aber in anderen Gebieten ist es auf gesamtschweizerischer Ebene mehr ein Koordinieren, ein Zusammenbringen, ein Vernetzen und Beraten, man kann da nicht befehlen. Es macht auch Sinn, dass die Kantone Autonomie haben, da sie ja auch sehr unterschiedlich sind.

Die WHO-Vorgaben sind Fernziele, Visionen, Stützen für die Fachleute. Die Aufgabe der Fachexperten ist es, diese aufzunehmen und zu übersetzen, sodass sie die politischen Entscheidungsträger, die Politiker, gut beraten können. Da haben die Kantonsärztinnen und Kantonsärzte eine wichtige Rolle.

**MC:** Im Übersetzen?

**Bucheli:** Ja, im Übersetzen, im Unterdie-Leute-bringen, im Priorisieren von Themen, beispielsweise übergewichtige Kinder oder Suizid. Wir haben eine sehr hohe Suizidrate, und die psychische Gesundheit ist bei uns ein Thema. Das Priorisieren gerade von «stillen» Problemen, über die politisch nicht geredet wird, ist eine wichtige kantonsärztliche Funktion. Es geht auch darum, die Schwächeren, die sich nicht laut wehren können, zu vertreten. ■

Interview:  
Brigitte Casanova

### Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert (WHO Europa)

- Ziel 1: Solidarität für die Gesundheit in der europäischen Region
- Ziel 2: Gesundheitliche Chancengleichheit
- Ziel 3: Ein gesunder Lebensanfang
- Ziel 4: Gesundheit junger Menschen
- Ziel 5: Altern in Gesundheit
- Ziel 6: Verbesserung der psychischen Gesundheit
- Ziel 7: Verringerung übertragbarer Krankheiten
- Ziel 8: Verringerung nicht übertragbarer Krankheiten
- Ziel 9: Verringerung von auf Gewalteinwirkung und Unfälle zurückzuführenden Verletzungen
- Ziel 10: Eine gesunde und sichere natürliche Umwelt
- Ziel 11: Gesünder leben
- Ziel 12: Verringerung der durch Alkohol, Drogen und Tabak verursachten Schäden
- Ziel 13: Settings zur Förderung der Gesundheit
- Ziel 14: Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit
- Ziel 15: Ein integrierter Gesundheitssektor
- Ziel 16: Qualitätsbewusstes Management der Versorgung
- Ziel 17: Finanzierung des Gesundheitswesens und Ressourcenzuweisung
- Ziel 18: Qualifizierung von Fachkräften für gesundheitliche Aufgaben
- Ziel 19: Forschung und Wissen zur Förderung der Gesundheit
- Ziel 20: Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange
- Ziel 21: Konzepte und Strategien zur «Gesundheit für alle»

Quelle: Gesundheitsziele für die Schweiz. Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen. Bern 2002.



**Bruno Bucheli, Dr. med.,** FMH Innere Medizin, Allgemeinmedizin und Prävention und Gesundheitsförderung, MPH, ist seit September 2000 Kantonsarzt in Basel-Stadt. Bucheli studierte Medizin in Basel und Genf, er arbeitete klinisch vor allem in den Gebieten der Chirurgie und Inneren Medizin, unter anderem in der medizinischen Poliklinik Basel und in der HIV-Sprechstunde. Ein Jahr weilte er für die UNO in Namibia, wo er ein Spital geleitet hat. Bucheli hat an der Harvard School of Public Health in den USA den Master of Public Health (MPH) erworben. In Basel-Stadt ist die Rolle des Kantonsarztes sehr breit angelegt: Neben den Aufgaben als Stadt-Physikus obliegen dem Kantonsarzt die kantonalen Aufgabengebiete des Bewilligungswesens, des Vertrauensärztlichen Dienstes, des Fürsorglichen Freiheitsentzugs, der Gefangenenbetreuung, der Gesundheitsförderung, des Katastrophen-Stabs und im Moment auch des Schulärztlichen Dienstes.

# Change Management in der Gesundheitsversorgung am Beispiel des Spitals

**Die Gesundheitsversorgung ist ein System, an dem viele verschiedene «Spieler» mit verschiedenen Interessen beteiligt sind. Ist in einem solch heterogenen System ein Wandel überhaupt möglich? Ja, meinen die AutorInnen, und sie zeigen am Beispiel des Spitals die Erfolgsfaktoren für einen Wandel in heterogenen Systemen auf.**

**Norbert Thom und  
Michèle Etienne**

**W**enn wir hier von Wandel sprechen, so meinen wir damit einen Veränderungsprozess (Change-Prozess), der durch den Druck des Umfeldes der betrachteten Institution ausgelöst wird und zu einer umfassenden Neuausrichtung führt, sich also auf die Strategie, die Organisation und die Kultur der Institution auswirkt. Wandel ist auch im Gesundheitswesen allgegenwärtig, sei es durch den Zusammenschluss von Institutionen, die Einführung neuer Verrechnungsmodelle oder die Schaffung von neuen Berufsbildern wie jenem des «Spitalarztes».

## Formen des Wandels

Veränderungen können in kleinen Schritten oder aber in grossen Schüben vollzogen werden. Im Sinne ei-

nes Kontinuums bewegt sich die Bandbreite vom radikalen bis zum evolutionären Change Management. Wie schnell der Wandel vollzogen wird, ist zum einen von der Art der Krise abhängig. Bei einer Liquiditäts- oder Erfolgskrise drängt sich aus zeitlichen Gründen eher ein revolutionäres Vorgehen auf, während in einer strategischen Krise eher evolutionärer Wandel zu empfehlen ist [1]. Auch politische Kräfte inner- und ausserhalb der Institution spielen eine gewichtige Rolle. So zeigt die praktische Erfahrung, dass insbesondere Ärzteschaft und Pflege das schrittweise, evolutionäre Vorgehen im Sinne einer Organisationsentwicklung vorziehen und «grosse Würfe» durch passiven Widerstand praktisch verunmöglichen. Zum anderen hängt es auch von den persönlichen Eigenschaften der Beteiligten ab (z.B. Status- und Machtdenken, Veränderungsbereitschaft und -fähigkeit, Risikofreude und Neugier auf neue Herausforderungen), ob und wie rasch eine Veränderung herbeigeführt werden kann.

Eine besondere Herausforderung für das Change Management ist es, wenn verschiedenste «Spieler» daran beteiligt sind. Dies wird im Folgenden am Beispiel des Change Managements im Spital aufgezeigt, und es werden zwei Erfolgsstrategien vorgeschlagen.

## Vielfalt als Herausforderung

Shakespeare bezeichnete die Welt als Bühne und alle Menschen als Schauspieler [2]. Analog zu dieser Metapher könnte man auch die Mitglieder der Berufsgruppen einer Institution im Gesundheitswesen, zum Beispiel eines Spitals, als Schauspieler bezeichnen, die – unter vielen



Norbert Thom



Michèle Etienne

anderen Rollen – auch eine bestimmte Berufsrolle spielen. Die mit der Berufsrolle verbundene Rollenidentität, verstanden als Einstellungen und Verhaltensweisen in bestimmten Situationen, bildet sich unter anderem durch folgende Faktoren: Ausbildung (z.B. Medizinstudium), Tätigkeit (z.B. Umgang mit Krankheit und Tod), Einfluss von Berufsvereinigungen (Fachverbände

und Interessengruppen), politische Prozesse (z.B. Pfl egenotstand oder Diskussion um Kontrahierungszwang).

**«Wie schnell der Wandel vollzogen wird, ist von der Art der Krise, von politischen Kräften und von den persönlichen Eigenschaften der Beteiligten abhängig.»**

Die Vielfalt der Berufe und damit auch der Berufsrollen im Spital, die durch die Dreiteilung in die Bereiche Pflege, Medizin und Verwaltung verdeutlicht wird, macht im Change-Prozess eine umsichtige und von mehreren Seiten reflektierte Lösung notwendig. Dies kann eine Chance, aber auch eine Gefahr darstellen und sogar den Change-Prozess blockieren, denn die Betroffenen nehmen die Situation unterschiedlich wahr und haben unterschiedliche Meinungen darüber, wie notwendig und wie dringend eine Veränderung sei.

**Erfolgsfaktoren des Wandels**

Wenn treibende und hemmende Kräfte, konkret zu verstehen als Befürworter und Gegner des Wandels, sich im Wandlungsprozess die Waage halten, ist die Institution zwar im Gleichgewicht, aber der Wandlungsprozess ist blockiert. Nur wenn die treibenden Kräfte eine Hebelwirkung entfalten können, gelangt die Institution auf ein neues Entwicklungsniveau. Ob dies gelingt, hängt unter anderem von zwei Erfolgsfaktoren ab:

- Gelingt es, Schlüsselpersonen (Promotoren) zu finden, welche den Wandel antreiben, und diese Schlüsselpersonen zusammenzubringen?
- Gelingt es, die Vielfalt positiv zu nutzen?

**Schlüsselpersonen zusammenbringen**

Eine wichtige Rolle im Wandlungsprozess spielen die Promotoren (vgl. *Abbildung 1*). Als Promotoren werden in der betriebswirtschaftlichen

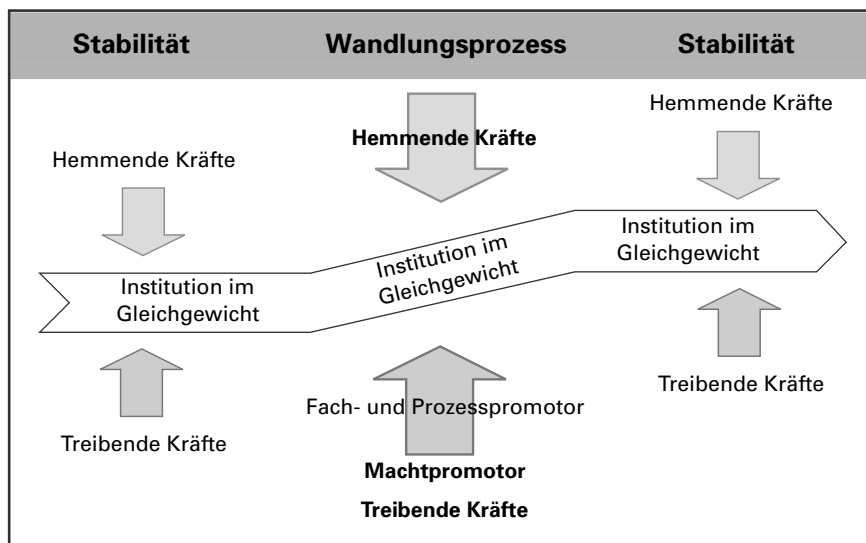


Abbildung 1: Die Promotorenrollen im Wandlungsprozess [5]

Fachterminologie die Schlüsselpersonen des Wandels bezeichnet. Empirische Studien von Veränderungsprozessen haben gezeigt, dass es am wirksamsten ist, wenn die Promotorenrolle auf drei Personen verteilt wird: einen Machtpromotor, einen Prozesspromotor und einen Fachpromotor [3].

Der Machtpromotor verkörpert eine Art «Patron» für den Change-Prozess. Aufgrund seiner hohen hierarchischen Stellung verfügt er über die notwendigen Ressourcen, kann Systembarrieren überwinden und legitimiert den Wandel. Er verfügt über

**«Die Vielfalt der Berufe im Spital macht im Change-Prozess eine umsichtige und von mehreren Seiten reflektierte Lösung notwendig.»**

politische Fähigkeiten (u.a. Verhandlungsgeschick und Überzeugungsfähigkeit) und vertritt gegenüber den Betroffenen glaubhaft und unermüdlich die Vorteile. Diese Aufgabe ist überschaubar und eignet sich im Spital deshalb gut für einen Chefarzt. Einerseits erleidet die medizinische Tätigkeit durch dieses Engagement keine Einbusse, anderer-

seits hat ein Chefarzt den Respekt und Einfluss, den diese Funktion erfordert [4].

Der Prozesspromotor verkörpert die Scharnierfunktion im Change-Prozess. Er übernimmt die Koordination und die Kommunikation. Er motiviert und führt die Beteiligten als Projektleiter und schirmt ihre Arbeit vor Problemen ab. Dazu

**Drei Fragen zur Vorbereitung**

Bevor ein Prozess des Wandels beginnen kann, gilt es gewisse unternehmenspolitische Fragen zu klären:

- Wer sind die Rollenträger im Prozess und welche Position nehmen sie ein (Verbündete, mögliche Koalitionspartner, aktive oder passive Opponenten)?
- Wie sieht die Zeitachse für den Prozess aus (schrittweise Entwicklung oder schnelle Veränderung)?
- Wie ist die Methode resp. die Art des Vorgehens (Organisationsentwicklung oder eher Business Reengineering<sup>1</sup>)?

1 Unter Organisationsentwicklung versteht man den bewusst gesteuerten Wandel einer Organisation auf den Ebenen Strategie, Prozesse/Strukturen und Kultur. Der Wandel beinhaltet einen längeren Prozess, der partizipativ gestaltet ist und die Personen sowie die sie umgebende Situation in den Wandel einbezieht. Business Reengineering hingegen wird verstanden als fundamentales Überdenken und radikales Redesign des ganzen Unternehmens oder wichtiger Unternehmensprozesse. Das Ergebnis sind Verbesserungen um Größenordnungen in entscheidenden, heute wichtigen und messbaren Leistungsgrößen in den Bereichen Kosten, Qualität, Service und Zeit.

muss er über hohe soziale Kompetenzen verfügen und die Techniken eines erfolgreichen Projektmanagements kennen.

Der Fachpromotor verfügt über fachliche und konzeptionelle Fähigkeiten und bringt Erfahrungen aus anderen Change-Prozessen mit. Dieser Rolle kann von internen oder externen Personen besetzt werden. Externe können einen neuen Impuls geben und werden von den Mitarbeitenden manchmal auch eher angehört als die «Propheten im eigenen Land».

Die beschriebenen Promotorenrollen sind in der Regel nicht durch Dienstwege direkt miteinander verbunden und können auch hierarchisch und sogar räumlich weit voneinander entfernt sein. Um eine grösstmögliche Wirkung zu erzielen,

**«Nur wenn die treibenden Kräfte eine Hebelwirkung entfalten können, gelangt die Institution auf ein neues Entwicklungsniveau.»**

müssen die drei Promotorentypen bewusst zusammengebracht werden. Das kann durch die Bildung einer Projektorganisation oder einer Taskforce geschehen. Ein solches formales Gefäss ermöglicht den Promotoren einen regelmässigen Informationsaustausch und einen einheitlichen Auftritt nach innen und nach aussen.

### Die Vielfalt nutzen

Die Vielfalt der Berufsgruppen und -rollen im Spital ist eine Chance. Es braucht jedoch eine institutionalisierte Bühne (z.B. regelmässige Sitzungen, interne Podiumsgespräche

oder Informationsveranstaltungen), auf der die divergierenden Interessen vertreten und die damit verbundene

**«Um eine grösstmögliche Wirkung zu erzielen, müssen die drei Promotorentypen bewusst zusammengebracht werden.»**

nen Konflikte konstruktiv ausgetragen werden können. Es soll und darf durchaus auch um Sachlösungen gerungen werden. Wenn das Problem von verschiedenen Parteien beleuchtet wird, erhöht dies die Qualität der Lösung.

Die Vielfalt positiv zu nutzen heisst, ihren positiven Einfluss auf die Qualität der Lösung nie aus dem Auge zu verlieren und die Geringschätzung von Mitspielern strikt zu vermeiden. Dies ist allerdings eine grosse Herausforderung und verlangt Beharrlichkeit und Stehvermögen von allen am Change-Prozess Beteiligten. Die Veränderungen im politischen Umfeld (z.B. Finanzierungsfragen

**«Wenn das Problem von verschiedenen Parteien beleuchtet wird, erhöht dies die Qualität der Lösung.»**

oder Forderungen des KVG) führen zu einem vermehrten Druck auf die Spitäler, sich den neuen Wettbewerbsbedingungen anzupassen. Die Veränderungsbereitschaft ist jedoch aus unserer Sicht nicht primär von der

Finanzierung und der rechtlichen Position eines Spitals abhängig. Vielmehr kommt es auf die dort tätigen Schlüsselpersonen (z.B. visionär denkende Promotoren) sowie die Zahl und den Einfluss der Anspruchsgruppen (Zuweiser, Patienten, Geldgeber) an, ob ein Change-Prozess antizipativ (d.h. die Entwicklung vorwegnehmend) initiiert wird oder ob man abwartet, bis einem der Wandel von aussen praktisch aufgezwungen wird. Allerdings haben die privaten Spitäler aufgrund ihrer grösseren finanziellen und politischen Unabhängigkeit einen grösseren Handlungsspielraum, und sie haben in der Regel kürzere Entscheidungswege. ■

**AutorInnen:**

**Prof. Dr. rer. pol. Norbert Thom**

Direktor des Instituts für Organisation und Personal der Universität Bern, Schweiz.  
(www.iop.unibe.ch)

**Dr. rer. pol. Michèle Etienne**

Beraterin im Gesundheitswesen und Partnerin der Innopool AG, Managementberatung, Schüpfen, Schweiz. (www.innopool.ch)

### Literatur

1. Vgl. Thom, N.: Change Management - Basic Elements for a Differentiated and Integrated Change Management. In: Management, Journal of Contemporary Management Issues, Vol. 3 1998, No. 2, S. 9 ff.
2. Vgl. Robbins, St. R.: Organisation der Unternehmung. 9. Aufl., München 2001, S. 276 f.
3. Vgl. Hauschildt, J.: Innovationsmanagement. 2. Aufl., München 1997, S. 167.
4. Vgl. Etienne, M.: Total Quality Management (TQM) im Spital erfolgreich gestalten. Bern u. a. 2000, S. 270.
5. Thom, N./Ritz, A.: Public Management. Innovative Konzepte zur Führung im öffentlichen Sektor. Wiesbaden 2000, S. 119.

# Selbstverantwortung fördern durch Selbsthilfegruppen

**Selbsthilfegruppen gewinnen immer mehr an Bedeutung. Am Beispiel des Selbsthilfe-Zentrums Region Winterthur zeigen wir, wie Selbsthilfegruppen arbeiten und was sie bewirken können.**

**Regula Kupper**

**S**elbsthilfegruppen sind freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen, die von demselben Problem betroffen sind. In der Region Winterthur treffen sich zurzeit rund 500 Menschen in 60 Gruppen. Laufend werden neue Gruppen gegründet, andere lösen sich wieder auf. Zu den unterschiedlichsten Themen bestehen Selbsthilfegruppen. In diesen Gruppen treffen sich Menschen mit einer chronischen Krankheit, mit sozialen oder mit psychischen Problemen. Eine zweite Hauptgruppe bilden die Angehörigen von Personen mit einer Krankheit, Behinderung oder Sucht.

