



managed care

8 • 2006
1. Dezember

Pflege und chronisch Kranke

Die Breast und Cancer Care Nurse

Schulung in Selbstmanagement

Die Bedürfnisse der Patienten im Mittelpunkt

Pflegepraxis mit erweiterten Kompetenzen

Pflegefinanzierung und Kostenwahrheit

Die Wundsprechstunde

Herausforderung Pflegefinanzierung

www.forummanagedcare.ch
www.tellmed.ch

en français:
www.managedcareinfo.net

Adäquate Behandlung für chronisch Kranke

Rebecca Spirig und Christine Vincenzi

Im Jahr 2020 werden laut WHO zwei Drittel aller Krankheiten weltweit chronisch sein. Auch unser Gesundheitssystem ist noch viel zu wenig auf diese Problematik ausgerichtet, denn wenn chronisch Kranke keine angepasste Behandlung erhalten, konfrontieren sie unser System mit Rehospitalisationen und mit der Suche nach helfenden Spezialistinnen und Spezialisten, das heisst mit grossen Ausgaben.

Im Gegensatz zu akuten erfordern chronische Krankheiten eine lang dauernde Behandlung. Zudem tritt eine chronische Krankheit selten als Einzelphänomen auf, sondern wird im Laufe der Zeit von weiteren Symptomen und Krankheiten begleitet. Multiprofessionelle Zusammenarbeit mit einem starken Fokus auf das Selbstmanagement von Betroffenen ist die beste Antwort auf die aufgezeigten Probleme. Chronisch Kranke benötigen eine interdisziplinäre, koordinierte, kontinuierliche und patientenorientierte Behandlung. Dabei kann die Pflege eine zentrale Rolle spielen. Denn Gesundheitsorganisationen, welche dem nichtärztlichen Bereich wichtige Rollen übergeben, können eine gute Überwachung von Patienten, eine vorausschauende Planung der Anschlussbetreuung und gute Patientenergebnisse vorweisen. Die Schwerpunkte bei diesem Ansatz sind: Selbstmanagement-Unterstützung basiert auf einer kollaborativen Beziehung zwischen Patient, Angehörigen und Betreuenden. Schlüsselpunkte sind: a) Schulung über Krankheit, Symptome und Komplikationen sowie Medikamente und Adhärenz, b) Schulung der Selbstüberwachungs- und -behandlungsfähigkeiten und c) psychosoziale Unterstützung bei notwendigen Veränderungen des Lebensstils.

Systemveränderung bedeutet, dass Institutionen Chronischkrankheits-Management integrieren. Dies bedarf einer gezielten Strategieentwicklung und einer sorgfältigen Umsetzung. Beispielsweise müssen Ereignisse wie ein Spitaleintritt nicht isoliert, sondern im

Gesamtverlauf einer chronischen Krankheit betrachtet werden. Es gilt, Patientenverläufe zu planen und verschiedene Institutionen – über die Spitalgrenzen hinaus – zu nutzen.

Eine Entscheidungsunterstützung für Betreuende umfasst evidenzbasierte Leitlinien. Diese müssen leicht zugänglich sein, am besten online. Zur Entscheidungsunterstützung gehört zudem der einfache Zugang zu klinischen Experten.

Klinische Informationssysteme, die Patientendaten rasch zugänglich machen, müssen zur Verfügung stehen. Solche Datenbanken sollen auch populationsorientierte Therapien und Strategien offerieren.

Wir benötigen innovative und effektive Behandlungen über die Grenzen der einzelnen Institutionen hinaus. Die Artikel in diesem Heft von «Managed Care» machen Mut, denn sie zeigen, dass bei uns bereits Fortschritte im Chronischkrankheits-Management zu verzeichnen sind. Solche Beispiele sollen dazu inspirieren, Wege zu finden, künftig den Herausforderungen aktiv zu begegnen und dadurch unser Gesundheitswesen Schritt für Schritt in Richtung eines effektiven Chronischkrankheits-Managements zu verändern.



Rebecca Spirig



Christine Vincenzi

Rebecca Spirig

PhD, RN. Extraordinaria und Leiterin Abteilung
Klinische Pflegewissenschaft,
Universitätsspital Basel

Christina Vincenzi

MNS. Assistentin und Pflegespezialistin,
Bereich Medizin, Universitätsspital Basel

SCHWERPUNKTTHEMA:
PFLEGE UND CHRONISCH KRANKE

- 5** **Die Breast und Cancer Care Nurse**
Manuela Eicher
Die Diagnose Brustkrebs löst bei den Betroffenen starke emotionale und psychosoziale Reaktionen aus. Im Inselspital Bern werden diese Patientinnen von Spezialistinnen begleitet.
- 9** **Lernen, mit der Erkrankung gesund zu leben**
Stefania Bonsack
Eine Schulung in befähigendem Selbstmanagement kann den Verlauf von chronischen Krankheiten positiv beeinflussen.
- 12** **Die Bedürfnisse der Patienten stehen im Mittelpunkt**
Christine Vincenzi, Rebecca Spirig
Das selbstregulierende Modell für Chronischkrankheits-Management bietet die Grundlage für ein vertieftes Verständnis der Erfahrungen von chronisch kranken Patienten.
- 15** **Pflegepraxis mit erweiterten Kompetenzen**
Hansruedi Stoll, Lyn S. Lindpaintner
In einem speziellen Kurs lernen Pflegende Techniken der Körperuntersuchung, um als Partner der Ärzte für die Patienten zu wirken.
- 18** **Pflegefinanzierung und Kostenwahrheit**
Hardy Landolt
Damit alle Pflegebedürftigen gleiche Versicherungsleistungen erhalten und die Möglichkeit besteht, die Pflegeform selbst zu wählen, braucht es eine Reform im Versicherungssystem.
- 20** **Die Wundsprechstunde – eine notwendige Einrichtung**
Elisabeth Rüeger-Schaad, Christine Settelen-Strub, Kurt Zogg, Gerhard Pierer, Rebecca Spirig
Mit einer interdisziplinären und wissenschaftlich begleiteten Wundsprechstunde will das Universitätsspital Basel die Versorgungsqualität von Patienten verbessern.
- 23** **Herausforderung Pflegefinanzierung**
Christine Egerszegi-Obrist
Die Kosten in der Langzeitpflege stellen eine Herausforderung dar. Umso wichtiger ist deshalb eine optimale Zusammenarbeit bei der Behandlung chronisch Kranker.