**Wie Selbsthilfegruppen arbeiten**  
Selbstverantwortung und Eigeninitiative sind tragende Elemente in Selbsthilfegruppen. Selbsthilfegruppen funktionieren nach dem Prinzip von Peer-Groups, die ohne fachliche Leitung organisiert sind und in denen alle Teilnehmerinnen\* zusammen die Verantwortung tragen. Die Mitglieder der Gruppen wachsen von einer ursprünglichen «Position der

Schwäche» immer mehr in die Rolle der «Erfahrungsexperten in eigener Sache». Dies, indem sie gemeinsam in der Fachliteratur recherchieren, Erfahrungen und Informationen austauschen und praktische Bewältigungshilfen für den Alltag erarbeiten. Die Mitglieder der Selbsthilfegruppen sind nicht nur in der Rolle der «Hilfe erhaltenden Person», sondern erleben sich auch als Unterstützung für andere. Dieses Gleichgewicht wirkt einer einseitigen «Opferhaltung» entgegen und ist wohl einer der Hauptgründe, warum Selbsthilfegruppen stärkend wirken.

Auch nach einigen Jahren Erfahrung mit Selbsthilfegruppen sind wir immer wieder von Neuem erstaunt, welch wertvolle Prozesse und Resultate sie hervorbringen können. Dies lässt sich am besten an Hand einiger Originalzitate aus unseren periodischen Umfragen illustrieren:

- «Endlich fühle ich mich verstanden. Daraus schöpfe ich Kraft, um meinen beschwerlichen Alltag zu bewältigen.»
- «Seit ich in der Gruppe mitmache, empfinde ich mir gegenüber wieder so etwas wie Würde. Das macht stark und heilt innere Wunden.»
- «Ich habe vorher nicht gewusst, welche Fähigkeiten in mir stecken. Nun erfahre ich, dass es für andere wichtig ist, dass ich da bin.»
- «Es ist unglaublich zu erleben, wie wir gemeinsam Ideen entwickeln, auf die wir von alleine nie gekommen wären.»
- «Die Gruppe wirkt für mich wie ein Ventil. Ich weiss, dass ich meine Angehörigen belaste, wenn ich immer wieder über die Krankheit rede. Seitdem ich hier bin, weiss ich, dass ich am Freitag «abladen» kann. Da-



Regula Kupper

nach fühle ich mich erleichtert, und die Beziehung zur Familie ist entspannter.»

■ «In der Gruppe finde ich Stück für Stück mein Selbstvertrauen wieder.»

■ «Die Informationen und das Fachwissen, das wir zu unserem Thema gemeinsam erworben haben, geben mir Sicherheit.»

■ «Hier fühle ich mich gleichwertig. Im Alltag bin ich «die Kranke» und die anderen sind «die Gesunden». In der Gruppe besteht dieses Gefälle nicht, und ich lerne hier, mich trotz meiner Krankheit «ganz» zu fühlen.»

## Wie das SelbsthilfeZentrum Gruppen unterstützt

Das SelbsthilfeZentrum verstehen wir als eigentliche Drehscheibe der Selbsthilfeförderung. Wir unterstützen Selbsthilfegruppen und fördern Bestrebungen der gegenseitigen, partnerschaftlichen Hilfe unter Gleichbetroffenen.

Sämtliche Dienstleistungen des SelbsthilfeZentrums sind darauf ausgerich-

\* Im Text wird abwechslungsweise die weibliche und die männliche Form benutzt.

tet, den Empowerment-Prozess in Selbsthilfegruppen in Gang zu bringen und zu fördern. Dies bedeutet, den Gruppen ein möglichst hohes Mass an Eigenverantwortung und Freiraum für Partizipation sowie eine gute Arbeitsqualität zu ermöglichen.

Dafür steht den Gruppen ein vielseitiges Angebot zur Verfügung:

- Beratung von Betroffenen zur Gründung von Selbsthilfegruppen
- Öffentlichkeitsarbeit für die Gründung von Gruppen (über Medien und Fachleute)
- Begleitung bei der Gründung neuer Gruppen
- Infrastruktur für Gruppentreffen (Gruppenräume, Moderationsmaterial)
- Beratung von bestehenden Gruppen (z.B. Methoden-Input, Standortbestimmung, Zielklärung, Konfliktbewältigung)
- Vermittlung von Kontakten zu bestehenden Gruppen für Neuinteressierte
- Beratung von Institutionen und Interessierten zum Thema Selbsthilfe
- Workshops zu gruppenrelevanten Themen (z.B. lösungsorientierte Gesprächsführung, schwierige Gespräche moderieren)
- Methoden-Infothek, methodische Arbeitsblätter.

Das SelbsthilfeZentrum wird von einer Sozialarbeiterin und einer Ausbilderin mit medizinisch-therapeutischem Hintergrund in Co-Leitung geführt. Diese fachlichen Ressourcen gewährleisten einen sicheren Umgang mit der Vielfalt von Themen, zu denen Selbsthilfegruppen bestehen und entstehen.

### Wie sich Selbsthilfegruppen auf das Zusammenspiel zwischen Ärztin und Patient auswirken

Das SelbsthilfeZentrum steht auch in Kontakt mit Ärztinnen, Therapeuten und Fachleuten der Region und informiert sie über neue Gruppenprojekte. Patientinnen werden immer häufiger von Fachleuten auf die Möglichkeit einer Selbsthilfegruppe aufmerksam gemacht. Aus Rückmeldungen von Therapeutinnen und Ärzten wissen wir, dass die Mitwirkung in einer Selbsthilfe-

gruppe in der Therapieplanung an Stellenwert gewinnt – insbesondere als Anschlussprogramm an eine Behandlung –, was die Dauer der Therapie verkürzen kann.

Mitglieder von Gruppen mit chronischer Krankheit (z. B. Rheumaerkrankungen oder Schleudertrauma) berichten, dass sich die Zahl ihrer Arzttermine reduziere, weil sie in der Gruppe Hilfen zur Alltagsbewältigung erhalten und über die eigene Befindlichkeit sprechen können.

Diese Einschätzung wird von ärztlicher Seite bestätigt und als Entlastung wahrgenommen.

### Wie Selbsthilfegruppen das Gesundheitsversorgungssystem verändern

Daten von systematischen Untersuchungen über die Wirkungsweise von Selbsthilfegruppen in der Schweiz liegen noch nicht vor. Eine nationale Studie dazu ist in Vorbereitung.

Im Alltag des SelbsthilfeZentrums erleben wir, wie sich die Lebensqualität von Menschen in einer gesundheitlich oder psychosozial belastenden Situation durch die Selbsthilfegruppe positiv verändern kann. Für viele Menschen bedeutet der Eintritt in eine Selbsthilfegruppe einen Wendepunkt im Leben. Sie wagen den Schritt aus der Isolation und entscheiden sich für eine eigenständige Form der Problembewältigung. Dabei werden Kräfte frei, Ressourcen werden aktiviert und fördern den Heilungsprozess.

Warum ist es nötig, Selbsthilfegruppen institutionell zu unterstützen? Unsere Dienstleistungen ermöglichen einer grossen Zahl von Menschen einen niederschweligen Zugang zu einer Selbsthilfegruppe. Dies wäre ohne Unterstützung von aussen nicht so. Menschen, die einer Gruppe beitreten, befinden sich meist in einer schwierigen Lebenssituation, in der die Kraft nicht ausreichen würde, um ohne fremde Hilfe ein Projekt aufzubauen. Findet eine Betroffene oder ein Betroffener jedoch passende Rahmenbedingungen vor, kann er oder sie auch mit vorerst wenig Energiereserven teilnehmen.

Das SelbsthilfeZentrum Region Winterthur wird mit einem Pensum von nur 100 Stellenprozenten – verteilt auf drei Personen – betrieben. Mit ausserordentlich geringem finanziellen Aufwand bieten wir den Selbsthilfegruppen den Rahmen, damit sie ihre wichtige Arbeit zu Gunsten einer ganzheitlichen Gesundheitsversorgung leisten können. Für rund zwei Drittel der Finanzen zum Betrieb des SelbsthilfeZentrums kommt die öffentliche Hand (Stadt, Gemeinden, Kanton und BSV) auf. Ein weiteres Drittel decken Kirchen, Stiftungen und Private.

Wir sehen in der Selbsthilfe eine äusserst wirkungsvolle Möglichkeit, Selbstverantwortung und Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung zu stärken und auch Krankheitsverläufe positiv zu beeinflussen. Viele der Selbsthilfegruppen geben sich, neben der Arbeit an den eigenen Themen, einen Informationsauftrag. Dieser besteht beispielsweise darin, dass sie andere Betroffene, die nicht in die Gruppe kommen können oder wollen, beraten und mit Fachinformationen versorgen. So leisten Kontaktpersonen gemäss unseren Stichprobenbefragungen neben ihrem Engagement innerhalb der Gruppe zwischen 10 und 40 Arbeitsstunden im Jahr für externe Betroffene.

Das Potenzial der Selbsthilfegruppen in der Schweiz ist noch lange nicht ausgeschöpft. Im Vergleich zu tra-

#### KOSCH

Neben dem SelbsthilfeZentrum Region Winterthur gibt es in der Schweiz 15 weitere regionale Kontaktstellen für Selbsthilfegruppen. Diese regionalen Kontaktstellen verfügen über eine gemeinsame nationale Dachorganisation, die Stiftung KOSCH («Koordination und Förderung von Selbsthilfegruppen in der Schweiz»), welche einen zentralen Auskunftsdienst für Fragen über Selbsthilfegruppen koordiniert (Tel. 0848 810 814).

Die Geschäftsstelle der Stiftung KOSCH befindet sich in Basel. Adresse: Stiftung KOSCH, Koordination und Förderung von Selbsthilfegruppen in der Schweiz, Laufenstrasse 12, 4053 Basel. Tel. 061-333 86 01. Fax 061-333 86 02. E-Mail: gs@kosch.ch; Internet: www.kosch.ch



ditionellen Selbsthilfeländern wie Deutschland, Holland oder den Vereinigten Staaten besteht bei uns in diesem Bereich Nachholbedarf. Immer mehr Fachleute nehmen an, dass sich der finanzielle Einsatz für die Selbsthilfeförderung «auszahlt». Dies geht aus den zahlreichen Gesprächen hervor, die wir mit «Gesundheitsversorgerinnen» und mit politischen Entscheidungsträgern geführt haben.

Mit Spannung erwarten wir die nationale Studie über die Auswirkungen der Selbsthilfegruppen auf Lebensqualität und Gesundheitskosten. Wir sind überzeugt, dass sich das Bild von Selbsthilfegruppen als «Zellen ansteckender Gesundheit» immer mehr durchsetzen wird. Dabei geht es um eine Gesundheit im ganzheitlichen Sinn, welche die körperlichen, psychischen, sozialen und ökonomischen Aspekte mit berücksichtigt. ■

**Autorin:**  
**Regula Kupper**  
 SelbsthilfeZentrum  
 Region Winterthur  
 Holderplatz 4  
 8400 Winterthur  
 E-Mail: info@selbst-hilfe.ch

# Aufwertung der Pflege – eine Aufgabe der Politik

**Der Autor hat im Jahr 2000 im Nationalrat eine Motion zur Aufwertung der Pflege eingereicht. Im Artikel erläutert er, warum die Pflege aufgewertet werden muss und auf welchem Weg er dies zu erreichen versucht. Im anschliessenden Interview erklärt er, warum gerade er sich für das Anliegen engagiert, welche Rolle die Pflegenden selber im politischen Prozess spielen und wie er sein Engagement nach Ablehnung der Motion durch Bundesrat und Ständerat weiterführen will.**

**Rudolf Joder<sup>1</sup>**

**G**emäss den Bestimmungen des Schweizerischen Roten Kreuzes über die Diplomausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege lauten die fünf Funktionen der Pflege wie folgt: «1. Unterstützung von Aktivitäten des täglichen Lebens. 2. Begleitung in Krisensituationen und während des Sterbens. 3. Mitwirkung bei präventiven, diagnostischen und therapeutischen Massnahmen. 4. Mitwirkung bei Aktionen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit, und 5. Mitwirkung bei der Verbesserung der Qualität und Wirksamkeit der Pflege.»

Aufgrund dieser Beschreibung wird die Bedeutung der Pflege sofort ersichtlich: Ohne Pflege gibt es weder ein Spital noch eine Klinik oder ein Pflegeheim. Es sind die Pflegenden, welche den ureigenen Zweck dieser Institutionen erfüllen.

Die Wichtigkeit der Pflege lässt sich auch in Zahlen ausdrücken: Zurzeit sind in der Schweiz rund 150 000



Rudolf Joder

Personen in der Pflege tätig, wobei 58 Prozent in Teilzeit arbeiten (d.h. max. ein 80-Prozent-Pensum haben). Nach wie vor ist die Pflege ein Frauenberuf; der Anteil der Männer beträgt lediglich 11 Prozent. Die

<sup>1</sup> Rudolf Joder ist Fürsprecher. Zurzeit ist er als Gemeindepräsident der Gemeinde Belp und als Nationalrat tätig. Zudem ist er Präsident der Konferenz der Kantonalen Krankenhausverbände, Präsident des Verbandes Bernischer Krankenhäuser und Vorstandsmitglied des Bernischen Vereins für Gehörlosenhilfe. Er gehört der Schweizerischen Volkspartei (SVP) an.

grosse Mehrheit der Pflegenden sind angestellt; nur rund 660 Personen sind freiberuflich tätig.

### Die Probleme

Gemäss den Zahlen des Bundesamtes für Statistik wurden in den Schweizer Spitälern im Jahr 1998 rund 1,1 Millionen Patientinnen und Patienten stationär behandelt. Zusätzlich wurden 150 000 Patientinnen und Patienten teilstationär versorgt. Bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der stationären Patienten von 13,5 Tagen ergibt dies 14,1 Millionen Pfl egetage pro Jahr.

Aus der schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1997 geht hervor, dass damals 12,4 Prozent der schweizerischen Wohnbevölkerung innerhalb eines Jahres ein- oder mehrmals eine Spitalbehandlung benötigten. Jeder und jede Achte musste also mindestens einmal jährlich ins Spital. Diese neusten Angaben des Bundesamtes für Statistik bestätigen, dass die Gesamtzahl der Spitalpatientinnen und -patienten pro Jahr in der Schweiz laufend zunimmt.

Den steigenden Patientenzahlen steht eine stagnierende Zahl von Pflegepersonen gegenüber. Das heisst, dass sich die Schere zwischen der Zahl der Pflegenden und der Zahl der Patienten öffnet. Dies ist eine verhängnisvolle Entwicklung. Die Problematik verstärkt sich durch den Umstand, dass der Anteil der betagten Mitmenschen an der Gesamtbevölkerung immer grösser wird und dass auch die Zahl der chronisch Kranken sowie die Zahl der Mehrfacherkrankungen zunimmt.

Der aktuelle Personalmangel in der Pflege ist gravierend. Zurzeit sind gesamtschweizerisch 1300 bis 2000 Arbeitsstellen von qualifiziertem Pflegepersonal ständig unbesetzt. Die Problematik wird noch verschärft durch den starken Rückgang der Zahl der erfolgreichen Absolventinnen und Absolventen einer Pflegeausbildung. Diese Zahl ist zwischen 1991 und 1998 um 36 Prozent und zwischen 1991 und 1999 sogar um 39 Prozent zurückgegangen.

Die ungenügende personelle Besetzung im Pflegebereich wirkt sich in verschiedenster Hinsicht sehr nach-

teilig aus. Zunächst ist die Pflegesicherheit und die Pflegequalität gefährdet. Für die Patientinnen und Patienten bedeutet dies vermehrte Komplikationen und grössere Risiken, was unnötiges Leiden sowie längere Spitalaufenthalte und erhöhte Kosten zur Folge hat. Hinzu kommt, dass die Pflege ihren Beitrag zur Gesundheitserhaltung und -förderung nicht mehr zu leisten vermag. Auch der zunehmende fachliche und administrative Aufwand in der Pflegearbeit kann immer weniger bewältigt werden.

### Politischer Handlungsbedarf

Die dargestellten Probleme sind schwer wiegend, weil sie weite Bevölkerungskreise treffen und es immer um die Kernfrage von Gesundsein oder Kranksein geht. Die Politik ist also gefordert. Denn sie macht die Gesetze, und um gesetzgeberische Anpassungen kommen wir nicht herum. Zentraler Lösungsansatz ist eine bessere gesetzliche Verankerung der Pflege im Krankenversicherungsgesetz (KVG). Diese Zielsetzung verfolgt die von mir am 5. Oktober 2000 zusammen mit 64 Mitunterzeichnern und Mitunterzeichnerinnen eingereichte Motion «für eine Aufwertung der Krankenpflege». Mit diesem parlamentarischen Vorstoss beauftragte ich den Bundesrat, im Rahmen einer Teilrevision des KVG eine Vorlage auszuarbeiten, welche die Krankenpflege generell aufwertet und die rechtliche Stellung der Pflegeberufe stärkt.

### Inhalte der Motion

Die Forderungen der Motion lauten wie folgt: Grundsätzlich sollen die Definition und die Zielsetzung der Pflege gesetzlich verankert werden. Zudem sollen ausreichende qualitative und quantitative Mindestanforderungen an die Pflege in den Spitälern bezeichnet werden, damit die Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten sowie deren Sicherheit aufrechterhalten werden können.

Weiter sollen mit der gesetzlichen Bezeichnung von Krankenschwestern und Krankenpflegern als selbständige Leistungserbringende möglichst

adäquate und damit auch kostengünstige Behandlungsmethoden erreicht werden, und die Pflege soll hierarchisch auf die gleiche Stufe gestellt werden wie die Ärzteschaft. Schliesslich soll die Pflegeforschung ausgebaut werden, weil nur auf diesem Weg die Wirksamkeit der Pflege, ihr wirtschaftlicher Nutzen sowie der Wert der Pflegeleistung erfasst werden kann.