INTEGRIERTE VERSORGUNG

- 27** **Deutschland: Hausarztmodelle der zweiten Generation**
Johannes Stock, Michael Steiner, Gisela Daul
Zwei neue Hausarztmodelle in unserem Nachbarland sind ambitiös gestartet – und die Versicherten steigen ein.

GESUNDHEITSPOLITIK

- 30** **Intensivmedizin als Kostenfaktor**
Renate Bonifer
Die Intensivmediziner sind manchmal auch Gatekeeper und stehen dabei unter Kostendruck. Der einzige Weg, in der Intensivmedizin noch Kosten zu reduzieren, führt über die Qualitätssteigerung.

VERANSTALTUNGSBERICHT

- 33** **Palliative Care: Eine Haltungsänderung in der Medizin**
Brigitte Casanova
Die neuen Richtlinien zu Palliative Care waren Hauptthema an der Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Medizin.

RUBRIKEN

4	Forum Managed Care Vorschau Symposium 2007: Mehr Qualität und Patientensicherheit
26	Kolumne Qualitätsmanagement – quo vadis? – von Jürg Nyfeler, ehemaliger Präsident Swiss Society für Quality Management in Health Care.
32	Buchhinweis Brigitte Casanova Versorgungsmanagement für chronisch Kranke. Lösungsansätze aus den USA und aus Deutschland.
37	Resonanz Pflegefall als Lebensrisiko • Robuste Bauern • Schönheitsklinik statt Notfallzentrum • Auf Komfort verzichten • Pervasive Computing: Mikroelektronik im Alltag
38	Veranstaltungskalender Veranstaltungen/Weiter- und Fortbildung
40	In Kürze Günstige Geburtshäuser • Bonus-Malus in der Krankenversicherung • Zu wenig Gesundheitskompetenz • Mehr Gesundheitsinformationen ••• Vorschau: Forschungsprioritäten bei Managed Care

managed
care

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

Verlag:
Rosenfluh Publikationen AG
Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen

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

* **Ausschuss des Redaktionellen Beirats**

Betreuung des Schwerpunktthemas:
Rebecca Spirig

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

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

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

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

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

DTP und Layout:
Rosenfluh Publikationen AG, Regina Hauser

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

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

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

Einzelheft-Bestellungen bitte an das
Redaktionssekretariat

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

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

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

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



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



SYMPOSIUM FORUM MANAGED CARE 2007

ZÜRICH, WORLD TRADE CENTER, 6. JUNI 2007

MEHR QUALITÄT UND PATIENTENSICHERHEIT

MANAGED CARE ALS SCHLÜSSELFAKTOR

Im konkreten Fall ist nur das Beste gut genug! Die uneingeschränkte Zugänglichkeit, vor allem aber die Qualität der gebotenen Behandlungen und das zu erwartende «Outcome», prägen die Erwartungen der Schweizer Patientinnen und Patienten an unser Gesundheitswesen. Zudem werden immer deutlicher Fragen zur Patientensicherheit gestellt. Gemäss den aktuellen Meinungsumfragen sind das die Themen, mit welchen sich Versicherte wie auch Patientinnen und Patienten in erster Linie beschäftigen. Kosteneinsparungen, höhere Selbstbehalte oder Prämienreduktionen werden erst in Verbindung mit dem gebotenen Nutzen als wichtig erachtet.

Mit zunehmender Vielfalt und Komplexität von Behandlung und Betreuung – besonders bei chronischen Krankheiten – sind die Behandlungsqualität und die Patientensicherheit direkt vom Zusammenspiel aller Beteiligten abhängig. Es reicht daher heute nicht mehr, wenn einzelne Untersuchungen, Behandlungen und Betreuungsmassnahmen qualitativ hochstehend sind. Was zählt ist die Qualität und das Endresultat. Hier will und kann Managed Care – im Sinne von effektivem und effizienzsteigerndem Management – der Schlüsselfaktor sein.

Am Symposium 2007 werden wiederum Experten aus dem In- und Ausland neue Impulse einbringen sowie ihre Lösungsansätze und Erfahrungen im Management von Behandlungsprozessen vorstellen. Am Nachmittag bieten Ihnen die interaktiven Workshops Gelegenheit, Ihre eigenen Konzepte und Erfahrungen zur Diskussion zu stellen oder gemeinsam nach Lösungen mit dem interessierten Fachpublikum zu suchen. Parallell dazu bieten verschiedene Projektpräsentationen einen aktuellen Überblick über laufende MC-Projekte in der Schweiz.

Und auch dieses Jahr werden zwei Educational Workshops durchgeführt, die das Basiswissen zu Managed Care vermitteln.

PROGRAMMSTRUKTUR

Vormittag Keynote-Referate

- Qualität und Sicherheit: Erwartungen der Versicherten und Patienten an Leistungserbringende, Finanzierende und Regulierende
- Fehler und Critical Incidents: was kann Managed Care daraus lernen und was haben Patienten dazu zu sagen
- Prozessmanagement: die Suche nach geeigneten Instrumenten
- Patientensicherheit, Fehlerkultur und Ergebnisqualität: warum Managed Care ein Schlüsselfaktor ist

Nachmittag Erfahrungsaustausch

- Interaktive Workshops zu Managed Care, Qualität und Patientensicherheit (aufgrund aktueller Projekte)
- Educational Workshops: eine attraktive Übersicht zu Managed Care, zu MC-Organisationen und -Instrumenten
- Projektpräsentationen zu wissenschaftlichen Studien, Optimierungsprojekten oder Innovationsinitiativen

Abend Apéro und Managed-Care-Networking-Dinner

- Mit den Referenten des Symposiums und künstlerischer Umrahmung

VERANSTALTER

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

INFORMATION / ANMELDUNG: www.forummanagedcare.ch

CALL FOR ABSTRACTS

Das Forum lädt alle Interessierten ein, am Symposium 2007 ihre wissenschaftlichen Studien, Optimierungsprojekte, Initiativen oder Innovationsmassnahmen vorzustellen, welche (1) Evaluation oder Steigerung der Leistungsqualität und insbesondere des Outcomes als primäre Zielsetzung haben und (2) auf Managed-Care- bzw. Integrations-Konzepten, -Modellen oder -Instrumenten beruhen oder deren Einfluss auf Qualität evaluieren.

Der Vorstand des Forum Managed Care nimmt Zusammenfassungen (1 A4-Seite) bis zum **31. März 2007** entgegen. Entsprechende Formulare stehen unter www.forummanagedcare.ch zum Download bereit.

Die Breast und Cancer Care Nurse

Die Diagnose Krebs ist bei Betroffenen mit starken emotionalen und psychosozialen Reaktionen verbunden. Im Insepsital Bern begleitet eine pflegerische Patientenberatung Frauen mit einer gynäkologischen Krebsdiagnose während der Erkrankung.

Manuela Eicher

Krebs gehört weltweit zu den häufigsten chronischen Erkrankungen. In der Schweiz erkranken jährlich rund 4980 Frauen neu an Brustkrebs. Bei etwa 340 Frauen wird pro Jahr ein Zervixkarzinom, bei rund 820 Frauen ein Uteruskarzinom und bei etwa 700 ein Ovarialkarzinom diagnostiziert [1]. Die Diagnose Krebs löst bei ihnen und ihrem Umfeld Angst vor dem Sterben, vor Therapien und ihren Nebenwirkungen sowie dem Verlust von gewohnten Routinen aus. Dies führt zu starken Belastungen, welche die Lebensqualität der Betroffenen einschränken.

Weitreichende Entscheidungen

Gleichzeitig beginnt mit der Diagnose ein komplexer Behandlungsprozess. Da sich die Behandlungsmöglichkeiten von Krebserkrankungen gegenwärtig in hohem Tempo entwickeln, die eine entsprechende Spezialisierung der Gesundheitsberufe mit sich bringen, sind Betroffene mit einer

Vielzahl von Fachpersonen konfrontiert. Obwohl jede dieser Fachpersonen einen Beitrag zu einer möglichst optimalen Behandlung leistet, verliert die Patientin den Gesamtüberblick über die eigene Situation. Patientinnen wissen in der Regel nicht genau, an wen sie sich mit ihren Problemen wenden sollen und haben zudem die Sorge, Ärzte oder Pflegefachpersonen zeitlich zu sehr in Anspruch zu nehmen. Ebenso führen

«Obwohl jede dieser Fachpersonen einen Beitrag zu einer möglichst optimalen Behandlung leistet, verliert die Patientin den Gesamtüberblick über die eigene Situation.»

die zunehmenden Innovationen in Diagnostik und Therapie zu einem äusserst facettenreichen Krankheitsbild, sodass sich keine Standardtherapie ergibt. Vielmehr bestimmen verschiedenste Parameter, welche Konsequenzen der Tumor und dessen Behandlung für die Patientin hat. Dabei ist abzuwägen, welche Belastungen dem vermuteten Nutzen für die individuelle Lebenssituation gegenüberstehen. Daher sollte die Therapieentscheidung stets von medizinischen Fachpersonen und Betroffenen gemeinsam gefällt werden. Jedoch fühlen sich Patientinnen in dieser Situation vielfach überfordert. Mit der Diagnose konfrontiert, muss eine Patientin in kurzer Zeit weitreichende Entscheidungen fällen: Für



Manuela Eicher

welche Therapie soll sie sich entscheiden? Wenn eine Brust entfernt werden muss, soll ein Aufbau gemacht werden, oder will sie mit einer Prothese leben? Soll sie an einer bestimmten Studie teilnehmen? Wie soll sie die Diagnose ihren Kindern vermitteln? Krebs als Bedrohung und als Erkrankung bedeutet für Betroffene stets auch, mit Unsicherheit leben zu lernen.

Pflegerische Anamnese

Um diesen Anforderungen gezielt zu begegnen, wird im Brust- und Tumorzentrum (BTZ) der Frauenklinik des Universitätsspitals in Bern seit Mai 2004 eine pflegerische Patientinnenberatung angeboten. Diese Breast und Cancer Care Nurse, Insepsital (BCNI), orientiert sich an Modellen der Breast Care Nurse oder Cancer Care Nurse aus dem angloamerikanischen und skandinavischen Raum. Ihre Kernaufgabe liegt in der Begleitung von Patientinnen mit gynäkologischen Krebserkrankungen in der Phase der Behandlung. Im Folgenden werden die

ersten Phasen des Behandlungsprozesses konkreter beschrieben, um einen Einblick in das Tätigkeitsfeld der BCNI zu geben.