### Aktueller Stand

Der Nationalrat hat meine Motion mit deutlichem Mehr angenommen. Der Ständerat hingegen hat die unverbindliche Form eines eigenen Postulates vorgezogen. Leider gelang es nicht, der Mehrheit des Ständerates das Ausmass der Probleme in der Pflege und deren nachteilige Auswirkungen für die gesamte Gesellschaft unmittelbar aufzuzeigen. Um dieses Ziel zu erreichen, muss die politische Lobbyarbeit intensiviert werden. Diese Arbeit beschäftigt mich zurzeit sehr intensiv. Es geht darum, das wichtige Ziel einer Aufwertung der Krankenpflege unbeirrt und konsequent weiterzuverfolgen. ■

Autor:

**Rudolf Joder**

Riedlistrasse 27a

3123 Belp

E-Mail: rudolf\_joder@joder.ch

# «Ich habe sehr viele Gespräche geführt»

Interview mit Rudolf Joder

*Managed Care: Sie haben vor rund 2 Jahren zusammen mit 64 MitunterzeichnerInnen eine Motion für die Aufwertung der Pflege eingereicht. Wer oder was hat Sie konkret dazu veranlasst?*

**Rudolf Joder:** Ich bin Präsident des Verbandes Bernischer Krankenhäuser VBK und Präsident der Konferenz der Kantonalen Krankenhausverbände K3. In diesen Funktionen habe ich intensiv miterlebt, wie gross die Probleme in der Pflege heute sind und wie wichtig die Pflege für die Spitäler und generell für unsere Gesellschaft ist. So gelangte ich zur Schlussfolgerung, dass die Pflege unbedingt aufgewertet werden muss, und zwar auf politischem Weg, im Rahmen der Anpassung des KVG.

*MC: Und warum dachten Sie, dass gerade Sie sich da engagieren müssten?*

**Joder:** Für die Spitäler – und natürlich auch für die Pflegeheime – ist die Pflege neben der ärztlichen die zentrale Dienstleistung. Ohne Pflege kann man diese Betriebe nicht betreiben.

*MC: Sie fühlten sich also als Arbeitgeber in der Pflicht?*

**Joder:** Ja. – Zudem bin ich mit einer Krankenschwester verheiratet, die in Teilzeit berufstätig ist und seit Jahren täglich mit den Problemen konfrontiert wird.

*MC: Welche Rolle spielte der Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger SBK dabei? Eigentlich wäre ja zu erwarten, dass eine solche Initiative primär von dieser Seite kommt.*

**Joder:** Ich nahm mit dem SBK Kontakt auf und diskutierte die Problematik mit der Leitung der Geschäftsstelle.

*MC: Die Initiative kam also von Ihrer Seite?*

**Joder:** Ja.

*MC: Ist die Politik denn verantwortlich für die Attraktivität eines Berufs?*

**Joder:** Auf politischem Weg, auf dem Weg der Gesetzgebung, lässt sich die Stellung eines Berufes oder einer ganzen Gruppe von Berufen verbessern und damit deren Attraktivität erhöhen. Da kann der Gesetzgeber einen wichtigen Beitrag leisten.

*MC: Ist das Aufgabe des Gesetzgebers?*

**Joder:** Ja, denn wir haben im Gesundheitswesen mit dem KVG eine sehr detaillierte Gesetzgebung, in der die anderen Leistungserbringer aufgelistet sind.

*MC: Im Nationalrat wurde die Motion angenommen. Wie haben Sie das gemacht?*

**Joder:** Durch Überzeugungsarbeit. Ich selber habe sehr viele Einzelgespräche mit Kolleginnen und Kollegen geführt. Es haben aber auch Krankenschwestern mitgeholfen, die ihrerseits Gespräche führten mit den Parlamentariern in ihren Kantonen, um sie auf den Vorstoss und das Ausmass der Problematik hinzuweisen.

Aufgrund der prekären Situation und der Streikaktionen haben zudem die Medien immer wieder auf die Schwierigkeiten in der Pflege hingewiesen. Schwierigkeiten, die übrigens in der Zwischenzeit keineswegs abgenommen haben.

*MC: Im Ständerat hatte der Vorstoss keine Chance. Im Artikel schreiben Sie: «Die Lobbyarbeit geht weiter.» Was heisst das konkret?*

**Joder:** Ich prüfe zurzeit, nochmals einen Anlauf zu nehmen – allenfalls in der Form einer parlamentarischen Initiative, wo ich als Parlamentarier direkt gesetzgeberisch tätig werden kann<sup>2</sup>. So müsste kein Umweg über den Bundesrat gemacht werden. Aber es braucht natürlich trotzdem eine Zusammenarbeit mit der Verwaltung oder konkret mit dem Bundesamt für Sozialversicherung. Ich war sehr enttäuscht über die Haltung, die Frau Dreifuss im Nationalrat, aber auch im Ständerat vertrat. Sie hat, so kommt es zumindest in der Antwort zum Ausdruck, die Problematik offenbar ignoriert. Das ist nicht akzeptabel, und das müssen wir korrigieren. ■

Interview:  
**Rita Schnetzler**  
Redaktion Managed Care

<sup>2</sup> Mittels parlamentarischer Initiative können ParlamentarierInnen Verfassungsartikel, Gesetze oder Bundesbeschlüsse vorschlagen. Sie können entweder einen ausgearbeiteten Entwurf einreichen oder in einer allgemeinen Anregung beantragen, dass ein solcher Entwurf ausgearbeitet wird. Im Unterschied dazu beauftragt die Motion den Bundesrat, einen Gesetzes- oder Beschlussexemplar vorzulegen oder eine Massnahme zu treffen. Die Motion wird von einem oder mehreren Ratsmitgliedern unterzeichnet. Wenn ihr der Rat des Motionärs und anschliessend auch der andere Rat zustimmt, ist sie für den Bundesrat verbindlich.

### Argumente gegen und für die Motion Joder aus der Debatte im Nationalrat

Gegen die Motion Joder wurden im Nationalrat unter anderem die folgenden Argumente angeführt:

- Rund ein Dutzend andere Berufe (u.a. Physio-, Ergo-, PsychotherapeutInnen; LogopädInnen, ErnährungsberaterInnen usw.) könnten mit gleichem Recht wie die Pflegenden die Anerkennung als selbstständige Leistungserbringende fordern. Das würde zu einem enormen Leistungsschub mit entsprechenden Kostenfolgen führen.
- Die Scharnierfunktion des Arztes soll künftig noch gestärkt werden. Die Forderung, die Pflegenden als selbstständige Leistungserbringer zu anerkennen, läuft diesen Bestrebungen diametral entgegen.
- Die Probleme der Pflege bestehen vor allem in den Spitälern und Pflegeheimen. Sie sind Folge von Organisations- und Finanzproblemen dieser Institutionen, welche auf Kantonsebene und nicht im Rahmen des KVG zu lösen sind.
- Das Berufsbild der Pflegenden als selbstständige Leistungserbringer ist zu wenig klar; und die Anerkennung der Pflegenden als selbstständige Leistungserbringer zu Lasten der Krankenversicherung ist kein Bedürfnis der Pflegenden, sonst wäre deren Berufsverband längst mit einem entsprechenden Antrag an den Bundesrat (der dafür zuständig ist) gelangt, wie dies viele andere Berufsgruppen getan haben.

Als Argumente für die Motion wurden unter anderem genannt:

- Der Pflegeberuf ist ein massgebender Bestandteil des Gesundheitswesens; er sollte deshalb wie der Hebammenberuf in den Katalog der Leistungserbringer aufgenommen werden.

- Selbstständige Leistungserbringung heisst nicht unbedingt Kostensteigerung. Bereits heute führen die Pflegenden selbstständig eine Bedarfsabklärung durch und leiten einen Handlungsplan ab. Damit die Kassen bezahlen, müssen die Ärzte aber heute eine Unterschrift geben. Weil die meisten Ärzte wissen, dass sie davon nichts verstehen, geben sie diese Unterschrift. Die Verpflichtung zur ärztlichen Anordnung für Pflegemassnahmen verteuert die Behandlung. Die Anerkennung der Pflegenden als selbstständige Leistungserbringer zulasten der Krankenversicherung führt nicht zu einer Mengenausweitung. Weil das Abgeltungssystem durch den Vorstoss nicht tangiert wird, ist keine Kostensteigerung zu erwarten.
- Der Pflegeberuf ist heute zu wenig attraktiv. Dies zeigt die grosse Zahl der nicht besetzten Stellen. Wenn wir der Entwicklung weiter tatenlos zusehen, ist die Versorgungsqualität und -sicherheit in den Spitälern und Pflegeheimen hochgradig gefährdet; dies wird Kostenfolgen haben.
- Im Vergleich zu anderen Ländern hinkt die Schweiz mit der Anerkennung und der wissenschaftlichen Untermauerung der Pflege um Jahrzehnte hinterher. Es wird Zeit, dass der Bundesrat von seiner passiven Rolle wekommt und sich an der Förderung der Pflege beteiligt, wie dies in anderen Ländern längst geschieht.

### Die Entscheidung des Ständerats

Der Ständerat als Zweitrat hat die Motion abgelehnt, wie dies seine Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) beantragt hatte; um dem Anliegen dennoch Rechnung zu tragen, hat die Kommission beim Bundesrat das folgende Postulat für eine «Aufwertung der Pflegeberufe» eingereicht:

«Der Bundesrat wird aufgefordert, über die Situation in den Pflegeberufen Bericht zu erstatten und Massnahmen zur Aufwertung und zur Verbesserung der gesellschaftlichen Anerkennung der Pflegeberufe vorzuschlagen. Insbesondere soll der Bericht Folgendes beinhalten:

- eine Analyse der Situation der Pflegenden in Spitälern und anderen Einrichtungen der stationären Krankenpflege;
- eine Abklärung der aus der Berufsbildungsgesetzgebung, insbesondere aufgrund der Einführung von Fachhochschulen resultierenden Entwicklungen.» (rs)

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter [www.parlament.ch](http://www.parlament.ch)

### Aktuelles aus der Tätigkeit von med-swiss.net

In den letzten Monaten hat sich einiges getan. Die wichtigsten Ergebnisse seien kurz zusammengefasst.

#### Kontakte nach aussen

Med-swiss.net bewirbt sich um eine Mitgliedschaft in der *Präsidentenkonferenz der FMH*. Wir versprechen uns davon schnelle und zuverlässige Informationen aus erster Hand.

Med-swiss.net wurde von der Begleitkommission für die dritte *KVG-Revision* um Mitarbeit angefragt. Unser Präsident nahm an der ersten Sitzung (15. Oktober 2002) teil.

Es sei daran erinnert, dass med-swiss.net in der *Vernehmlassungsliste* des Bundesamtes für Sozialversicherungen figuriert.

#### Projekte

Das Projekt für Zertifizierungsinstrumente in der Arztpraxis und in den Ärztenetzwerken «*Qualimed.net*» wird vorerst mit einer Pauschale von 20 000 Franken unterstützt. Wir konnten uns davon überzeugen, dass die Verantwortlichen des Projekts bei den Standesorganisationen (FMH, Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin) und bei den Parlamentariern Resonanz finden. Ob mit oder ohne Kontrahierungszwangslockerung: Der Qualitätskontrolle wird in naher und ferner Zukunft eminente Bedeutung zukommen.

Ferner unterstützt med-swiss.net das Projekt «*Referenzmodell in der Praxisinformatik*». Es geht von unseren Mitgliedern VHZ und zmed aus und hat das Ziel, die Bedürfnisse der Anwender bei der weiteren Software-Entwicklung der wichtigsten bestehenden Praxisadministrationsprogramme im Bereich Datenaustausch zu koordinieren. Von den daraus entstehenden Vereinfachungen und Synergien in der Kommunikation profitieren alle Beteiligten. Aus dem Kontakt mit den wichtigsten Software-Anbietern, der FMH und der SMIG (Schweizerische Gesellschaft für Medizininformatik) sowie mit weiteren interessierten Kreisen soll eine neutrale Trägerschaft gebildet werden, um die künftigen Bedürfnisse im Datenaustausch zu standardisieren. Mitgliedernetze von med-swiss.net, welche ihre formelle oder aktive Unterstützung noch nicht zugesagt haben, sind aufgefordert, dies zu tun.

Das vom Hortenzentrum für praxisorientierte Forschung in der Hausarztmedizin entwickelte und von der Firma Novartis unterstützte Projekt «*Sehen im Alter*» hat zum Ziel, Lücken in der Erfassung von Sehstörungen bei den Grundversorgern zu erkennen und zu schliessen.

Wir möchten dieses Projekt allen unseren Mitgliedern wärmstens empfehlen.

#### Trägerverein

Die Zusammenarbeit mit dem *Trägerverein* hat sich intensiviert. Die Hauptthemen stellen das Sponsoringkonzept und der Eintritt neuer Mitglieder dar. Die Firma MSD hat sich spontan bei uns angemeldet – ein gutes Omen, wie wir finden.

#### Anlässe

Für den 20. März 2003 planen wir einen grösseren Anlass für die einzelnen Ärzte der Mitgliedernetzwerke zum Thema «*Ärztetrating*».

Die *Mitgliederversammlung* findet am 22. Januar 2003, 16.00 Uhr, in Zürich statt.

An diesem Anlass wird die Initiative des RAS (Rassemblement des assurés et des soignants) vorgestellt, die die Berechnung der Prämien aufgrund der tatsächlichen Kosten und eine Reservekontrolle durch eine krankenkassenunabhängige Instanz zum Ziel hat.

*Wir bitten unsere Mitglieder schon jetzt, sich diese beiden Termine zu reservieren.*

#### Öffentlichkeitsarbeit

Die Presse wird über die Mitgliederversammlung und den Anlass im März orientiert.

Interessierte Ärztenetzwerke werden als potenzielle *Neumitglieder* zur MV eingeladen. Vor allem zur Romandie sollen Kontakte geknüpft werden.

#### Eigene Strukturen

Wir dürfen die *Spezialistensektion* der *zmed* als Neumitglied begrüssen.

med-swiss.net umfasst damit 1294 *Einzelmitglieder*.

Ein überarbeitetes *Budget* für Juni bis Dezember 2002 und ein *Finanz- und Entschädigungsreglement* wurden verabschiedet.

Die *Website* [www.med-swiss.net](http://www.med-swiss.net) wird laufend aktualisiert.

Ohne Finanzen läuft auch bei *med-swiss.net* fast gar nichts. Mehr als die Hälfte der uns zur Verfügung stehenden Gelder fliessen in die Projekte ein, von denen – und davon sind wir überzeugt – jede einzelne Ärztin, jeder einzelne Arzt und alle Ärztenetzwerke profitieren.

Zwei Drittel unserer Ausgaben werden von den *Mitgliedern des Trägervereins* getragen.

Wir bitten alle unsere Mitglieder um Kenntnisnahme und besondere Berücksichtigung der uns unterstützenden pharmazeutischen Firmen und Versicherungen:

*Glaxo-Wellcome AG, Ecosol AG, Spirig Pharma AG, Krankenkasse Concordia,*

*Galexis AG, Pfizer AG, SanaCare AG, Novartis Pharma Schweiz AG, Astra Zeneca AG, IPSA AG.*



Vorstand med-swiss.net

# Notstand in der Pflege?

Der vorliegende «Fall» befasst sich mit dem Pflegealltag im Spital aus der Sicht und aus dem Erleben von drei Pflege-schülerinnen im zweiten Ausbildungsjahr. Man kann die Berichte als drei individuelle Fallgeschichten betrachten, man kann sie aber auch als Teile einer übergeordneten Fallgeschichte verstehen. Wir haben uns in Absprache mit den Fallgeberinnen und ihrer Fachlehrerin entschlossen, die Geschichten zusammen zur Diskussion zu stellen und die Stellungnehmenden zu bitten, auch auf die Gemeinsamkeiten der einzelnen Fälle einzugehen.

Die Geschichten wurden aufgeschrieben im Anschluss an eine Ratsdiskussion im Bernischen Grossen Rat vom 27. November 2000 über den Pflegenotstand, welche die Schülerinnen der Klasse A19 der Berufsschule für Pflege in Bern (Standort Reichenbachstrasse) auf der Tribüne mitverfolgten. Im Anschluss an dieses Erlebnis entschlossen sich die Pflege-schülerinnen, aktiv auf ihre Situation und ihre Anliegen aufmerksam zu machen. Sie versuchten das mit Hilfe von Leserbriefen und Briefen an Politikerinnen und Politiker. Ihrem Engagement war wenig Echo beschieden, und sie erhielten kaum Reaktionen von den angesprochenen Institutionen und Personen. Die drei Geschichten sollen dazu beitragen, den Pflegealltag und die als schwierig empfundenen Situationen unter verschiedenen Gesichtspunkten zu diskutieren. Die Geschichten stammen von drei Schülerinnen derselben Klasse, die aber in verschiedenen Spitälern und auf verschiedenen Abteilungen im Praxisalltag stehen. ■

**Dr. Heidi Schriber**

Mitglied des Redaktionsausschusses der Zeitschrift «Managed Care»

## Geschichte 1

von **Bettina Brönnimann**

Spital; Medizinische Abteilung. Es ist Morgen. Ein Morgen wie jeder andere: Eine diplomierte Krankenschwester, eine Schülerin und eine Praktikantin sind mit zwölf Patientinnen auf der Abteilung. Am Beispiel dieses Morgens möchte ich Ihnen aufzeigen, wie es mir im Spital oft ergeht, wenn ich die Menschen nicht so pflegen kann, wie ich es gelernt habe und für richtig halte und wie es medizinisch verlangt wird.

Nachdem wir den Morgenrapport abgenommen, das Frühstück und die Medikamente verteilt und Infusionen angehängt, die Patientinnen gewogen, bei der Morgentoilette und beim Anziehen unterstützt und zu diversen Untersuchungen begleitet haben, sollen wir uns Zeit nehmen für eine Patientin mit einem Hirnschlag und einer dadurch entstandenen Halbseitenlähmung mit Sprachverlust. Diese Patientin ist am Abend zuvor beim Spätdienst auf unsere Abteilung gekommen. Wir vom Frühdienst kennen sie noch nicht, und auch im Kardex sind noch keine Informationen notiert. Unser Ziel ist, sie kennen zu lernen, ihre Bedürfnisse zu erfassen, sie in den alltäglichen Dingen zu unterstützen und zu beobachten, ob sie ihre Beweglichkeit auf der gelähmten Seite ein wenig zurückgewonnen hat. Die ersten Tage sind ausschlaggebend für den weiteren Verlauf der Rehabilitation. Nachdem die diplomierte Krankenschwester und ich uns dafür Zeit genommen haben und fast fertig sind, wird die Kollegin von der Praktikantin zur Chefarztvisite gerufen. Sie sagt mir, ich solle der Patientin noch den Pullover anziehen. Dies geht ohne Probleme. Ich weiss, dass man der Patientin helfen sollte an den Bettrand zu sitzen. Ich als Schülerin darf dies nicht alleine tun. Abgesehen davon könnte ich es auch nicht alleine.

Der Kraftaufwand ist zu gross. Also schaue ich, dass die Patientin bequem liegt, verlasse das Zimmer und suche Hilfe. Doch ich finde niemanden. Die diplomierte Kollegin sagt, sie komme mir später helfen. Später muss sie jedoch einen anderen Patienten von einer Herzuntersuchung abholen, den es zu überwachen gilt. Dann muss sie einen notfallmässigen Eintritt abholen, wieder überwachen, Infusionen anhängen und schliesslich alle Kardexe schreiben. Ein «Später» gibt es trotz meinen Fragen also nicht. Die Patientin wird heute den ganzen Tag im Bett liegen und erst morgen an den Bettrand sitzen.

*Bettina Brönnimann, Schülerin der Klasse A19 der Berufsschule für Pflege in Bern (Standort Reichenbachstrasse)*

## Geschichte 2

von **Vanessa Aellig**

Als ich eines Morgens auf die Abteilung kam, waren nur eine Krankenschwester und ich anwesend, die beiden Hilfen und zwei weitere Diplomierete waren krank. Normalerweise würden die anderen Abteilungen aushelfen, doch auch sie waren sehr knapp besetzt, da überall viel zu wenig Personal eingeplant wurde. Personalmangel! Also mussten wir mit 16 Patienten selber zurechtkommen. Da wir eine Geriatrie-Rehabilitationsstation sind und sehr viele Hemiplegie-Patienten (Patienten mit halbseitiger Lähmung) haben, bedeutet das sehr viel körperliche Arbeit, die zu zweit (!) erledigt werden muss. Da die Patienten am Morgen Ergo- und Physiotherapie haben, müssen sie zwischen 9 und 10 Uhr parat sein. So mussten wir Prioritäten setzen, das heisst entscheiden, was unbedingt am Morgen gemacht werden muss und was auch erst am Nachmittag erledigt werden kann. Trotz diesem «Aussortieren» wurden wir nicht mit allen Patienten bis zu den Therapiezeiten fertig,

was zur Folge hatte, dass wir die Ergo-beziehungsweise Physiotherapien absagen mussten. Erst ab 10.30 Uhr stabilisierte sich die Situation, da wir doch noch Hilfe von anderen Stationen bekamen. Da stellt sich die Frage: Was ist das für eine Rehabilitationsstation, wo Therapien abgesagt werden müssen, weil es aufgrund des Personalmangels unmöglich ist, die Patienten rechtzeitig bereitzumachen? Ausserdem war ich als Schülerin im zweiten Lehrjahr total überfordert, denn wenn ich an diesem Tag Fragen hatte, konnte sie mir niemand korrekt beantworten. Die andere Krankenschwester war selber total im Stress, und zusätzlich lastete noch die Tagesverantwortung auf ihr. So kann einem die Lust zu arbeiten richtig vergehen!

*Vanessa Aellig, Schülerin der Klasse A19 der Berufsschule für Pflege in Bern (Standort Reichenbachstrasse)*

### Geschichte 3

#### von Marija Lesnik

Ich hatte an diesem Abend Spätschicht zusammen mit einer diplomierten Krankenschwester. Wir zwei waren von 19 bis 22.30 Uhr für 19 Patienten einer chirurgischen Abteilung verantwortlich. Alles lief gut, wir erledigten unsere gewohnten Aufgaben und hatten es nicht

zu stressig, aber auch keine Zeit, um schnell abzusetzen. Gegen 20 Uhr kam die diplomierte Krankenschwester von der Nebenabteilung und meinte, sie komme nicht mehr zurecht, ein Patient sei am Sterben. Obwohl wir eigentlich auch keine Zeit hatten, schickte mich die Diplomierte meiner Abteilung hinüber, um kurz auszuhelfen. Die Krankenschwester der Nebenabteilung war erst kürzlich diplomiert worden, und ich hatte das Gefühl, dass die Situation sie sehr überforderte. Sie ordnete an, dass ich die Medikamente verteilen sollte, obwohl ich das noch nie vorher gemacht hatte. Sie sagte mir, sie würde die Verantwortung übernehmen, und so führte ich diese Aufgabe aus, rannte auf das Läuten verschiedener Patienten hin und her und übernahm jede erdenkliche Aufgabe, damit sie die Sterbehilfe ungestört machen konnte. Als es wieder einigermaßen ruhig war, kehrte ich auf meine Abteilung zurück, wo in der Zwischenszeit auch viele Patienten läuteten. Ich ging in die Zimmer, und die Patienten waren ziemlich schlecht gelaunt, weil es so lange dauerte, bis jemand kam. Ich versuchte mit Geduld auf ihre Wünsche einzugehen, doch da rief mich meine Diplomierte wieder raus und sagte mir, dass ich wieder auf die Nebenabteilung

müsse, da der Patient gestorben war. Und so kam es, dass ich der frisch diplomierten Kollegin beim Herrichten des Toten helfen musste. Ich hatte ein ziemlich mulmiges Gefühl, da ich dies noch nie gemacht hatte. Die Aussage ihrerseits, «Ich auch nicht!», beruhigte mich auch nicht unbedingt. Als wir im Zimmer waren, merkte ich, dass ich als Schülerin die Führung übernehmen musste, denn die diplomierte Kollegin hatte Angst und traute sich nicht, allein mit dem Verstorbenen zu bleiben. So erledigte ich die Aufgabe so gut ich konnte, und sie rannte währenddessen in andere Patientenzimmer und wieder zurück. Als ich fertig war und aus dem Zimmer ging, bemerkte ich, wie ich am ganzen Körper zitterte und dass mich meine Beine fast nicht mehr trugen. Als ich dann kurz absetzen konnte, fühlte ich mich wieder besser. Ich hatte an diesem Abend keine gute Pflege leisten können. Ich konnte wegen Zeitmangel nicht auf meine Patienten eingehen. Mit den neuen Aufgaben war ich überfordert gewesen, konnte aber nichts dagegen tun, weil wir zu wenig Personal waren. Dieses Erlebnis blieb mir noch lange in Erinnerung.

*Marija Lesnik, Schülerin der Klasse A19 der Berufsschule für Pflege in Bern (Standort Reichenbachstrasse)*

## Gedanken eines nicht direkt Betroffenen

von Dölf Aebersold

Drei Fallbeispiele, eine Aussage: Überforderung!

Um es vorwegzunehmen: Ich bin in der glücklichen Lage, erst zweimal in meinem Leben in Spitalpflege gekommen zu sein, und dies nur für kurze Zeit. Meine Erfahrungen betreffend Spitalalltag beschränken sich deshalb auf ein Minimum. Trotzdem bleiben Erinnerungen an diese Tage des unfreiwilligen Aufenthaltes im Spital. Diese Erinnerungen sind, was das Spitalpersonal betrifft, durchwegs positiv.

Ich erlebte während meines letzten Aufenthaltes im Spital Uster das Pflegepersonal als äusserst hilfsbereit, freundlich und kompetent. Diese Einschätzung deckt sich mit derjenigen von Personen aus meinem Bekanntenkreis, die andere Spitäler

aufsuchen mussten. Nie hatte ich das Gefühl, allein gelassen worden zu sein. Nie hatte ich das Gefühl, dass man keine Zeit für mich gehabt hätte oder dass eine Unregelmässigkeit passiert wäre.

Umso erstaunter bin ich beim Lesen der drei Fallgeschichten. Auf Grund der Schilderungen muss ich annehmen, dass sie keine Ausnahmen sind. Entweder ist es «meinen Pflegerinnen» gelungen, die schwierigen Situationen vor mir zu verbergen, oder es gab sie tatsächlich damals nicht. Das «Nichtsichtbarwerden» von schwierigen Situationen erspart mir als Patienten Ängste und Verunsicherung und zeugt von hoher Anpassungsleistung und Professionalität der Pflegenden. Doch ist diese Zusatzleistung immer nötig? Wie viel Transparenz über

momentane Schwierigkeiten im Betriebsablauf ist gegenüber Patienten vertretbar? Sich in die Abhängigkeit einer Pflegesituation zu begeben, setzt Vertrauen voraus, wenn die Pflege gelingen soll. Gedanken und Fantasien über vermutete Missstände geben mir als Patienten ein ungutes Gefühl, das vielleicht dazu führt, dass ich infolge Verunsicherung mehr Aufmerksamkeit benötige und zum Beispiel öfter läute, als das im Normalfall nötig wäre. In Kenntnis der Situation würde es mir als Patienten vielleicht leichter fallen, Geduld zu üben und mitzuhelfen, Prioritäten zu setzen. Es wäre interessant zu wissen, ob solche Bewältigungsstrategien von «Extremsituationen» in der Ausbildung der Pflegenden besprochen werden.

Für mich als langjähriger Mitarbeiter in Therapie- und Jugendheimen tönen die geschilderten Situationen nicht fremd. Vermutungen und Erinnerungen werden wach: Personalmangel, grosse Verantwortung, Stress, wenig tragfähige Systeme, unattraktive Arbeitsbedingungen,

niedriger Status und so weiter. Welches aber tatsächlich in den vorliegenden Fällen die Gründe für die Überforderung sind, lässt sich von aussen schwer beurteilen. Wenn Hilfe sonst nicht zu bekommen ist, sollte das betroffene Personal Hilfe bei Berufsverbänden und Gewerk-

schaften holen. Dies ist gerechtfertigt, nur schon um zu verhindern, dass Patientinnen und Patienten die Missstände ausbaden müssen. ■

**Dölf Aebersold**  
perspektive@bluewin.ch

# Verantwortlichkeiten und Kompetenzen

von Mechtild Willi Studer und Regula Tobler

Als Leiterin Pflegedienst und als Lehrerin für Krankenpflege in der Praxis haben wir die Fallgeschichten gemeinsam diskutiert und uns für folgende Stellungnahme entschieden:

## Grundsätzlich:

Das Augenfälligste bei allen drei Geschichten ist: Wo bleiben die Oberschwester und Leiterinnen Pflegedienst? Welche Rolle nehmen sie dabei ein, was ist ihre Meinung dazu und wo haben sie welche Massnahmen ergriffen? Konnten sich die Lernenden bei ihren verantwortlichen Vorgesetzten kein Gehör verschaffen? Es werden in allen drei Fallgeschichten Missstände geschildert, die in die ultimative Verantwortung der Pflegedienstleitung gehören und niemals von den Pflegenden und ihren Patientinnen ausgebaut werden dürfen!

## Zur Fallgeschichte 1:

Die Auszubildnerin in der Praxis, die zuständig ist für die Lernende, ist verpflichtet, ein Protokoll zu führen über kritische Situationen in der Pflege. Diese müssen mit der Stationsleiterin besprochen werden, und das Dokumentierte muss über den ordentlichen Dienstweg an die Leitung Pflegedienst weitergeleitet werden. Wenn von dort keine Antwort und keine Unterstützung kommt, ist es sehr zu empfehlen, den Dienstweg zu übergehen und direkt an die Spitaldirektion (Betrieb) und die Schulleitung (Ausbildung) zu gelangen.

## Zur Fallgeschichte 2:

Wenn der hier beschriebene Tag ein Einzelfall ist, darf von der Oberschwester, der Lehrerin für Pflege in der Praxis oder der Leiterin Pflegedienst eine Unterstützung vor Ort erwartet werden. Wenn es

den Pflegenden, aus welchen Gründen auch immer, «schlecht geht», ist es Pflicht der Vorgesetzten, sich ein Bild vor Ort zu machen und notfallmässig einzugreifen. Wenn diese Situation öfters vorkommt, ist es Pflicht der Leitung Pflegedienst, vorausschauend Lösungen für diese Personalengpässe bereit zu halten (zum Beispiel Personalpool).

## Zur Fallgeschichte 3:

Die Lernende muss lernen, Nein zu sagen. Die Zeiten, wo man froh war, wenn die Lernende flexibel ihre Kompetenzen nach Bedarf einsetzte, müssen der Vergangenheit angehören. Das Einhalten der Kompetenzen (dazu gehört ein klares Neinsagen) muss einerseits von der Lernenden im Unterricht gelernt werden, und andererseits müssen die Diplomierten diszipliniert mit den klaren Kompetenzen der Lernenden umgehen. In der beschriebenen Situation muss die Vorgesetzte informiert werden, und diese muss, wie unter der Fallgeschichte 2 beschrieben, handeln.

## Zusammenfassend:

Die drei Fälle zu beurteilen geht nicht, ohne massive Kritik an der Leitung Pflegedienst zu üben. Die Führungspersonen tragen schlussendlich die Verantwortung für die Sicherheit sowie die Gesundheit von Personal und Patientinnen. Die beschriebenen Fallgeschichten zeigen auf, wie das Personal und die Patienten die negativen Folgen nicht wahrgenommener Führungsverantwortung tragen müssen, was absolut inakzeptabel ist.

■ Die Führung muss Kriterien bezüglich Qualitätsanspruch formulieren und geeignete Mittel und Massnahmen zur Verfügung stellen. Die Vorstellungen über Qualität müssen mit den Mitarbeiterin-

nen der Pflege abgestimmt und überprüft werden.

■ Pflegende müssen in der Kompetenz des Neinsagens gefördert werden. Auch das Umfeld ist dadurch gefordert, Prioritäten zu setzen. Die Zusammenarbeit muss partnerschaftlich gestaltet sein, Kompromisse müssen von allen Seiten gemacht und getragen werden.

■ Ausserdem muss die Pflegedienstleistung die Patienten und/oder die Angehörigen informieren, wenn die Sicherheit der Pflege nicht mehr gewährleistet werden kann.

Wenn Situationen, wie in den drei Fallgeschichten geschildert, nicht aktiv und innovativ von den Führungsverantwortlichen angegangen werden, werden Erfahrungen, wie sie in diesen Fallgeschichten beschrieben werden, weiterhin zum Alltag gehören. Wir müssen aufhören zu jammern über «den Notstand in der Pflege» und endlich unsere Pflicht erfüllen.

Abschliessend wäre noch beizufügen, dass es, wenn schon, Sache der Leitung Pflegedienst ist, die Öffentlichkeit über Missstände in der Pflege zu informieren. Die Lernenden und Pflegenden dürfen nicht auch dafür noch missbraucht werden. ■

**Mechtild Willi Studer**

Leiterin Pflegedienst Akut,

Bezirksspital Affoltern,

E-Mail:

mechtild.willi@bezirksspital-affoltern.ch

und

**Regula Tobler**

Lehrerin für Pflege in der Praxis,

Bezirksspital Affoltern,

E-Mail:

regula.tobler@bezirksspital-affoltern.ch



# Ohnmachtsgefühle positiv nutzen

von Regula Blaser-Imhasly

Beim Lesen der Fallgeschichten überkommt mich als erstes ein Ohnmachtsgefühl. Diese spontane Reaktion betrachte ich als ein Spiegelbild für die Gefühle der Lernenden: die Ohnmachtsgefühle, mit welchen sie in ihrem Berufsalltag immer wieder konfrontiert werden und welche sie am Sinn ihrer Arbeit zweifeln lassen. Die Reaktionen der Lernenden auf ihren Berufsalltag sind gut nachvollziehbar, sie haben mein volles Verständnis.

Doch genau bei diesem Ohnmachtsgefühl darf es nicht bleiben. Burnout und Ausstieg aus dem Beruf sind vorprogrammiert. Aber wo gibt es Ansatzpunkte, um Veränderungen einzuleiten? Als Erstes scheint es mir wesentlich, dass die Lernenden diese oder ähnliche Erfahrungen nicht wegstecken, sondern laut und deutlich darüber sprechen, und zwar im Pflorgeteam, mit ihren Lernbegleiterinnen, mit Ausbildungs- und Führungsverantwortlichen. Von diesen Funktionsträgerinnen erwarte ich, dass

sie den Lernenden zuhören, Verständnis zeigen und ihnen Unterstützung bieten. Damit die geschilderten Situationen nicht zur Regel werden, müssen die Verantwortlichen die Rahmenbedingungen überprüfen, Abläufe und Prozesse optimieren und die knappen Ressourcen gezielt einsetzen.

Weiter sollten es Vorgesetzte den Lernenden ermöglichen, den Blick vom Fehlenden, vom Defizitären zum Trotzdemnoch-Möglichen zu lenken: «Was war in dieser Situation trotzdem möglich? Was konnte ich Gutes bewirken für die Patienten? Was habe ich in dieser Situation trotz allem gelernt? Was kann ich daraus lernen für eine andere oder ähnliche Situation?» Diese Sichtweise unterstützt die Lernenden in ihrem Selbstwertgefühl und befähigt sie, aktive Handlungsstrategien zu entwickeln.

Ebenso wie auf der Abteilung im Spital muss den Problemen auch im öffentlichen Bereich zu mehr Beachtung verholten werden. Spardruck und immer knap-

pere Ressourcen werden die Diskussion um die Rationierung im Gesundheitswesen weiter anheizen. Die Pflegenden, die Führungsverantwortlichen und die Berufsverbände müssen ihre Situation in der Öffentlichkeit kommunizieren. Sie müssen aktiv mitreden und mitentscheiden, wenn es darum geht, die knappen Mittel auf die wesentlichen Aufgaben der Pflege und Behandlung zu verteilen. Dieser Prozess hat in den letzten Jahren bereits begonnen. Ermutigende Resultate sind sichtbar, und es geht darum, weiterhin auf allen Ebenen des Gesundheitswesens und der Öffentlichkeit für weitere Erfolge zu kämpfen. So nützt die Pflege ihre Chance, sich selber eine Sprache zu geben und an Profil zu gewinnen. ■

**Regula Blaser-Imhasly**

Berufsschullehrerin für Pflege,

Beraterin im Gesundheitswesen

E-Mail: blaser.imhasly@bluewin.ch

# Strukturelle Ursachen

von Werner Widmer

Die beschriebenen Fälle haben strukturelle Ursachen, deren Folgen die einzelnen Pflegenden und die ihnen anvertrauten Patientinnen und Patienten tragen (müssen). Das Wort «müssen» setze ich bewusst in Klammern: Niemand ist gezwungen, längerfristig in einem Spital zu arbeiten, das im Personalbereich ungenügende Strukturen aufweist. Und: Zumindest bei Wahleintritten ist kein Patient gezwungen, ein solches Spital aufzusuchen, falls er zusatzversichert ist oder falls der Kanton über andere Spitäler verfügt. Im Gegenteil: Wer ohne Zwang in einem solchen Spital arbeitet oder als Patient in ein solches Spital eintritt, trägt nur dazu bei, dass die ungenügenden Strukturen noch länger aufrechterhalten bleiben können. Solche Spitäler sollten mangels Patientennach-

frage und/oder mangels Mitarbeitenden ihre Strukturen verbessern oder dann den Betrieb einstellen müssen.