Der erste Patientinnenkontakt findet hier in der Regel bereits bei der Diagnosemitteilung statt. Die BCNI ist während des gesamten Gespräches mit der zuständigen Senologin beziehungsweise Gynäkologin anwesend. Sie steht der Patientin nach dem ärztlichen Aufklärungsgespräch für unmittelbare Informationsbedürfnisse zur Verfügung. Ziel dieses ersten Kontaktes ist in erster Linie die

«Der erste Patientinnenkontakt findet hier in der Regel bereits bei der Diagnosemitteilung statt.»

emotionale Unterstützung. Zusätzlich werden stets die Angebote der BCNI, insbesondere die konkreten Details der Kontaktaufnahme, erläutert. Ebenso wird eine erste pflegerische Anamnese aufgenommen. Dabei wird ein Belastungsassessment mittels Distress-Thermometer¹ [2] durchgeführt. Sofern es der Zustand der Patientin erlaubt, werden weitere anamnestische Daten erhoben, wie beispielsweise Vorerfahrungen und Kenntnisse bezüglich einer Krebserkrankung. Zu diesem Zeitpunkt ist die Erfassung von psychosozialen Fragestellungen wichtig. Beispielsweise wird abgeklärt, ob für einen bevorstehenden Spitalaufenthalt Unterstützungsangebote organisiert werden müssen. In der Regel ist bei diesen Gesprächen eine enge Bezugsperson anwesend, die in die Anamnese ebenfalls einbezogen wird. Die Erfahrung am BTZ zeigt, dass sich Patientinnen häufig innerhalb der ersten Tage nach Diagnosestel-

lung nochmals bei der BCNI melden, um Rückfragen bezüglich der Diagnose und ihrer Bedeutung zu stellen wie auch um Aspekte des bevorstehenden Spitalaufenthaltes zu klären. Damit dient das Angebot der BCNI einerseits der Verbesserung des Informationsstandes der Patientin, andererseits bietet sich ihr ein niederschwelliges Kontaktangebot.

Sichern einer optimalen Koordination

Während der Hospitalisation wird die Patientin durch Pflegefachpersonen der stationären Gynäkologie versorgt. Die BCNI hat in diesem Prozessschritt Verantwortung dafür, dass bereits erhobene anamnestische Daten den zuständigen Fachpersonen zur Verfügung stehen und eine erneute Befragung der Patientin zu bereits erhobenen Daten vermieden wird. Im postoperativen Verlauf ist die BCNI bei Patientinnen nach Entfernung der Brust für die Erstprothesenberatung zuständig. Bei Patientinnen mit komplexen psychosozialen Problemstellungen berät sie das zuständige Pflegeteam bezüglich weiterer Unterstützungsmöglichkeiten. In dieser Phase gewährleistet die

«In der Regel ist bei diesen Gesprächen eine enge Bezugsperson anwesend, die in die Anamnese ebenfalls einbezogen wird.»

Anwesenheit der BCNI die Betreuung durch eine Bezugsperson über die verschiedenen Stationen und verschiedenen Fachpersonen hinweg. Um diese Funktion wahrnehmen zu können, ist die BCNI als Mitglied des Kernteams auch am Tumorboard² anwesend. Sie vertritt dort die Interessen der Patientin bei der Berücksichtigung psychosozialer Einflussgrößen und sichert eine optimale Terminkoordination, da sie als einziges Mitglied des Kernteams sämtliche Prozessschritte der Patientin überblickt.

Nach ihrer stationären Entlassung

hat die Patientin wiederum die Möglichkeit, die BCNI telefonisch oder per E-Mail zu kontaktieren. In dieser Phase übernimmt die BCNI neben der Beratungsfunktion häufig

«Nach ihrer stationären Entlassung hat die Patientin wiederum die Möglichkeit, die BCNI telefonisch oder per E-Mail zu kontaktieren.»

auch eine Broker-Funktion, das heisst sie informiert die Patientin, wer für welche Problemstellung die beste Ansprechperson ist und organisiert die Kontaktaufnahme. Bestehen beispielsweise Fragen zu einer bevorstehenden Chemotherapie, muss sich die Patientin an den zuständigen Onkologen wenden. Bei Problemen mit der Wundversorgung sind die Pflegenden der stationären Gynäkologie zuständig. Sollte sich eine Angststörung manifestieren, muss der psychoonkologische Dienst beigezogen werden.

Diese beispielhaften Funktionen der BCNI zeigen lediglich einen Ausschnitt des Gesamtprozesses. Je nach Diagnosestellung schliessen sich weitere Prozessschritte an, die in gleicher Weise durch die BCNI begleitet werden. Sie ist bei allen wesentlichen ärztlichen Aufklärungsgesprächen (Onkologie bzw. Radioonkologie) anwesend und dient weiter als niederschwelliges Unterstützungsangebot. Aufgrund internationaler Erfahrungen wurde im BTZ beschlossen, dass die BCNI aktiv Kontakt mit der Patientin aufnimmt. Der therapeutischen Belastung angemessen, wird die Patientin mehrfach im Prozess telefonisch kontaktiert und auf aktuelle Probleme oder Fragen angesprochen. Spätestens drei Monate nach Beginn der Nachsorge findet ein abschliessendes Gespräch statt. Rezidivpatientinnen steht das Angebot der BCNI ebenfalls zur Verfügung. Bei ihnen ist die Nachfrage nach dem Angebot der spezialisierten Pflegefachfrauen besonders stark, wie bisherige Erfahrungen zeigen.

¹ Das Distress-Thermometer ermöglicht eine einfache Einschätzung der aktuellen Belastung. Patientinnen geben auf einer Skala von 0-10 an, wie stark sie sich aktuell belastet fühlen. Dabei wird auch auf mögliche Ursachen der Belastung eingegangen.

² Das Tumorboard dient in onkologischen Zentren einer multidisziplinären Abstimmung der Einschätzung der Krankheitsituation: Diagnose und Therapie werden durch verschiedene Fachpersonen eingeschätzt, diskutiert und festgelegt.