Der oder die Einzelne kann solche Strukturen nicht ändern, sondern ihnen nur ausweichen. Zu Veränderungen sind die Spitalleitung und die (politische) Trägerschaft aufgefordert:

1. Es muss ein *SOLL-Stellenplan* vorliegen, der von durchschnittlich zum Beispiel vier Stunden Pflege pro Patient und Tag ausgeht. Diese Zahl kann grösser oder kleiner sein. Die Pflegedienstleitung muss sie auf jeden Fall kennen. Das Spital könnte sie publizieren. Potenzielle Mitarbeitende und potenzielle Patienten sollten sie bei der Spitalwahl mitberücksichtigen.

Die *Grösse der Abteilung* muss so *optimiert* sein, dass in der Nacht eine,

## Fälle gesucht!

Haben Sie Lust, sich an einer Falldiskussion zu beteiligen? Gibt es Situationen, aus Ihrem Berufsalltag oder aus Ihrem Qualitätszirkel, die Sie gern zur Diskussion stellen würden? Fall- und Situationsschilderungen für die Rubrik «Der Fall» sind bei uns herzlich willkommen. Für Fragen zur Beurteilung einer geeigneten Situation oder für redaktionelle Unterstützung steht die Betreuerin der Rubrik zur Verfügung.

Betreuung Rubrik «Der Fall»:

Dr. Heidi Schriber

Mitglied des Redaktionsausschusses der Zeitschrift «Managed Care»  
Mühlebachstrasse 84

8008 Zürich

Tel. 043-499 05 30

Fax 043-499 05 31

E-Mail: mail@heidischriber.ch

zwei oder drei Pflegende gut ausgelastet sind. Die Besetzung der Früh- und der Spätschicht umfasst ein Vielfaches dieser Nachtschichtbesetzung.

Aus der Zahl der Betten (Patienten) und der durchschnittlichen SOLL-Stundenzahl Pflege pro Patient und Tag lässt sich die *SOLL-Stundenzahl Pflege pro Abteilung und Jahr* berechnen. Diese Zahl ist durch die Zahl der produktiven Jahresstunden (nach Abzug von Ferien, Feiertagen, Krankheits- und Weiterbildungstagen) pro Vollzeitmitarbeiter (das sind ca. 1780 Stunden) zu teilen, was die Zahl der Stellen des SOLL-Stellenplans ergibt.

Vier Stunden Pflege pro Patient und Tag heisst vier Stunden *ausgebildete Pflege*. Lernende sind höchstens in re-

duziertem Ausmass mitzurechnen, Praktikantinnen sicher nicht.

2. Das *Lohnniveau* muss so hoch sein, dass der SOLL-Stellenplan besetzt werden kann. Im Kanton Zürich sind im Akutbereich seit der massiven Lohnerhöhung im Sommer 2001 alle Pflegestellen besetzt. Zum Teil bestehen Wartelisten. Auch in anderen Kantonen gäbe es genügend aktive Pflegende, wenn die Pflegenden den Beruf durchschnittlich einige Monate länger ausüben würden, als dies heute der Fall ist. Das Beispiel Zürich bestätigt, dass Pflegende bei genügend hohen Löhnen weniger schnell kündigen.
3. Jener Teil der Stellen des SOLL-Stellenplans, welcher sich aus der Berücksichtigung von Abwesenheiten (Fe-

rien, Krankheit, Weiterbildung) ergibt, kann von den Abteilungen in einen *gemeinsamen Pool* eingebracht werden, aus dem sie sich dann bei solchen Engpässen entlasten können.

Im ersten beschriebenen Fall würden nach den oben genannten Grundlagen am Morgen drei ausgebildete Pflegende arbeiten. Am Nachmittag zwei und in der Nacht eine. Die Besetzung ist nur qualitativ ungenügend, nicht von der Zahl her.

Im zweiten Fall wären am Morgen vier, im Spätdienst drei und in der Nacht eine Pflegende für die 16 Patienten zuständig. Die beschriebene Abteilung ist sowohl quantitativ wie auch qualitativ unterbesetzt.

Im dritten Fall würden in der Frühschicht vier oder fünf, in der Spätschicht je vier oder drei und in der Nachtschicht eine bis zwei Pflegende im Einsatz stehen für die Betreuung der 19 Patienten. Die Besetzung ist sowohl qualitativ als auch quantitativ ungenügend. ■

**Dr. Werner Widmer**

Direktor Stiftung Diakoniewerk  
Neumünster –  
Schweizerische Pflegerinnenschule  
Zollikerberg  
E-Mail:  
w.widmer@diakoniewerk-neumuenster.ch

### Anmerkung

Die Berufsschule für Pflege in Bern, Standort Reichenbachstrasse, erbat sich als Ausbildungsstätte der drei Pflegeschülerinnen ausdrücklich das Recht, auch selber eine Stellungnahme zu den präsentierten Fällen zu verfassen. Dieses Anliegen entspricht dem Konzept der Fallrubrik, alle von einer Fallgeschichte Betroffenen persönlich zu Wort kommen zu lassen, und wurde entsprechend begrüsst. Leider war es der Schule dann aber nicht möglich, bis Redaktionsschluss eine Stellungnahme abzugeben. Wir bedauern das sehr, wird doch die Ausbildung in den vorliegenden Stellungnahmen mehrfach angesprochen. Ein Kommentar aus Sicht einer Ausbildungsstätte wäre auch im Interesse der Vollständigkeit der Diskussion sehr wünschenswert gewesen.

Heidi Schriber

### Outcome-Messung im Krankenhaus: Wege zur Erhöhung der Datenqualität

Die Zürcher Gesundheitsdirektion führte im Rahmen des Projektes LORAS (Leistungsorientierte Ressourcenallokation im Spitalbereich) unter anderem zwei Projekte durch, um ein Instrumentarium zur Messung der Ergebnisqualität (Outcome-Messung) aufzubauen. Die Evaluation zeigte, dass die Indikatoren, die im Rahmen dieser Outcome-Projekte entwickelt worden waren, grösstenteils eine gute Qualität aufwiesen. Dagegen erwies sich die Messzuverlässigkeit und hiermit die Datenqualität als verbesserungswürdig.

Deshalb wurde beschlossen, als Vorbereitung für die flächendeckende Outcome-Messung im Kanton Zürich (ab Herbst 2000) das Thema Datenqualität im Projekt «Outcome-Weiterentwicklung» gezielt anzugehen. Die Projektleiter und späteren Leiter der Geschäftsstelle des Vereins Outcome haben einen Bericht über dieses Projekt geschrieben und ihn in der Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP) veröffentlicht.

Der Bericht stellt zuerst die Struktur des Projektes «Outcome-Weiterentwicklung» vor. Dabei wird deutlich, wie wichtig es in Projekten mit so vielen Beteiligten ist, die Rollen und die gegenseitigen Beziehungen klar zu definieren und beispielsweise verbindlich zu vereinbaren, wie die Leistungen der Beteiligten entschädigt werden und wer dafür sorgt, dass die getroffenen Vereinbarungen eingehalten werden. In einem zweiten Teil des Berichts werden die einzelnen Massnahmen vorgestellt, die ergriffen wurden, um die Datenqualität zu steigern. Dabei wird zwi-

schen Massnahmen auf der instrumentell-technischen Ebene (z.B. Messhandbücher, Hotline, Mess-Controlling zur Datenqualität) und Massnahmen auf organisationskultureller Ebene (z.B. Vernetzung der Fachexperten der Spitäler in Peergruppen) unterschieden. Schliesslich erfahren wir, dass die Massnahmen – wie es sich für ein Outcome-Projekt gehört – evaluiert wurden. Die Ergebnisse dieser Evaluation werden im dritten Teil des Berichts dargestellt und interpretiert.

Die Ergebnisse der Outcome-Messung im Kanton Zürich wurden bisher nur für ein geschütztes Benchmarking verwendet. Veröffentlicht werden sie erst, wenn alle Betroffenen (Spitäler, Kanton und Versicherer) damit einverstanden sind. Die Leiter der Geschäftsstelle des Vereins Outcome gehen mit gutem Beispiel voran: Im Rahmen der Evaluation der Massnahmen zur Erhöhung der Datenqualität wurden die an der Messung beteiligten Mitarbeitenden des Spitals unter anderem gefragt, wie sie den Nutzen der Unterstützungsangebote der Geschäftsstelle (Schulungen, Hotline, Controlling, Peergruppen, Benchmarking-Workshops) beurteilen. Die Autoren scheuen sich nicht, auch die Ergebnisse dieser Befragung in ihrem Bericht bekannt zu geben. (rs)

*Klaus Eichler, Marc-Anton Hochreutener: Outcome-Messung im Krankenhaus: Wege zur Erhöhung der Datenqualität (Projekt «Outcome-Weiterentwicklung»), Verein Outcome, Zürich. Schriftenreihe der SGGP, No. 67, 2002. 26 Franken für SGGP-Mitglieder, 36 Franken für Nichtmitglieder. Verlag und Bezugsquelle: SGGP, Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik, Eigerstrasse 80, Postfach, 3000 Bern 23, Tel. 031-952 66 55, Fax 031 952 61 55; E-Mail: info@sggp.ch, Internet: www.sggp.ch*

# Mehr Handlungsspielraum für Spitäler

**Die Spitaldirektoren wünschen sich mehr unternehmerische Freiräume. Dies zeigt eine Befragung von 33 Direktorinnen und Direktoren von Schweizer Spitälern unterschiedlicher Grösse und Trägerschaft. Dabei fühlen sich die kleineren Spitäler weniger eingeschränkt als die grossen.**

**Roland Wormser**

**S**pitalmanager und ihre Führungsteams haben in den letzten Jahren verschiedene Anstrengungen unternommen, um ihre Spitäler weiterzuentwickeln.

Helbling Management Consulting hat im Rahmen einer Primärerhebung bei Spitaldirektoren<sup>1</sup> folgende Fragestellungen untersucht

- Welche Massnahmen stehen gegenwärtig für die Spitalführung im Vordergrund?

- Wo besteht überhaupt Handlungsspielraum und wo ist dieser eingengt?

- Wo sind in Zukunft Massnahmen anzusetzen, um eine erfolgreiche Spitalführung zu gewährleisten?

Grundlage der Studie bildet ein Modell über den Handlungsrahmen der

Spitalführung. Dabei werden fünf zentrale Aktionsfelder der Spitalführung definiert:

- Positionierung
- Wirtschaftlichkeit
- Führung/Aufbauorganisation
- Leistungserbringung/Ablauforganisation
- Infrastruktur.

Im Rahmen der Studie haben wir die Aussagen unmittelbar einem der fünf Aktionsfelder zugeordnet. Zwischen den einzelnen Bereichen des Modells bestehen zahlreiche Interdependenzen.

Folgende Kernaussagen lassen sich aus den Ergebnissen der Studie ableiten:

1. Der Erfolg eines Schweizer Spitals hängt heute noch nicht entscheidend von seinem wirtschaftlichen Erfolg ab. Aufgrund der nicht kosten deckenden Finanzierungsstrukturen können die Spitäler im Grundversicherungsbereich keinen Gewinn erwirtschaften. Sie haben auch keine Freiheiten im Bereich der Investitionspolitik. Damit fehlen ihnen klassische betriebswirtschaftliche Steuerungsinstrumente. Diesem Aspekt ist in den Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen mehr Beachtung zu schenken. In der Diskussion mit den Spitaldirektoren zeigt sich, dass die gegenwärtige Tarifstruktur im Gesundheitswesen zu stark eingeschränkt. Die Spitaldirektoren wünschen grössere Selbständigkeit in den Verhandlungen mit den Krankenversicherungen.

2. Im Bereich Positionierung verfügen die Spitäler nach eigenen Angaben über relativ grosse unternehmerische Freiräume, die es weiter zu nutzen gilt. In der Diskussion mit den Spitaldirektoren zeigt sich, dass

die kleinen Spitäler im Vergleich zu den (relativ grossen) Kantons spitälern weniger Einschränkungen in Bezug auf ihre unternehmerischen Freiräume wahrnehmen.

3. Die politische Einflussnahme wird von den meisten Spitaldirektoren als gewichtige Einengung der unternehmerischen Freiräume genannt. Durch die vermehrte Verselbständigung der Spitäler könnten Freiräume kreativ erschlossen und zum Wohle aller Akteure im Gesundheitswesen genutzt werden.

4. Die Spitaldirektoren sehen für die unmittelbare Zukunft institutionsintern vor allem in den Bereichen «Positionierung» und «Führung/Aufbauorganisation» Handlungsbedarf. Die Umsetzung entsprechender Massnahmen würde durch eine grössere Unabhängigkeit wesentlich erleichtert. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Massnahmen im Bereich der Positionierung und somit strategische Fragestellungen zu den prioritären Herausforderungen für Führungskräfte im Spital gehören. Zudem kommen auch öffentliche Spitäler längerfristig nicht umhin, ihr Angebot auf profitable Leistungen zu fokussieren. Die Bedeutung von Kooperations- und Verbundsstrategien wird folglich steigen. Spitäler, welche diese Herausforderungen aktiv angehen, dürften sich einen wichtigen Wettbewerbsvorteil verschaffen. ■

**Autor:**

**Dr. pharm. Roland Wormser**

Leiter Health Care

Helbling Management Consulting AG

Bernstrasse 88

8953 Dietikon

E-Mail:

roland.wormser@helbling.ch

<sup>1</sup> 33 Direktorinnen und Direktoren von Spitälern unterschiedlicher Grösse und Trägerschaft haben an der Studie teilgenommen. Die Studie kann bei Helbling Management Consulting AG, Frau Nicole Wyssling, Bernstrasse 88, Postfach, 8953 Dietikon-Zürich bezogen werden.

# Kompatibilität der Vergütungssysteme – Motor der Integration von Gesundheitsdienstleistungen in Deutschland

**Um im deutschen Gesundheitswesen sektorübergreifende Versorgungsprozesse zu gestalten, braucht es kompatible Vergütungssysteme der Krankenhäuser und der niedergelassenen Ärzte, und es muss Transparenz über das gesamte Versorgungsgeschehen hergestellt werden. Die Implementierung der Diagnosis Related Groups<sup>1</sup> für den stationären Bereich war ein erster Schritt in diese Richtung.**

**Peter Kurt Josenhans<sup>2</sup>**

**D**ass die Rahmenbedingungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland geändert werden müssen, ist längst unbestritten. Allein der demografische Wandel zwingt, die bestehenden Finanzierungsmodelle aller sozialen Sicherungssysteme zu überdenken und auch bislang Tabuisiertes zu thematisieren [1]. Die Krankenversicherung blickt dabei auf eine Vielzahl kaum kalkulierbarer Risiken, nicht zuletzt eine enorme Veränderung der Morbidität der Gesellschaft. In Deutschland (wie auch in anderen Ländern) wurde in der Vergangenheit mit einer Vielzahl von Reformen versucht,

Effizienz und Qualität der Versorgung zum Vorteil der Bürger zu verbessern sowie die Innovation zu sichern und zu fördern. Dabei wurde es jedoch unterlassen, die organisations- und vergütungsrechtlichen Vorgaben in den einzelnen Bereichen («Sektoren») der gesundheitlichen Versorgung ausreichend zu öffnen, um damit die notwendige Kompatibilität für übergreifende Versorgungsprozesse herzustellen (in Deutschland sagen wir liebevoll «Sektoren» der gesundheitlichen Versorgung, implizit heisst das natürlich, dass es harte Grenzen gibt, die von den Lobbyisten nach bestem Wissen

**«Bisher wurden die organisations- und vergütungsrechtlichen Vorgaben in den einzelnen Sektoren der Versorgung nicht ausreichend geöffnet, um die notwendige Kompatibilität für übergreifende Versorgungsprozesse herzustellen.»**

und Gewissen gepflegt werden). Auch der Versuch, im Rahmen der Disease-Management-Programme (DMP<sup>3</sup> – selbst ernanntes Kern- und Glanzstück der letzten Reform) echte sektorübergreifende Versorgungsprozesse festzulegen, wird – dies ist bereits heute absehbar – den starren Rahmenbedingungen erliegen, welche bislang noch jeden Versuch der integrierten Versorgung zum Scheitern brachten.



Peter Kurt Josenhans

Ansatzpunkt zur Veränderung und damit Lichtblick letzter Reformen ist hingegen ein neues Vergütungssystem im stationären Bereich: die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) durch Andrea Fischer, Bundesgesundheitsministerin bis Ende 2000. Die DRGs sind ein Preismodell für normierte Leistungsumfänge, das sich an Morbidität und Prozessen orientiert. Sie können aber zugleich zum Grundstein für sektorübergreifende Versorgungsprozesse werden.

<sup>1</sup> Diagnosebezogene Patientengruppen als Grundlage für die Spitalfinanzierung

<sup>2</sup> Peter Kurt Josenhans, Jahrgang 1966, arbeitete bis September 1998 in der Vertragsabteilung des BKK-Landesverbands NORD. Ab Oktober 1998 ist er zunächst im Bereich Vertrags- und Leistungsmanagement und im Stabsbereich Unternehmensentwicklung der Techniker Krankenkasse tätig. Im 2. Halbjahr 1999 war er abgeordnet im Bundesministerium für Gesundheit. Seit Februar 2000 ist er persönlicher Referent des stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstandes der Techniker Krankenkasse und Abgeordneter für die Projektarbeit im Bundesverband Managed Care e.V. Der Artikel stellt die private Meinung des Autors dar.

<sup>3</sup> Seit dem 1. Januar 2002 werden sektorübergreifende Versorgungsprozesse dadurch gefördert, dass sie mit finanziellen Anreizen für die Versicherer gekoppelt werden: Disease-Management-Programme (DMP) optimieren einerseits die Versorgungsprozesse, andererseits können sie dazu dienen, die Morbidität der Versicherten in der GKV festzustellen, und sie werden als Parameter zur Umverteilung der Finanzströme im Risikostrukturausgleich verwendet.