Zukunft der BCNI

Diverse Studien legen nahe, dass die Einführung von spezialisierten Pflegenden bei Patientinnen mit Brustkrebs insbesondere zu einer Verbesserung psychosozialer Patientinnen-Outcomes führt [3]. Der Nachweis des ökonomischen Nutzens von spezialisierten Pflegenden, der die Basis für eine abschliessende Finanzierung innerhalb des Gesundheitssystems liefern könnte, steht noch aus. Daher besteht in diesem Bereich dringender Forschungsbedarf.

In der Schweiz ist das Inselspital die erste Institution, welche die Breast und Cancer Care Nurse als eigenständige Fachperson in das multidisziplinäre Team eines Zentrums für gynäkologische Krebspatientinnen eingebunden hat. Die Patientinnenzufriedenheit wird durch dieses Angebot positiv beeinflusst: In einer Be-

fragung von 87 Patientinnen, die im BTZ durch die BCNI beraten wurden, gaben 87,4 Prozent an, dass sie die BCNI in jedem Falle weiterempfehlen würden. Besonders geschätzt wird die emotionale Unterstützung durch die BCNI. Neben der Familie ist diese die wichtigste Stütze zur emotionalen Bewältigung für die Patientinnen.

Daher überrascht es nicht, dass zukünftig – zumindest in der Behandlung von Brustkrebspatientinnen – spezialisierte Pflegefachpersonen vermehrt zum Einsatz kommen werden. In verschiedenen deutschsprachigen Zentren der Schweiz, zum Beispiel dem Brustzentrum am Kantonsspital Luzern, werden bereits erste Angebote durch Breast Care Nurses implementiert oder diskutiert, wie am Lindenhof Spital Bern. Auch die Ausbildung zur Breast Care Nurse ist ab 2007 in der Schweiz an der Lindenhof Schule im

Rahmen eines Nachdiplomkurses möglich³. ■

Autorin:

Manuela Eicher, MScN

Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Brust- und Tumorzentrum

Frauenklinik

Effingerstr. 102

3010 Bern

E-Mail: manuela.eicher@insel.ch

Literatur:

1. Vereinigung Schweizerischer Krebsregister: Statistics of Incidence 1981–2001, 2006. www.vskr.ch/
2. National Comprehensive Cancer Network: Practical Guidelines in Oncology: Distress Management, 2006. www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/distress.pdf
3. Eicher MR., Marquard S., Aebi S: A nurse is a nurse? A systematic review of the effectiveness of specialised nursing in breast cancer. European Journal of Cancer 2006.

³ www.lindenhof-schule.ch

Lernen, mit der Erkrankung gesund zu leben

Gutes Selbstmanagement beeinflusst den Krankheitsverlauf positiv. Die Fähigkeiten zum Selbstmanagement müssen sich die Betroffenen meist in einem langen Lernprozess aneignen. Dass eine Schulung in befähigendem Selbstmanagement sinnvoll ist, zeigt die Auswertung des Zürcher Programms Allfit. Die dort angebotenen Gruppenkurse könnten als fester Bestandteil in einer integrierten Langzeitversorgung eingesetzt werden.

Stefania Bonsack

Die Gruppe der Forscherinnen und Forscher um Kate Lorig des Stanford Patient Education Research Centers setzt mit ihrer gut dokumentierten Entwicklung und Evaluation des Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) den Standard für befähigende Selbstmanagement-Schulung [1]. Folgende Überlegungen stehen dabei im Zentrum:

1. Für gesundheitsförderliches Selbstmanagement braucht es spezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten, die erlernt werden müssen.
2. Es gibt Fähigkeiten, die für alle chronisch Erkrankten relevant

sind, so zum Beispiel Krisen bewältigen oder verständlich Hilfe anfordern. Zudem gibt es für jede Erkrankung (und jeden Menschen individuell) analog zu den Selbstmanagement-Aufgaben spezifische Fähigkeiten zu erlernen. So ist Bewegung (fast) immer zu empfehlen. Was aber mit dieser Therapie erreicht werden soll und wie sie zu gestalten ist, darf für Herzinsuffiziente, Lungenkranke oder für Menschen mit Kniearthrose nicht über einen Leisten geschlagen werden.

3. Es ist eine wichtige Aufgabe der Gesundheitsversorgung, die erkrankten Menschen beim Aneignen der notwendigen Fähigkeiten zu unterstützen.
4. Es gibt zahlreiche Lernprogramme für chronisch erkrankte Menschen. Unter anderen zeigen New-

«Die Kursteilnehmer wirkten gegenseitig aufklärend, motivierend, unterstützend und waren einander Vorbild.»

man, Steed und Mulligan [3] in ihrer Literaturübersicht, dass Gruppenkurse, welche auf Befähigung zum Selbstmanagement abzielen, gute Wirkung zeigen.

5. Befähigende Selbstmanagement-Schulung kann sich auf verschiedene Lerntheorien stützen. In der Methodik des erfolgreichen CDSMP geht es konsequent darum, die Teilnehmer zu ermutigen, sich neues Verhalten selber zu erobern. Die Teilnehmer erhalten



Stefania Bonsack

als Rüstzeug Grundlagenkenntnisse über die eigene Erkrankung und gut eingeübte Techniken zur Problemlösung, Aktionsplanung, Gesprächsführung sowie Entspannung vermittelt. Zudem werden die Teilnehmer konsequent zu Handlungserfolgen geführt, seien diese auch noch so klein.

Das Zürcher Programm Allfit

Allfit wurde als Projekt des Gesundheits- und Umweltsdepartements der Stadt Zürich von 2001 bis 2004 angeboten. In dieser Zeit nahmen 274 ältere Menschen mit chronischer Herzerkrankung, Lungenerkrankung, Rheuma oder Diabetes an den Gruppenkursen teil. Ein Kurs dauerte acht Wochen und bestand aus wöchentlich je einer zweistündigen Schulungslektion und einer Gymnastikstunde. Inhalte der Schulung waren: Bewältigung des Lebens mit chronischer Erkrankung, gesunde Ernährung, Bewegung, Entspannungsübungen, Umgang mit Symptomen und Krisen, Medikamente, Kommunikation und dabei besonders das Organisieren

ren von Hilfe (siehe *Kasten 1*). Die detaillierte Ausgestaltung richtete sich nach der jeweiligen Erkrankung und den individuellen Lernbedürfnissen der Teilnehmer. Die Leitung der Schulung hatte eine Pflegefachperson mit vertiefter Expertise in der jeweiligen Erkrankung und in Erwachsenenbildung. In diesem Programm wurde hauptsächlich nach der Methodik des CDSMP gearbeitet (siehe *Kasten 2*).

In zwei Evaluationsstudien [2] zeigte sich, was die Teilnehmer immer wieder zum Ausdruck brachten: Der Besuch von Allfit führte bei vielen unter ihnen zu einem psychischen Aufschwung und zu zahlreichen kleinen Verhaltensänderungen im

«Befähigung zum Selbstmanagement ist oft eine lang dauernde Aufgabe und gehört am sinnvollsten in die ambulante Grundversorgung.»

Umgang mit der Erkrankung. Diese Wirkung scheint vor allem über soziales Lernen zustande zu kommen: Die Kursteilnehmer wirkten gegenseitig aufklärend, motivierend, unterstützend und waren einander Vorbild. Der Vergleich mit den anderen Teilnehmern erlaubte oft eine Neueinschätzung der eigenen Situation. Der Austausch konkreter Strategien war sehr wichtig: Es scheint leichter zu sein, von anderen Betroffenen erprobte Strategien aufzunehmen, als die theoretischen Empfehlungen einer Fachperson. Die Aufgabe der leitenden Fachperson bestand deshalb vor allem darin, ein wertschätzendes Klima zu schaffen und zu gewährleisten, dass die wichtigsten Therapieempfehlungen besprochen und Fachfragen richtig beantwortet werden.

Gute Evidenzgrundlage – fehlende Finanzierung

Immer wieder gelingt es mittels randomisierten Versuchsstudien, die Wirksamkeit befähigender Selbstma-

Kasten 1

Beispiel eines Lernerfolgs für Selbstmanagement

Am «Herzkurs» des Allfit-Programms nahm eine 67-jährige Frau teil, bei der drei Jahre zuvor eine Bypass-Operation vorgenommen worden war. Sie kam mit der Überzeugung in den Kurs, dass sie in der Gesundheitsversorgung nie zu ihrem Recht komme. Im letzten Kursmodul wurde in Rollenspielen ein Notfalltelefonat geübt. Drei Monate später erzählte die Frau, dass sie wieder einen Verschluss eines Herzkranzgefäßes erlitten hatte, und den Notfalldienst anrief. Dabei erwähnte sie, wie im Kurs gelernt, die Bypass-Operation und erklärte, dass der Schmerz der gleiche sei. Daraufhin wurde sie sofort ins Unispital überwiesen, wo bereits alles für den Eingriff vorbereitet war. Das Gefäß konnte wieder durchgängig gemacht werden bevor der Herzmuskel Schaden nahm. Dazu bemerkte sie erfreut: «So viele Leute hatten sich sofort um mich gekümmert, ich fühlte mich wie eine Königin.»

Kasten 2

Die Selbstmanagement-Schulung des Stanford Patient Education Research Center

Das Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) richtet sich generell an chronisch erkrankte Menschen und findet in ambulanten Settings statt. Es wird auf Wunsch von Teilnehmern unterdessen auch unter dem Namen «healthier living – a workshop for people with ongoing health conditions» angeboten. Die Kurse bestehen aus wöchentlichen zweistündigen Lektionen in Kleingruppen und dauern sechs Wochen. Geleitet werden die Gruppen von je zwei angeleiteten Laien, die selber chronisch erkrankt sind. Unterdessen gibt es auch Tandemleitungen mit einer Fachperson aus dem Gesundheitswesen und einer Laienperson.

Die Lektionen sind nach einem genau definierten Manual zu halten, welches von der Gruppe um Kate Lorig entwickelt wurde. Aktionspläne, Problemlösungs- und Entspannungsübungen ziehen sich durch alle Lektionen. Die Kursthemen sind: Überblick über das Selbstmanagement, Wut, Angst, Frustration, Bewegung, Atmung, Ernährung, Patientenverfügung, Kommunikation, Medikamente, Therapieentscheide fällen, Depression, Information und Zusammenarbeit mit Gesundheitspersonal, Pläne für die Zukunft.

Am Patient Education Research Center, welches der medizinischen Klinik des Stanford Universitätsspitals angegliedert ist, findet seit 24 Jahren die Forschung und Weiterentwicklung des Programms statt. Ausserdem werden die Lizenzen verkauft und Kursleiter sowie Instruktorinnen und Instruktoressen für die regionale Weiterverbreitung und Ausbildung von Kursleitern, ausgebildet.