### Von der sektoralen Betrachtung ...

Die Vergütung vertragsärztlicher (ambulanter ärztlicher) Leistungen erfolgt in Deutschland heute über Kopfpauschalen (Vergütung je Mitglied der Krankenkassen, so genannte «gedeckelte» beziehungsweise «budgetierte» Vergütung) und Einzelleistungsvergütung (Vergütung einzelner erbrachter Leistungen ohne Begrenzung der abrechnungsfähigen Leistungszahl). Die auf dieser Basis berechneten Gesamtbeträge werden von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen<sup>4</sup> überwiesen. Letztere entlohnen die niedergelassenen (frei praktizierenden) Ärzte für die erbrachten Leistungen aus dem zur Verfügung stehenden Gesamtbudget. Grundlage hierfür bilden die durch die ärztliche Selbstverwaltung (d.h. die Kassenärztlichen Vereinigungen) gesetzten Regelungen zur Honorarverteilung (Taxpunktssystem).

Seit Mitte der Achtzigerjahre haben die Leistungsmenge und die Ausgaben in der vertragsärztlichen Versor-

### «Ansatzpunkt zur Veränderung ist ein neues Vergütungssystem im stationären Bereich: die Diagnosis Related Groups.»

gung stetig zugenommen. Ursachen sind die demografische Entwicklung der Bevölkerung, die steigende Zahl der niedergelassenen Vertragsärzte («Ärztenschwemme» und dadurch bedingter «Hamsterradeffekt»<sup>5</sup>), der medizinische Fortschritt (explosionsartig zunehmende Nutzung medizinisch-technischer Großgeräte ab Beginn der Neunzigerjahre), die Veränderung des Leistungskataloges der Krankenversicherung und nicht zuletzt das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten.

Mittels strikter sektoraler Budgetierung versuchte der Gesetzgeber der Kostenentwicklung entgegenzuwirken, potenzierte damit jedoch nur den wesentlichen Mangel des Sys-

tems: Die ausschließlich sektorale Betrachtungs- und Handlungsweise und damit die fehlende Flexibilität und Kompatibilität.

### ... zur integrierten Versorgung

Um sektorenübergreifende Versorgungsprozesse generieren und finanzieren zu können, braucht es ein integrationsfähiges vertragsärztliches

### «Um sektorenübergreifende Versorgungsprozesse generieren und finanzieren zu können, braucht es ein integrationsfähiges Vergütungssystem im vertragsärztlichen (ambulantem) Bereich.»

Vergütungssystem. Durch die Umstellung der Vergütungssystematik werden im stationären Bereich zurzeit gerade die Grundlagen dafür geschaffen. Hiermit scheint der Zeitpunkt geeignet, um auch im vertragsärztlichen Bereich ein echtes Klassifizierungssystem als Abrechnungsgrundlage zu implementieren. Welches sind die Anforderungen an ein solches System? Es muss die tatsächlichen, medizinisch notwendigen Leistungsbedarfe vergüten. Dabei soll es sich nicht an der Morbiditätsstruktur der Versichertengemeinschaft, sondern an der im Rahmen der Betreuung festgestellten Morbidität der tatsächlich behandelten Patienten

### «Dokumentation ist wichtigstes Element jedes neuen Vergütungssystems.»

orientieren, die erbrachten Prozeduren und somit den tatsächlichen ökonomischen Aufwand der Versorgung widerspiegeln. Eine nach Behandlergruppen unterschiedliche Festlegung ist denkbar, soweit im Rahmen beschriebener Prozesse differenzierte Versorgungsstufen medizinisch erfor-

derlich oder medizinisch möglich und ökonomisch erforderlich sind. Dabei darf das Vergütungssystem nicht weiter diversifiziert werden, als es für die vertragsärztliche Versorgung sinnvoll ist. Es muss aber für die niedergelassenen Ärzte der unterschiedlichen Fachdisziplinen genügend Tiefe bieten, um die Versorgungsprozesse abzubilden.

### Was es dazu braucht

Wie die bereits bekannten DRG-Systeme verlangt auch das neue Vergütungssystem im vertragsärztlichen Bereich eine Dokumentation, welche die Inhalte der Versorgungsprozesse vollständig abbildet. Sie dient als Grundlage für

- die interne Transparenz im Versorgungsunternehmen (Prozesse und ihre Kosten)
- die Transparenz nach aussen über Versorgung und ihre Qualität
- die interne und externe Qualitätssicherung
- die Finanzierung der Versorgung (Leistungsabrechnung mit Patienten, Versicherern, Kooperationspartnern und Kunden)
- die Strukturierung des Angebots, das an Patienten und Versicherer verkauft wird
- die Gesundheitsberichterstattung und
- die Analyse, Beurteilung und Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung.

Dokumentation ist damit wichtigstes Element jedes neuen Vergütungssystems, auch wenn dies auf den Widerstand der Leistungserbringer treffen wird, die sicherlich den zusätzlichen administrativen Aufwand scheuen werden.

Doch auch die Leistungserbringer selber können von der gewonnenen

<sup>4</sup> Kassenärztliche Vereinigung (KV): Von den Vertragsärzten eines Landes gebildete Körperschaft (vergleichbar mit der kantonalen Ärztesellschaft in der Schweiz), welche die vertragsärztliche Versorgung sicherstellt (Selbstverwaltung), die Rechte der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen vertritt und an ihrer Stelle die Verträge aushandelt. Auf Bundesebene sind die Kassenärztlichen Vereinigungen in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zusammengeschlossen.

<sup>5</sup> Hamsterradeffekt: Weil immer mehr Ärzte Leistungen erbringen, nimmt die Gesamtzahl der erbrachten Leistungen und hiermit die Gesamtzahl der verrechneten Taxpunkte zu. Das zu verteilende Gesamtbudget bleibt aber gleich. Deshalb sinkt der Taxpunktwert. Um den so entstandenen Einkommensverlust zu kompensieren, erbringen die einzelnen Ärzte mehr Leistungen, was wiederum zu einer Senkung des Taxpunktwertes führt.

Transparenz über die Versorgungsprozesse und ihre Kosten profitieren: Sie erhalten die Möglichkeit, ihre Leistungsangebote marktgerecht zu gestalten (d.h. den Bedarf und die Bedürfnisse und Wünsche der Patienten zu berücksichtigen sowie die Angebote der Konkurrenten und die eigene Kostenstruktur zu beurteilen). Sie werden erkennen, dass sie die eigenen Versorgungsprozesse verändern und/oder sich spezialisieren müssen, dass Supervision, Kooperation, Integration und/oder der Einkauf externer Leistungen nötig sind. Wie die Versorgung künftig organisiert sein wird, wird deshalb auch nicht mehr so sehr von der regionalen Planung und Strukturierung der Versorgung (im Sinne der bisherigen Landesbedarfsplanung) abhängen als vielmehr von der Qualitätssicherung

und der Offenlegung der Qualität gegenüber den Patienten und ihren behandelnden Ärzten. Hierfür bedarf es neuer Strukturen und zudem neuer persönlicher Fähigkeiten aller Handelnden.

Eine solche Systemumstellung kann nicht von heute auf morgen erfolgen. Leistungserbringer wie auch Versicherer benötigen kalkulatorische Sicherheiten: Einen festen Übergangsrahmen und genügend Zeit, um Transparenz zu gewinnen und organisatorische Anpassungen vorzunehmen.

<sup>6</sup> «Return of Investment» bedeutet ja nichts anderes als zunächst zu investieren und erst später Früchte zu ernten. Das gilt auch im Gesundheitswesen, alles andere sollte überraschen. Grundlage ist, dass die Kosten einer Unternehmung (produzierende Industrie ebenso wie Dienstleistung) nur dann langfristig sinken, wenn auf die Qualität des Produktes fokussiert wird [2]. Zuerst gilt es, die Markt- und Unternehmensposition zu sichern; erst dann steht ein «Return on Investment» an.

Das heisst mit anderen Worten: Für die Umstellung des Vergütungssystem der vertragsärztlichen Versorgung sind Zusatzinvestitionen der Bundesregierung nötig, die erst später zu einem «Return on Investment» führen werden<sup>6</sup>. Die dazu erforderlichen Ressourcen können kurz- und mittelfristig nicht auf anderen Wegen bereitgestellt werden. ■

**Autor:**

**Peter Kurt Josenhans**

Ahrensfelder Weg 13

D-22927 Großhansdorf

E-Mail: pkjosenhans@web.de

**Literatur:**

1. Cassel/Oberdieck: Kapitaldeckung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Wirtschaftsdienst 2002/ Heft 1, Springer Verlag.
2. W.E. Deming: Out of the crisis. MIT Press, 2000.

info • info • info • info • info • info • info • info • info • info • info • info • info • info • info

In dieser Rubrik veröffentlichen wir Beiträge der Industrie. Auf den Inhalt nimmt die Redaktion keinen Einfluss. Die Verantwortung trägt der Autor/die Autorin respektive die Firma.

**Sich das Leben erleichtern: elektronisch abrechnen mit MediPort.**

**Rechnungen online verschicken – aus der eigenen Branchen-Software.**

Die meisten Software-Anbieter werden ihren Kunden die elektronische Abrechnung offerieren. Dafür programmieren sie eine so genannte MediPort-Schnittstelle in ihre Software, womit der Arzt seine Rechnungen direkt aus seiner Applikation elektronisch abschicken kann. Der gesicherte Transport der Rechnungsdaten erfolgt via den so genannten MediPort-Server. Dieser leitet die Daten unverzüglich an den jeweiligen Rechnungsempfänger weiter.

Mit MediPort kann der Leistungserbringer nicht nur Rechnungen elektronisch abschicken, sondern auch Mahnungen. Rückantworten auf seine Rechnungen empfängt er ebenfalls gesichert via MediPort.

**MediPort – der neue Kurier für Rechnungen im Gesundheitswesen.**

**Einfach in der Handhabung, gross im Nutzen.**

Die Leistungsabrechnung könnte nicht komfortabler sein. Der Leistungserbringer klickt auf «send» und seine Rechnungen werden mit MediPort elektronisch und gesichert auf den Weg geschickt. Sowohl Tiers-payant-Rechnungen an Versicherer als auch Tiers-garant-Rechnungen an Patienten. Wie erreichen elektronische Rechnungen die Patienten, die vielleicht nicht einmal einen Internet-Zugang haben? In diesem Fall kommt das MediPort-Druckcenter zum Einsatz. Hier werden die Rechnungen mit Logo und Absenderadresse des Arztes ausgedruckt, verpackt, frankiert und zusammen mit einem Einzahlungsschein (ESR) per Post verschickt.

Der Vorteil des Leistungserbringers: er verschickt alle seine Rechnungen online. Papier, Druck, Briefmarken, der Gang zur Post gehören der Vergangenheit an.

**Die Abrechnung vereinfachen und dabei Kosten sparen.**

Der elektronische Versand der Rechnungen beschleunigt den Abrechnungsprozess. Der positive Nebeneffekt: der Arzt hat sein Geld schneller auf seinem Konto als bei herkömmlicher Abrechnung auf dem Papierweg. Zudem ist die Rechnungsstellung mit MediPort signifikant günstiger als bei der traditionellen Leistungsabrechnung.

Der Arzt bezahlt:

- eine einmalige Anmeldegebühr für die Teilnahme an MediPort von Fr. 200.–.
- Fr. –.50 für den Versand einer Tiers-payant-Rechnung an die Versicherung\*
- Fr. –.50 für den Versand einer Tiers-garant-Rechnung an den Patienten, zuzügl. Briefmarke à Fr. –.70.

Diese Preise verstehen sich exkl. MwSt.

Darin inbegriffen sind der gesicherte elektronische Transport der Rechnungen sowie das Ausdrucken, Verpacken, Frankieren und Versenden der Rechnungen an den jeweiligen Empfänger. Ebenfalls in den Preisen inbegriffen ist das Material (Papier, Einzahlungsscheine, Couverts). \* Soll der Patient mit einer Kopie der Tiers-payant-Rechnung bedient werden, gelten dieselben Konditionen wie bei Tiers-garant.

Elektronische Abrechnung vereinfacht die Praxisadministration. Damit sich Ärzte und Praxisassistentinnen auf ihre Patienten konzentrieren können.

Mehr zu MediPort unter: [www.medidata.ch](http://www.medidata.ch)

# Neue Informationstechnologien im Gesundheitswesen

**Die Gesundheitskarte und interaktive Serviceleistungen der Versicherer sind nur zwei Projekte, die dank den neuen Technologien im Gesundheitswesen realisiert werden können. Am eHealthCare-Kongress in Zürich wurde eine breite Palette vorgestellt. Technisch machbar ist vieles, die Diskussionen drehten sich darum, welche Vorteile die Technologien bringen und vor allem auch, ob sie Kosten einsparen können.**

**Brigitte Casanova**

Am diesjährigen eHealthCare-Kongress vom 3. bis 4. Oktober in Zürich wurden viele Konzepte und Ideen aus der IT-Welt<sup>1</sup> vorgestellt. Die unterschiedlichsten Bereiche des Gesundheitswesens stehen, so man den Aussagen der ReferentInnen Glauben schenken will, vor einer elektronischen Revolution. Die Palette der Referate reichte von Telemedizin über Datensicherheit bis zu eLearning. Trotz der Krise in der IT-Branche war das Interesse beim Publikum gross. Anhand der namhaften ReferentInnen zeigte sich, dass Wirtschaft und Politik eHealth<sup>2</sup> ernst nehmen.

Wie und in welcher Form sich solche Technologien durchsetzen werden, ist noch offen: Es wurde am Beispiel des eLearnings in der Schule klar, dass die Kinder viel selbstverständlicher und problemloser mit den neuen Technologien umgehen als ihre LehrerInnen, respektive als die jetzt im Arbeitsleben (des Gesundheitswesens) stehende Generation.

Im Bericht stelle ich zwei Themen in

den Vordergrund: Die Gesundheits- oder Versichertenkarte und die IT-Lösungen der Versicherer. Beide zielen auf eine vereinfachte Administration im Gesundheitswesen.

All die neuen Produkte und Lösungen interessieren vor dem Hintergrund der unablässig steigenden Kosten im Gesundheitswesen. Kann die neue Gesundheitskarte die Kosten stabilisieren? In der abschliessenden Podiumsdiskussion wurde nicht ohne Humor und mit erstaunlicher Offenheit debattiert.

## «Gesundheitskarte – elektronisches Patientendossier»

Ein Spezialsymposium stand unter dem Titel «Gesundheitskarte – elektronisches Patientendossier». Fritz Britt, Vizedirektor des Bundesamt für Sozialversicherungen, leitete durch verschiedene Kurzreferate, in denen sowohl Grundsätzliches erörtert als auch Produkte von ausgewählten Herstellern vorgestellt wurden. Im Symposium wurde darauf hingewiesen, welche Systeme in Europa bereits zum Einsatz kommen und das Tessiner und Genfer Pilotprojekt zur Gesundheitskarte wurde kurz präsentiert.

Vorausgeschickt muss werden, dass die Funktion der neuen Karte noch nicht geklärt ist – dies wird in der Namensdiskussion sichtbar: Soll die Karte eine umfassende Lösung anzeigen (Gesundheitskarte) oder schlicht administrativ verstanden werden (Versichertenkarte)?

Fritz Britt befasste sich in seiner Einführung mit der Frage, wo auf Seite des Bundes Handlungsbedarf bestehe. Der Bund werde folgende Vorgaben machen müssen:

- den Standard und die Sicherheit des Systems festlegen
- die Identifikationsnummerngebung regeln
- Fragen der Verteilung der Karten klären
- den Inhalt der Karte festlegen (welche Daten sollen überhaupt auf der Karte sein?)
- bestimmen, wer die Karten verwal-

tet (höchstwahrscheinlich die Versicherer)

- den Gebrauch der Karte für die Leistungserbringer obligatorisch erklären.

Im Moment würden alle diese Fragen, die im Artikel 42a KVG geregelt werden sollen, in der nationalrätlichen Kommission diskutiert. Weil der Inhalt der Karte, wenn Gesundheitsdaten darauf gespeichert werden, im Konflikt mit dem Datenschutz stehe, sollen nur einige Notfalldaten direkt auf der Karte gespeichert sein, beispielsweise Allergien. Ansonsten sei die Karte mehr als ein Schlüssel zu einem elektronischen Dossier denn als eine eigentliche Gesundheitskarte zu verstehen. Der Bund bearbeite im Moment drei Unterprojekte: die Patienten-Identifikationsnummer (diese soll 100% kompatibel sein mit der künftigen AHV-Nummer im Jahr 2004; die jetzigen «sprechenden» AHV-Nummern werden abgelöst), die Harmonisierung mit bereits existierenden Lösungen (viele Versicherungen haben bereits Versichertenkarten) und der Zugang zu den Patientendaten (höchste Sicherheitsansprüche sind hierbei erforderlich). Britt wies darauf hin, dass das Projekt «Gesundheitskarte» insbesondere auch viele politische Hürden nehmen müsse, da die Angst vor Missbrauch gross sei.

Dass die Akzeptanz der Karte ein Thema sei, dies bestätigte auch Martin Denz, welcher die Sicht der FMH zur Patientenkarte darlegte. Im Moment würden die Leute auf der Strasse meinen, sie würden mit der Karte ihre Krankengeschichte rumtragen. Mit der Versichertenkarte, wie die Gesundheitskarte besser genannt würde, könne der Karteninhaber oder die Karteninhaberin den Health Professionals Zugriffsberechtigung auf ihr elektronisches Patientendossier erteilen. Die Health Professionals ihrerseits bräuchten eine Karte, die sie als Zugriffsberechtigte identifizieren und mit der sie den Zugriff auf ein elektronisches Dossier realisieren können. Nur,

<sup>1</sup> IT: Information Technologies, gemeint sind alle modernen Informationsübermittlungs-Technologien.

<sup>2</sup> eHealth: Gemeint sind die elektronischen Möglichkeiten (Information Technologies), die im Gesundheitswesen zur Anwendung kommen können.

so Denz, «eine Versichertenkarte ohne elektronische Krankengeschichte macht keinen Sinn». Das heisst, es müssen noch zahlreiche Probleme gelöst werden:

- einheitliche elektronische Krankengeschichten (Klinik-Info-System, Praxis-Info-System)
- eine nationale Netzwerkinfrastruktur (irgendwo müssen die Daten angelegt sein)
- eine nationale Sicherheitsinfrastruktur (Registrierung und Identifizierung)
- dies alles bedingt sehr viel Infrastruktur; es gehe darum, «eine sinnvolle Lawine loszutreten».

Die neue Karte bringe auch einige Konsequenzen mit sich:

- Die Daten gehören den BürgerInnen respektive den PatientInnen: Sie verwalten die Zugriffsrechte und die Vertraulichkeitsebenen, sie können beispielsweise auch selektiv das Einsichtsrecht ausschliessen. Dies führt zu einem Rollenwechsel bei den ÄrztInnen: Sie verlieren die Datenherrschaft.
- Die Prozessabläufe werden optimiert (wer kontrolliert dies?).
- Neue Berufsfelder können entstehen (zum Beispiel das Bereinigen von Daten).
- Eine virtuelle Krankengeschichte muss dezentral angelegt sein und bewirtschaftet werden.

Wie nah oder fern eine umfassende Gesundheitskarte ist, machte Hans Heinrich Brunner, Präsident der FMH, in der den Kongress abschliessenden Podiumsdiskussion deutlich: Eine Patientenkarte (so Brunners Namenspräferenz), die Zugang zu einer elektronischen Krankengeschichte gäbe, läge in weiter Ferne, wenn man bedenke, dass die meisten Krankengeschichten heute noch von Hand geschrieben würden und nachts in einem Schrank eingeschlossen seien.

Immerhin wird in den Kantonen Tessin und Genf im Pilotversuch die «Rete sanitaria» ([www.retesan.net](http://www.retesan.net)) bereits seit 1999 getestet. Ignazio Cassis, Kantonsarzt, kommt zu folgendem Schluss: Die grösste Herausforderung sei nicht die Technologie und die Sicherheit. Die Hersteller hätten an der Veranstaltung gezeigt, dass technisch je länger je mehr machbar sei und dass die elektronischen Lösungen trotz allem weitaus sicherer seien als der heutige Verkehr per Post oder Fax. Die eigentliche Herausforderung be-

stehe darin, das Vertrauen der Bevölkerung in diese neue Lösung zu gewinnen. Dabei sei ganz wichtig, dass die Karte neutral sei.

## eVersicherer

Das Fachsymposium «eVersicherer» befasste sich mit den Fragen, wie die Versicherer die neuen Technologien nutzen und welche Auswirkungen dies auf das Versicherungsgeschäft insgesamt haben wird. Professor Roland Schaer, Verwaltungsratspräsident der KPT-Versicherung, prophezeite im Einführungsreferat die Virtualisierung der Versicherungsbranche. Anfänglich wurden die elektronischen Informationstechnologien über das Internet nur genutzt, um Informationen (beispielsweise Firmenporträts) zu vermitteln. Anschliessend diene es immer mehr für Interaktionen (E-Mail-Verkehr), jetzt wird das Medium auch für Transaktionen (sämtliche Geschäftabwicklungen) benutzt. Fast sämtliche Prozesse des Versicherungsgeschäftes können elektronisch abgewickelt werden. Voraussetzung ist laut Schaer, dass die Basis, das heisst die Vertrauensbeziehung zum Kunden oder zur Kundin, vorhanden ist. Der kritische Erfolgsfaktor heisse «servicing» oder «customer relations». Nicht das Produkt unterscheide letztlich die Versicherer, sondern der Service; die Administration werde zum eigentlichen Kundenbindungselement. Mittels der Transparenz werde Vertrauen gebildet, was extrem wichtig sei, denn sowohl die Finanz- als auch die Versicherungsbranche stecke in einer eigentlichen Vertrauenskrise.

Anschliessend wurden verschiedene IT-Lösungen der Versicherer präsentiert. Dabei handelte es sich um die interne Plattform der Managed-Care-Ärzte der Sanacare (diretto) und die eLösungen der SUVA. Erwähnenswert ist zudem insbesondere die sich noch in der Testphase befindende Service-Plattform der KPT, genannt e4life, weil es sich dabei nicht um eine interne administrative Vereinfachung handelt, sondern um eine interaktive Öffnung zu den Versicherten. Nicht nur die Mitarbeitenden, sondern auch die KundInnen können auf die gleiche Plattform zugreifen und gewisse Arbeiten gleich selber verrichten. Die Sicherheitsvorkehrungen sind dieselben wie bei den elektronischen Bankgeschäften. Die KundInnen haben Überblick über die

Rechnungen und deren Status, ersehen die Kostenbeteiligung und können beispielsweise für die Steuern Belege selber ausdrucken. Persönliche Daten und die Zahlungsmodalitäten können vom Versicherten selbstständig geändert werden. Leicht ersichtlich sind auch die Leistungsansprüche. Im Service-Teil haben die KundInnen und die Mitarbeitenden Zugriff auf die Rechtsgrundlagen, finden Einspracheformulare gegen Verfügungen und haben eine direkte Verbindung zur Rechtsauskunft. Ein Link besteht zu einem Online-Arzt bei medgate. Die Service-Plattform e4life wurde so entwickelt, dass es möglich sein wird, zu einem späteren Zeitpunkt weitere Versicherer zu integrieren, da die meisten Grundlagen für alle Versicherer die gleichen sind.

Aus dem Publikum wurde die Frage gestellt, ob diese grosse Transparenz nicht zum Konsum anreizen würde. Schaer verneinte dies, KundInnen wollten nicht prinzipiell betrügen, und ein Kontrollsystem für ganz wenige einzurichten sei nicht sinnvoll. Die elektronische Leistungsabwicklung spare nicht nur Papier, sondern solle vor allem die Prozesse optimieren.

## Kostenstabilisierung durch die Gesundheitskarte?

Nach all den technologischen Möglichkeiten in der virtuellen Welt wurde in der Podiumsdiskussion die reale politische, medizinische und wirtschaftliche Ebene wieder sehr spürbar. Kann die neue Karte, ob sie jetzt Gesundheits- oder Versichertenkarte genannt wird, die Kosten im Gesundheitswesen stabilisieren? Einfluss haben werde sie auf die Administration, und Doppelspurigkeiten könnten vermieden werden, da waren sich die Teilnehmenden des Podiums einig. Aber niemand wagte mehr zu behaupten, dass sie die Gesundheitskosten wirklich dämpfen würde.

Fritz Britt sieht in der Gesundheitskarte nur eine der möglichen Massnahmen zur Kostenstabilisierung. Die Gesundheitskosten per se würden mit der Karte nicht verschwinden, sie sei kein «quick-fix». Wie die anderen Kostensparmassnahmen biete sie nur Anreiz zum Sparen, die Kostenentwicklung stoppen werde sie nicht. ■

**Bericht:**

BRIGITTE CASANOVA  
REDAKTION MANAGED CARE



# Stimmen zu Entwicklungen im Gesundheitswesen

## Telefonberatung anstatt Hausarzt

Die Krankenkasse KPT führt neu das Versicherungsmodell «win.win» ein, nachdem sie das Hausarztmodell gestrichen hat. Die «win.win»-Versicherten verpflichten sich, zuerst beim medizinischen Beratungszentrum Medgate anzurufen, bevor sie einen Arzt oder eine Ärztin konsultieren. Medgate bezeichnet sich als unabhängiges, wirtschaftlich ausgerichtetes Unternehmen, das Mitgliedern vertraglich angeschlossener Krankenkassen kostenlos respektive zum Ortstarif Beratungen anbietet. Laut einer englischen Studie, auf welche auf der Medgate-Internetseite verwiesen wird, ändern 75 Prozent der Anrufenden ihren ursprünglichen Behandlungsplan.

Die Vereinigung der Aargauer Allgemeinärzte, Allgemeininternisten und Kinderärzte, argomed, rät in einem Pressecommuniqué dringend von diesem neuen Versicherungsmodell ab: «Wer will schon telefonisch eine Bewilligung einholen müssen, bevor er einen Arzt aufsuchen darf?» In einer Telefonberatung könne nicht entschieden werden, ob und wieviele Behandlungen nötig seien. Insbesondere bei den kostenintensiven chronischen Krankheiten sei das persönliche Vertrauensverhältnis zwischen PatientIn und Arzt oder Ärztin unverzichtbar. (bc)

*Quellen: Tagesanzeiger vom 15. Oktober 2002: Eine Alternative zum Hausarztmodell; Presstext der argomed Ärzte AG; www.medgate.ch*

## Kosteneinsparungen im Hausärzte-Netzwerk

Das 1997 aufgebaute Hausarztmodell in der Stadt Zürich spart 20 bis 30 Prozent Kosten pro Jahr im Vergleich zu einem Referenzkollektiv. 6600 Versicherte werden im Stadtzürcher Modell von 180 Netzwerkärzten betreut. Womit werden die Einsparungen erzielt? Die Versicherer meinen, es handle sich dabei um bessere Risiken. Die Netzwerkärzte weisen diese These aber zurück. Kaspar von Blarer, Präsident des Vereins Hausärzte Stadt Zürich (VHZ),

sieht als Ursache des finanziellen Vorteils das effiziente Fallmanagement, welches die Abläufe optimiert. Zugleich habe das Hausarztmodell zu einer kleinen Kulturrevolution unter den Hausärzten geführt: In medizinischen Qualitätszirkeln werde rege über medizinische Erfahrungen und neue Erkenntnisse, aber auch über Managementfragen diskutiert. (bc)

*Quelle: Neue Zürcher Zeitung vom 15. Oktober 2002: Klar weniger Kosten im Hausärzte-Netzwerk.*

## Können Kosten dämpfende Massnahmen evaluiert werden?

Der Bundesrat hat zum Bericht der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates (GPK-S) Stellung genommen, in dem am Beispiel der Spitalplanung und des TARMED untersucht wurde, wie der Bund im Bereich des Krankenversicherungsgesetzes die Kosten dämpft. Unter anderem kommt in der Stellungnahme des Bundesrates zum Ausdruck, dass Evaluationen und Wirkungsnachweise von Kosten dämpfenden Massnahmen sich als problematisch erweisen:

■ Prospektive Evaluationen von potenziell Kosten dämpfenden Massnahmen seien schwierig durchzuführen, weil oft grundlegende Daten fehlten, man sich auf Schätzungen und Hypothesen stützen müsse und es nicht einfach sei, unabhängige ExpertInnen zu finden.

■ Skeptisch steht der Bundesrat auch einer Wirkungsanalyse der Spitalplanung gegenüber. Art, Umfang und Qualität der erbrachten Leistungen würden sich ständig verändern; nur schon die Tatsache, dass Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert werden, mache eine Evaluation äusserst problematisch.

■ Zwar begrüsst der Bundesrat eine Wirkungsanalyse des TARMED, er warnt aber auch vor zu hohen Erwartungen: Strukturelle Effekte von TARMED mittels Vergleichen mit anderen Vergütungsmodellen herauszukristallisieren, sei äusserst schwierig. (bc)

*Quelle: Einflussnahme des Bundes auf die Kostendämpfung im Bereich des Krankenversicherungsgesetzes – Untersuchung anhand von zwei ausgewählten Beispielen. Stellungnahme des Bundesrates am 30. September 2002 zum Bericht der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates vom 5. April 2002.*

## Das KVG aus deutscher Sicht

Das schweizerische Krankenversicherungsgesetz (KVG) gilt in Deutschland bei den Anhängern einer stärkeren wettbewerblichen Ausrichtung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als Vorbild. Die Gesundheitsökonominnen der Universität Greifswald (Mecklenburg-Vorpommern) haben nun anhand der Ergebnisse der Wirkungsanalyse KVG geprüft, ob es sich lohnen könnte, in der GKV die «Finanzierung über Kopfprämien, verbunden mit staatlichen Transferleistungen», die «Möglichkeit zum Angebot von Grund- und Zusatzversicherung durch den gleichen Versicherer» sowie das «Angebot besonderer Versicherungsformen» einzuführen. Aufgrund der bisherigen Erfahrungen in der Schweiz scheinen den deutschen Experten die Kopfprämien nicht erstrebenswert. Dasselbe gilt für das Angebot von Grund- und Zusatzversicherung durch den gleichen Versicherer: Die Erfahrungen zeigten, dass «eine personelle und organisatorische Trennung dieser beiden Bereiche extrem schwer zu überwachen sei». Faktisch würden dadurch «im günstigsten Fall Versicherte durch Koppelprodukte am Wechsel in einem der beiden Versicherungsbereiche gehindert», im ungünstigsten Fall werde «auf der Grundlage von Informationen in der Zusatzversicherung Risikoselektion in der Pflichtversicherung betrieben». Interessant scheint den Experten hingegen die Idee, Hausarztnetze und HMOs anzubieten. Um Anreize zur Risikoselektion durch Leistungsanbieter zu minimieren, bedürfe ein solches System allerdings einer morbiditätsorientierten Vergütungsstruktur. (rs)

*Quelle: Ralf Kocher, Stefan Gress, Jürgen Wasem: Das KVG – Vorbild für einen regulierten Wettbewerb in der deutschen Krankenversicherung? Soziale Sicherheit 5/2002: 299–307.*

# Balanced Scorecard im Krankenhaus

**R**entieren, die Patienten zufrieden stellen, die Erwartungen der Gesellschaft erfüllen, die internen Prozesse zielgerecht und adäquat organisieren und die Motivation und Innovationsbereitschaft der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fördern: So ungefähr könnte man die vielfältigen Herausforderungen umreissen, denen ein Spital gerecht werden sollte. Aus den vielfältigen Anforderungen leiten sich vielfältige Ziele ab, die in Leitbildern formuliert werden. Fragt sich nur: Wie bringt man ein komplexes Unternehmen, wie es das Spital darstellt, dazu, die im Leitbild formulierten Ziele zu verwirklichen? Das Buch «Balanced Scorecard im Krankenhaus – Von der Planung bis zur Umsetzung» zeigt einen Weg dazu auf. Die «Balanced Scorecard» (wörtlich übersetzt: «ausbalanciertes Kennzahlensystem») ist ein Instrument, das es ermöglicht festzustellen, «welche Aktivitäten und Interventionen notwendig sind, um die Ziele des Betriebs zu erreichen». Das Instrument wurde erstmals in der Privatindustrie eingesetzt, ist aber gemäss den Autoren so «flexibel und vielfältig», dass es «effektiv benutzt werden kann, um die Strategieplanung im Krankenhausbereich zu fördern». Mithilfe der Balanced Scorecard (BSC) kann eine «Mappe» der Strategie erstellt werden. Diese «Mappe» bildet die einzelnen strategischen Ziele ab, wobei jedes der Ziele einer von verschiedenen (normalerweise vier) «Perspektiven» (Strategiebereichen) zugeordnet wird. Zugleich geht aus der Darstellung hervor, welche Ziele in einem Ursache-Wirkungsverhältnis zueinander stehen, das heisst welche Ziele aktiv zu verfolgen sind und welche Ziele in der Folge automatisch erreicht werden. Den einzelnen Zielen werden konkrete Messgrössen («Kennzahlen»), Zielwerte sowie Massnahmen zur Erreichung dieser Ziele zugeordnet.

Wie es der Name sagt, soll die BSC es ermöglichen, das «Gleichgewicht» zwischen verschiedenen «Perspektiven», die für das Unternehmen von Bedeutung sind, zu bewahren. Dabei geht die BSC von den folgenden vier Perspektiven aus: «Finanzen», «Kunden», «Prozesse» und «Ressourcen/Kompetenzen» (als Grundlage für Lernen und Entwicklung bzw. Innovation). Für das Krankenhaus empfiehlt es sich nach Auffassung der AutorInnen, zusätzlich die Sozialperspektive einzuführen.

Das Buch gliedert sich in einen theoretischen und einen praxisbezogenen Teil. Der theoretische Teil widmet sich zunächst «betriebswirtschaftlichen Aspekten der Strategieentwicklung»; in diesem Rahmen werden die theoretischen Grundlageninformationen zur BSC vermittelt. Danach folgt ein längerer Exkurs über unternehmenskulturelle Aspekte der Strategieentwicklung. Dass dem Thema «Unternehmenskultur» viel Platz eingeräumt wird, scheint zunächst überraschend. Bei der Lektüre wird aber deutlich, dass das «faszinierende, schillernde und zugleich schwer greifbare Phänomen» der Unternehmenskultur bei der Unternehmensentwicklung eine entscheidende Rolle spielt, indem es sie unterstützen und fördern oder aber behindern kann.

Im zweiten Teil des Buches wird der Praxisbezug hergestellt, indem am Beispiel des Schweizer Herz- und Gefässzentrums Bern (eines Departements des Berner Inselspitals) aufgezeigt wird, wie sich die BSC nutzen lässt. Das Schweizer Herz- und Gefässzentrum Bern ist aus vorher alleine agierenden und anderweitig eingebundenen Einheiten des Berner Inselspitals entstanden, die nun zusammen eine neue Einheit bilden sollten. Für diese neue Einheit musste zunächst eine Vision entwickelt und ein Leitbild formuliert werden. Zur Konkret-

tisierung und Umsetzung der im Leitbild festgelegten Ziele wurde die BSC genutzt.

Im praktischen Teil wird eine besondere Stärke des Buches deutlich: Es wird nicht beschönigt; Probleme und Lösungsansätze werden realistisch und praxisnah dargestellt. So wird beispielsweise nicht verschwiegen, dass der strategische Entscheid des Inselspitals, sich dezentral auszurichten und Departemente zu bilden, die als teilautonome Einheiten funktionieren sollten, Widerstände geweckt hat, welche zu entsprechenden Schwierigkeiten bei der Umsetzung dieses Entscheids führten. An anderer Stelle weisen die Autoren darauf hin, dass Softwarelösungen bei der Einführung der BSC zwar «bis zu einem gewissen Punkt Unterstützung bieten» können; es wird aber betont, dass die beste Software eine fehlende Unterstützung der betroffenen Führungskräfte nicht kompensieren kann.

Bedauerlich ist, dass die Fachbegriffe im theoretischen und im praktischen Teil nicht immer übereinstimmen. So wird beispielsweise die Perspektive «Ressourcen/Kompetenzen» im praktischen Teil mit «Potenziale» überschrieben. Andernorts ist auch von der «Innovationsperspektive» und von «Lernen und Entwicklung» die Rede. Diese fehlende Sorgfalt im Bereich der Textredaktion, zusammen mit gewissen Mängeln in der Gliederung des Buchs, erschwert es den Leserinnen und Lesern (vor allem jenen, die sich zum ersten Mal mit der Materie befassen) unnötig, den Überblick über die an sich schon komplexe Materie zu bewahren. (rs)

*Andreas Greulich, Dr. Alberto Onetti, Dr. Volker Schade, Barbara Zaugg (Hrsg.), unter Mitarbeit von Gabriela Greiner: Balanced Scorecard im Krankenhaus: Von der Planung bis zur Umsetzung. Economica, Hühlig Fachverlage, Heidelberg, 2002. 297 Seiten, 16 Abbildungen, gebunden. 39 Euro/65,50 Franken. ISBN 3-87081-220-6*

# Diagnosis Related Groups und Pflege

**W**issen Sie längst, was DRGs sind und weshalb die DRG-Systeme von manchen Pflegenden kritisiert werden? Oder wissen Sie es nicht, aber möchten es gerne erfahren? In beiden Fällen wird Sie das neue Buch von Wolfram Fischer, «Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege – Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten», ansprechen. Im ersten Fall werden Sie sich vielleicht vor allem für die Studien interessieren, welche die mangelhafte Homogenität von DRGs nachweisen, sowie für die Möglichkeiten zur Abbildung der Pflege in DRG-Systemen, die Wolfram Fischer vorschlägt. Im zweiten Fall werden Sie das Grundlagenwissen, beispielsweise über DRG-Systeme und über Terminologien und Klassifikationen in der Pflege, zu schätzen wissen.