Die Kaiser Permanente, ein «integrated health care system» für etwa acht Mio. Mitglieder, nahm das CDSMP in ihr Kursangebot auf. Damit schritt die Verbreitung in den USA rasch fort: 1998 wurden etwa 750 Menschen geschult, 2002 waren es schon 2500. Die Rekrutierung ist überall sehr aufwändig. Zum Beispiel werden Menschen, die häufig zur Ärztin oder zum Arzt gehen, in deren Namen angeschrieben oder es werden in Wartezimmern Werbefilme abgespielt. Zum Gelingen brauche es einige regional gut verankerte Hausärztinnen und Hausärzte, die für das Programm einstehen [7].

nagement-Schulung zu belegen: etwa eine Verminderung der Schmerzsymptome, eine Verbesserung der Lebensqualität und der klinischen Parameter wie Langzeitzucker (HbA_{1c}) bei Diabetikerinnen und Diabetikern sowie eine Reduktion der Spital(wieder)eintritte, der Spitaltage oder Notfallkonsultationen [3]. Es sind nicht nur die Gruppenkurse, die zu guten Resultaten führen, Selbstmanagement-Schulung ist auch in der Einzelberatung oder in den Gruppenkonsultationen der medizinischen

Nachbetreuung erfolgreich [4]. Vor allem in den beiden letztgenannten Settings gibt es ausserdem deutliche Hinweise, dass Pflegefachpersonen mit vertiefter Expertise die besten Resultate erzielen [5].

Befähigung zum Selbstmanagement ist oft eine lang dauernde Aufgabe und gehört am sinnvollsten in die ambulante Grundversorgung. Idealerweise findet diese dem Spital vorgelagert statt. Aber gerade in der ambulanten Grundversorgung fehlen dafür die Finanzierungsgrundla-

gen: Weder für Gruppenkurse noch für Patientenschulung durch Pflegefachpersonen gibt es eine gesicherte Möglichkeit zur Abrechnung über die Krankenkassen. (Eine Ausnahme sind Spezialgebiete wie die Diabetesberatung, wo über den Berufsverband abgeschlossene Verträge bestehen.)

Effektive Langzeitversorgung

Das Programm Allfit hatte einige lehrreiche strukturelle Schwächen:

1. Das einmalige Wiederholungstreffen nach drei Monaten reichte nicht aus, um nachhaltig zu wirken. Mindestens ein weiteres Treffen nach einem halben Jahr wäre zu empfehlen.
2. Allfit hatte Schwierigkeiten mit der Rekrutierung der Teilnehmer. Über Zeitungsinserate konnten nur für die Kurse für Rheumakranke genügend Teilnehmer gefunden werden. Trotz Bemühungen um Spitäler, Hausärztinnen und Hausärzte gab es kaum Überweisungen. Vielleicht war dies auch so, weil Allfit ein neuartiges, an kein Versorgungsangebot angebundenes Programm war.
3. Durch die Befähigung in den Kursen wurden Therapieverbesserungen möglich. So waren zum Beispiel Diabetikerinnen und Diabetiker, die gelernt haben, ihr Insulin flexibler anzupassen, bereit, auf das Basis-Bonus-System¹ umgestellt zu werden. Dazu hätte es jedoch eine engere Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten gebraucht, denn es gelang nicht allen Teilnehmern, diese Therapieumstellungen selber einzufordern.

Diese Schwächen leiten in die Zukunft über: Ein Angebot wie Allfit

ist sehr gut vorstellbar als Teil integrierter Versorgungsangebote für chronisch erkrankte Menschen. Wegweisend sind dabei Chronic Care Models aus den USA: Schulung

«Weder für Gruppenkurse noch für Patientenschulung durch Pflegefachpersonen gibt es eine gesicherte Möglichkeit zur Abrechnung über die Krankenkassen.»

zu Selbstmanagement gehört dort selbstverständlich zur Behandlung. Lerngruppen können über längere Zeiträume die Arztkonsultationen ersetzen [6], das heisst ohne zusätzliche Kosten länger weitergeführt werden. Die kursleitenden Pflegefachpersonen sind Teil eines interdisziplinären Teams und können so laufend Therapieanpassungen diskutieren und in die Wege leiten. Die grossartige Alternative zum «herumdöckleren» an der Spitze des Eisberges, vor allem bei multimorbiden Menschen, wäre eine mit diesen Menschen gemeinsam erarbeitete, langfristige Beeinflussung des Krankheitsverlaufes durch bestmögliche Therapie und bestmöglichem Umgang mit den Erkrankungen. Gruppenkurse sind eine gute Form, diesen bestmöglichen Umgang zu erlernen. ■

Autorin:

Stefania Bonsack

Pflegefachfrau HF, MSN

Projektleitung Zürcher Prävention

im Alter

Stadtärztlicher Dienst Zürich

Walchestr. 3 I/33

Postfach

8035 Zürich

E-Mail: s.bonsack@bluewin.ch

Literatur:

1. Die zahlreichen Publikationen der Gruppe um Kate Lorig sind unter <http://patienteducation.stanford.edu/bibliog.html> zu finden.
2. Bonsack, S., Spirig, R., Baldegger E. und Wettstein A.: Resultate der qualitativen Evaluation von Allfit – einem Schulungs- und Bewegungsprogramm für chronisch kranke ältere Menschen: Die Wirkungsweise aus der Sicht von Teilnehmenden an Diabetes- oder Rheumakursen. *Pflege* 2006; 19, 244–250. Eine ausführliche Darstellung der Erfahrungen aus dem Projekt Allfit anhand der Rheumakurse und deren quantitativer Evaluation findet sich in Nr. 4 der Zürcher Schriften zur Gerontologie, die Ende dieses Jahres erscheinen wird.
3. Newman, S., Steed, L. and Mulligan, K.: Self-management for chronic illness. *The Lancet* 2004; 364, 1523–1537.
4. Trento, M., Passera, P., Bajardi, M., Tomalino, M., Grassi, G., Borgo, E., Donolla, C., Cavallo, F., Bondonio, P. and Porta, M.: Lifestyle intervention by group care prevents deterioration of type 2 in diabetes: a 4year randomized controlled clinical trial. *Diabetologia* 2002; 45(9): 1231–39.
5. Leveille, S.G., Wagner, E.H., Davis, C., Grotthaus, L., Wallace, J., LoGerfo, M. and Kent, D.: Preventing disability and managing chronic illness in frail older adults: a randomized trial of a community based partnership with primary health care. *Journal of the American Geriatrics Society* 1998; 46, 1191–1198.
6. Sadur, C. N., Moline, N., Costa, M., Michalik, D., Mendlowitz D. et al.: Diabetes management in a health maintenance organization. *Diabetes Care* 1999; 22, 2011–2017.
7. Lorig, K., Hurwicz, M.L., Sobel, D., Hobbs, M. and Rotter, P.L.: A national dissemination of an evidence-based self-management program: a process evaluation study. *Patient Education and Counseling* 2003; 59, 69–79.