«DRGs» (Diagnosis Related Groups) ist ein Überbegriff für verschiedene Patientenklassifikationssysteme, die im Akutspital eingesetzt werden, um Behandlungsfälle mit ähnlichen Kosten zu Gruppen zusammenzufassen. Der einzelne Behandlungsfall wird aufgrund von ärztlichen Angaben (Diagnose[n], Prozeduren; evtl. Begleiterkrankungen, Komplikationen und Alter des Patienten) einer bestimmten DRG zugeteilt. Jeder Behandlungsfallgruppe (DRG) ist ein relatives Kostengewicht (z.B. 1,9) zugeordnet, das die durchschnittlichen Behandlungskosten der Fälle in der entsprechenden DRG widerspiegelt. Das Kostengewicht dient als Grundlage, um die Fallpauschale für die entsprechende DRG zu berechnen, indem das Kostengewicht mit dem Basispreis (Basisfallwert) multipliziert wird (z.B. 1,9 x Basispreis).

Da DRGs als Grundlage für die Vergütung und für Betriebsvergleiche dienen sollen, ist es wichtig, dass sie möglichst homogen sind, das heisst, dass sie tatsächlich gleichartige Be-

handlungsfälle zusammenfassen. Wenn DRGs homogen sind, muss auch der Pflegeaufwand innerhalb der einzelnen Fallgruppe (DRG) mehr oder weniger homogen sein. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass dies für die Fallgruppen der bestehenden DRG-Systeme (z.B. AP-DRGs, Nord-DRGs) nur zum Teil zutrifft. Während einzelne DRGs relativ homogen sind, variiert in anderen der Pflegeaufwand beträchtlich. Vor allem bei medizinischen (im Unterschied zu chirurgischen) Fällen lässt sich in vielen Fallgruppen auch dann keine zufrieden stellende Homogenität erreichen, wenn die so genannten Ausreisser (Behandlungsfälle mit unerwartet langen Aufenthaltsdauern) aus der Untersuchung ausgeschlossen werden.

Wenn DRG-Systeme als Grundlage für die Krankenhausvergütung verwendet werden, werden Behandlungsfälle zu fixen Pauschalen verrechnet. Dadurch erhalten die Spitäler einen Anreiz, effizient zu arbeiten, das heisst die Aufenthaltsdauer der Patienten und damit die Behandlungskosten tief zu halten. Dieser Anreiz beziehungsweise, negativ ausgedrückt, dieser Druck, betrifft alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Berufsgruppen – neben den Ärzten insbesondere auch die Pflegenden. Es liegt deshalb im Interesse aller Beteiligten, dass die Behandlungsfallgruppen und die dazugehörigen Kostengewichte nicht nur den ärztlichen, sondern auch den pflegerischen Behandlungsaufwand (und damit die Fallkosten) adäquat widerspiegeln. Dass dies bei gewissen DRGs nicht der Fall ist, wird von Seiten der Pflegenden unter anderem damit erklärt, dass der Pflegeaufwand bei gleicher ärztlicher Problematik höher ausfällt, wenn beispielsweise vorbestehende Pflegeprobleme (z.B. Verwirrtheit, Dekubitus, Gehbehinderung) vorliegen oder wenn pflegeri-

sche Mehrfachbehandlungen (z.B. Krisenintervention, Angehörigenbetreuung, aufwändige Entlassungsplanung) nötig sind.

Möglicherweise könnte die Pflege also zusätzliche Kriterien liefern, die es ermöglichen würden, die bestehenden DRG-Systeme zu verfeinern. Doch welcher Art müssten diese Informationen aus der Pflege sein und wie könnten sie erfasst beziehungsweise aus welchen Datensätzen könnten sie hergeleitet werden? Wolfram Fischer liefert eine Reihe von (zum Teil komplexen) Vorschlägen dazu. Um die verschiedenen Vorschläge zu prüfen und eine entsprechende Lösung voranzutreiben, muss die Pflege eine Reihe von Aufgaben angehen. Zu den wichtigen Aufgaben gehört Fischers Meinung nach die Schulung und Sensibilisierung der Pflegekräfte aller Stufen. Fischers neues Buch kann dazu zweifellos einen wertvollen Beitrag leisten: Es ist in einfacher Sprache geschrieben. Die Formulierungen sind prägnant; die Gliederung ist vorbildlich. Zahlreiche eingängige Tabellen und Abbildungen erleichtern das Verständnis zusätzlich. Das Buch eignet sich hervorragend, um sich einen Überblick zu verschaffen, aber auch um sich in Detailfragen zu vertiefen.

Und schliesslich ist das Buch auch ein anregender Beitrag zur Diskussion über die Rolle der Pflege: Es wird nachgewiesen, dass die bestehenden DRG-Systeme aus Sicht der Pflege nicht genügend homogen sind. Es werden Wege aufgezeigt, um pflegerische Kriterien in die DRG-Systeme zu integrieren. Und die Pflegenden werden dazu aufgerufen, entsprechende Änderungen zu prüfen und gegebenenfalls einzufordern. (rs)

*Wolfram Fischer: Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege. Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten. Verlag Hans Huber, Bern, 2002. 472 Seiten, 367 Tafeln, gebunden. 59.95 Euro/99 Franken. ISBN 3-456-83576-0.*

Datum, Ort	Veranstaltung	Kontaktadresse
30. November, Zürich	Öffentliche Tagung des Schweizer Psychotherapeuten Verbandes: Welche Gesundheit wollen wir?	Schweizer Psychotherapeuten Verband, Weinbergstrasse 31, 8006 Zürich. Tel. 01-266 64 00. Fax 01-262 29 96. E-Mail: spv@psychotherapie.ch; Internet: www.psychotherapie.ch
11.–12. Dezember, Olten	Neue Finanzierungsmodelle für Pflege, Betreuung und Haushaltsführung (Assistenz)	AGILE Behinderten-Selbsthilfe Schweiz, Effingerstrasse 55, 3008 Bern. Fax 031-390 39 35. E-Mail: info@agile.ch; Internet: www.agile.ch
11.–12. Dezember, München	Deutsches Gesundheitswesen im Überblick	Euroforum Deutschland GmbH, Jessica Galow, Postfach 11 12 34, 40512 Düsseldorf. Tel. 49 211-968 635 85. Fax 49 211-968 645 85. E-Mail: jessica.galow@euroforum.com; Internet: www.euroforum.com
10. Januar 2003, Zürich	Case Management und interkulturelle Kommunikation	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
16. Januar 2003, Montreux	Forum 2005 Santé-Gesundheit: Alternende Bevölkerung und nachhaltige Finanzierung der Gesundheitsversorgung	Jean-Louis Franzetti, Sanofi-Synthelabor (Suisse) SA, 11, rue de Veyrot, 1217 Meyrin 1. Tel. 022-989 01 64. Fax 022-783 93 54. E-Mail: jean-louis.franzetti@sanofi-synthelabo.com; Internet: www.forum-sante-2000.ch
24. Januar 2003, Bern	Sozialpolitik ist Gesundheitspolitik	Caritas Schweiz, Bereich Kommunikation, Löwenstr. 3, 6002 Luzern. Tel. 041-419 22 22, Fax 041-419 24 24. E-Mail: info@caritas.ch; Internet: www.caritas.ch
31. Januar–1. Februar 2003, Winterthur	Spitalfinanzierung	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG), St. Georgenplatz 2, Postfach 958, 8401 Winterthur. Tel. 052-267 78 97. Fax 052-267 79 12. E-Mail: wig@zhwin.ch; Internet: www.wig.ch
20.–21. Februar 2003, Winterthur	Evidence Based Medicine	WIG (s. oben)
10.–12. März 2003, Frankfurt am Main	4. Deutsche Casemix-Konferenz	LENZ, Asylstrasse 41, 8032 Zürich. Tel. 01-253 62 32. Fax 01-253 62 31. E-Mail: info@lenz-schweiz.com; Internet: www.lenz-schweiz.com
14.–15. März 2003, Winterthur	Controlling im Spital	WIG (s. oben)
20. März 2003, Zürich	Podiumsdiskussion Ärztatering	Med-swiss.net Geschäftsstelle, Grütlistrasse 36, 8002 Zürich. Tel. 01-280 44 05. Fax 01-280 44 03. E-Mail: info@med-swiss.net; Internet: www.med-swiss.net
14.–15. Mai 2003, Schwyz	Schweizerischer Krankenhauskongress	H+, Kongressekretariat, Karin Maier, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-834 00 25. Fax 062-824 11 25. E-Mail: karin.maier@hplus.ch; Internet: www.hplus.ch
14.–16. Mai 2003, Grieghallen, Norway	8 <sup>th</sup> European Forum on Quality in Health Care	BMJ Quality Department, BMA House, Tavistock Square, London WC1H 9JR UK. Tel. 44 207-383 6409. Fax 44 207-383 6869. E-Mail: quality@bmjpg.com; Internet: www.quality.bmjpg.com
15. Mai 2003, Zürich	5. Schweizerisches Forum der sozialen Krankenversicherung	RVK Rück, Haldenstrasse 25, 6006 Luzern. Tel. 041-417 01 11. Fax 041-410 69 65. E-Mail info@rvk.ch; Internet: www.rvk.ch

Datum, Ort	Weiter- und Fortbildung	Kontaktadresse
Beginn: 4. Februar 2003 (17 Tage), Aarau	Gesundheitsinformatik im Gesundheitswesen (modular)	WE'G, Mühlemattstrasse 42, 5001 Aarau. Tel. 062-837 58 75. E-Mail: brigitte.wiedemann@weg-edu.ch; Internet: www.weg-edu.ch
Beginn: 5. Februar 2003 (21 Tage), Aarau	Qualitätsmanagement im Spital und Heim	H+ Bildungszentrum, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. E-Mail: bildung@hplus.ch; Internet: www.hplus.ch
Beginn: Frühling 2003 (600 Lektionen), St. Gallen	Nachdiplomstudium «Sozialinformatik»	FHS – Hochschule für Technik, Wirtschaft und Soziale Arbeit St. Gallen, Institut für Soziale Arbeit, Industriestrasse 35, Postfach, 9401 Rorschach. Tel. 071-844 48 88. E-Mail: wbsa@fhsg; Internet: www.fhsg.ch/wb
April 2003 (75 Tage), Aarau	Nachdiplomstudium «Case Management»	WE'G, Mühlemattstrasse 42, 5001 Aarau. Tel. 062-837 58 58. Fax 062-837 58 60. E-Mail: ruth.koenig@weg-edu.ch; Internet: www.weg-edu.ch
11. März–6. Juni 2003, Basel	Health Care and Management in Tropical Countries (Diploma Course)	Swiss Tropical Institute, 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
8.–27. Juni 2003, Ifkara, Tansania	Medical Practice with limited resources	Swiss Tropical Institute (s. oben)
10.–27. Juni 2003, Basel	Health District Management: Planning and Programme Design	Swiss Tropical Institute (s. oben)

Hinweise erwünscht:

Hinweise auf Publikationen und Veranstaltungen rund um Managed Care, Care Management und Public Health senden Sie bitte an: Redaktion «Managed Care», Stampfenbrunnenstrasse 40, 8048 Zürich. Fax 01-431 73 56. E-Mail: b.casanova@rosenfluh.ch. Über die Aufnahme in die Hinweisseite entscheidet die Redaktion.

### Forschungsprojekt zur gesundheitsbezogenen Selbsthilfe

Die Selbsthilfe kann wesentlich zur Gesundheit, Lebensqualität und Krankheitsbewältigung von chronisch Kranken beitragen. Ein Forschungsprojekt des Gesundheitsobservatoriums unter der Leitung von Bernhard Borgetto vom Institut für gesundheits- und sozialwissenschaftliche Forschung in München soll nun zeigen, wie in der Schweiz die Selbsthilfe gefördert werden kann. Dazu soll der aktuelle Forschungsstand erhoben und die Entwicklung und Verbreitung der Selbsthilfe in Deutschland und in der Schweiz untersucht und verglichen werden. (bc)

Quelle: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, [www.obsan.ch/themen/versorgung/d/selbsth.htm](http://www.obsan.ch/themen/versorgung/d/selbsth.htm)

### Lohnabhängige Prämien erwünscht

Das Tessiner Sozial- und Gesundheitsdepartement hat eine repräsentative Umfrage vorgestellt, in der eruiert werden sollte, «was die Versicherten denken». Landesweit sprachen sich 64 Prozent der Versicherten für eine einkommensabhängige Krankenkassenprämie aus. Im Tessin waren 71,3, in der Romandie 65 und in der Deutschschweiz 62 Prozent der Versicherten dafür. Eine knappe Mehrheit fand das Modell der Einheitskasse (analog der SUVA), mit gesamtschweizerisch 43 Prozent Ja gegenüber 41 Prozent Nein. (bc)

Quelle: Der Bund vom 7. Oktober 2002: Prämien lohnabhängig.

### Lehrstuhl für Geriatrie geplant

«Alte Menschen werden häufig vernachlässigt: Nicht nur im Tram und Bus, sondern auch in der Wissenschaft», meint Wilhelm Vetter, Chefarzt der Medizinischen Poliklinik des Universitätsspitals Zürich. Dabei werde bald schon ein Viertel der Bevölkerung über 65 Jahre alt sein. Das wissenschaftliche Versäumnis wirke sich auch gesundheitsökonomisch aus, so ist beispielsweise die Polymorbidität (gleichzeitiges Bestehen von mehreren Krankheiten) schlecht erforscht, was eine effiziente Medizin beeinträchtigt. An der Universität Zürich wird nun ein neuer Lehrstuhl für Geriatrie und Altersforschung ge-

schaffen. Finanziell unterstützt wird der neue Lehrstuhl vom Pharmaunternehmen Pfizer. (bc)

Quellen: Pfizer Performance September 2002: Lebensqualität im Zentrum.

### Joint Venture in der Onkologie

Mit der demografischen Alterung steigt die Anzahl der potenziellen KrebspatientInnen, aber auch die fachlichen Herausforderungen und der Wettbewerb zwischen den Onkologie-Abteilungen benachbarter Spitäler und der dementsprechende Marketingaufwand nehmen zu. Dies veranlasste zwei 450-Bett-Spitäler in Michigan (USA) dazu, einen Joint Venture abzuschliessen und die Herausforderungen partnerschaftlich anzugehen: Sie gründeten ein gemeinsames Krebszentrum. Die beiden teilnehmenden Institutionen profitieren von einer grösseren Kaufkraft, tieferen Kosten und optimiertem Personal (beide Spitäler litten an einem Mangel an qualifizierten Arbeitskräften), und das medizinische Angebot konnte qualitativ verbessert werden. (bc)

Quelle: Linda L. Weller-Ferris: How to create a successful joint venture. *Oncology Issues* 17 (3): 20-23, 2002.

### Demografie und Gesundheitskosten

Die demografische Entwicklung trägt nur wenig zur Erhöhung der Gesundheitsausgaben bei. Dies ergab eine Studie der Konjunkturforschungsstelle des ETH Zürich, die im Auftrag von Santésuisse durchgeführt wurde. Der rein demografisch bedingte Kostenanstieg pro Jahr beträgt laut der Studie 0,4 Prozent (d.h. insgesamt 23,6 Prozent bis 2020); die demografische Entwicklung fällt also im Vergleich zu anderen kostensteigernden Faktoren (generelle Mengenausweitung, steigende Nachfrage, Preisanstieg) kaum als «Kostentreiber» ins Gewicht. Als Problem erachten die AutorInnen der Studie dagegen die mit den demografischen Veränderungen einhergehende Umverteilung zwischen den Generationen: Die Gruppe der Altersrentner wird ab dem Jahr 2025 etwas mehr als 20 Prozent der Bevölkerung ausmachen und bei einem mit heute

## VORSCHAU

Schwerpunktthema:  
**INTEGRIERTE VERSORGUNG ALS GÜTESIEGEL**

Bio-Knospe als Gütesiegel im Lebensmittelmarkt - ein Vorbild für das Gesundheitswesen?

Marketing in der Arztpraxis

Inhaltliche Kriterien für ein medizinisches Qualitätslabel aus Patientensicht

Bestehende Qualitätsstandards und Marken im Gesundheitswesen

Qualitätsindikatoren der AOK

Gütesiegel für Arztpraxen

Können und dürfen wir Verhalten managen?

Controlling im Gesundheitswesen (Veranstaltungsbericht)

vergleichbaren Inanspruchnahmeverhalten über 50 Prozent der Gesundheitsausgaben verursachen. (rs)

Quelle: ETH Konjunkturforschungsstelle (KOF): Quantitative Analyse des Systems der Krankenpflegeversicherung, 5. September 2002; Internet: [www.santesuisse.ch](http://www.santesuisse.ch)

### Patienten fassen sich kurz

Wie lange reden Patientinnen und Patienten, wenn man sie ausreden lässt? Dieser Frage ging ein Schweizer Forschungsteam nach. Während dreier Monate wurde in der Medizinischen Poliklinik des Universitätsspitals Basel bei 335 (der insgesamt 1137) Patienten die «spontane Redenszeit» der Patienten zu Beginn der Konsultation gemessen. (Zu den Einschlusskriterien gehörten unter anderem ausreichende Deutschkenntnisse.) Das Ergebnis: Nach durchschnittlich 1,5 Minuten signalisierten die Patienten, dass sie alles gesagt hatten, was sie zu sagen hatten. Vier von fünf Patienten hatten die einleitende Zusammenfassung ihres Gesundheitsproblems in 2 Minuten abgeschlossen, und nur 7 der 335 Patienten sprachen länger als 5 Minuten. (rs)

Wolf Langewitz et al.: Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ* 2002; 325: 682-683