¹ Bei diesem System besteht ein Teil der Insulin-Behandlung aus einer festen Dosis zu festen Zeiten, der andere Teil wird flexibel den Blutzuckerwerten und der geplanten Ernährung und Bewegung angepasst.

Die Bedürfnisse der Patienten stehen im Mittelpunkt

Das selbstregulierende Modell für Chronischkrankheits-Management (SMCM) bietet die Grundlage für ein vertieftes Verständnis der vielschichtigen Erfahrungen von chronisch kranken Patientinnen und Patienten. Es soll Professionellen dabei helfen, die Patienten als Partner wahrzunehmen und gemeinsam mit ihnen angepasste Pflegeinterventionen zu entwickeln.

**Christine Vincenzi,
Rebecca Spirig**

Chronische Krankheiten nehmen weltweit dramatisch zu [1]. Auch in Schweizer Akutspitälern werden zunehmend chronisch kranke Patienten behandelt. Dies illustriert eine Analyse der Austrittsberichte der medizinischen Abteilungen des Universitätsspitals Basel an einem zufällig gewählten Stichtag (27. 6. 2005): Die Ärzte stellten durchschnittlich vier Diagnosen pro Patient (n = 90) (Range 1–10) [2]. Dies weist darauf hin, dass ein grosser Anteil dieser Patienten an mindestens einer chronischen Krankheit leidet, denn typischerweise ziehen chronische Krankheiten weitere Krankheiten nach sich, was zu Mehrfachdiagnosen führt [3].

Ein angepasstes Modell für Pflegende

Ein effektiver Umgang mit chronischer Krankheit erfordert die verstärkte Zusammenarbeit von Patienten und Mitarbeitenden des Gesundheitswesens wie auch der einzelnen Disziplinen innerhalb des Gesundheitswesens [4]. Damit die Pflegenden ihren Anteil an der Versorgung kompetent wahrnehmen können, braucht es ein differenziertes Verständnis darüber, wie Patientinnen und Patienten ihre chronische Krankheit erleben, verarbeiten und welche Faktoren dazu beitragen, dass sie sich im Umgang mit ihrer Krankheit engagieren.

Das selbstregulierende Modell für Chronischkrankheits-Management bildet die vielschichtige Dynamik beim Management von chronischen Krankheiten ab. Es handelt sich um eine Weiterführung des Self-regulatory HIV/AIDS Symptom Management Model (SSMM-HIV) [5], entwickelt anhand von Patienten- und Expertengesprächen sowie vielfältiger Literatur. So zeigte ein vertiefter Austausch mit erfahrenen Pflegenden, dass der Schwerpunkt von Pflegeassessments eher bei den Patientenbedürfnissen liegt, während Ärzte den Erfolg ihrer Behandlungen mit dem Rückgang von Symptomen beschreiben [6]. Für Patienten wiederum hängt die Wirksamkeit einer Behandlung davon ab, wie umfassend ihre Gesundheitsbedürfnisse abgedeckt werden. Um Pflegenden ein angepasstes Modell anbieten zu können, wurde im Rahmen eines Projekts zur Entwicklung von Eintrittsassessments für Menschen mit einer oder mehreren chronischen Krankheiten das bestehende SSMM-

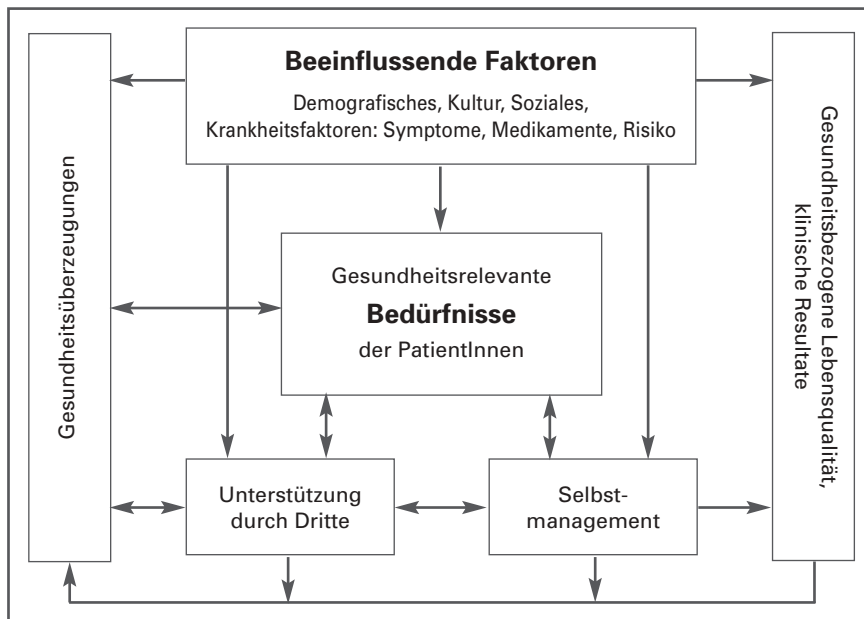


Christine Vincenzi



Rebecca Spirig

HIV zum selbstregulierenden Modell für Chronischkrankheits-Management (SMCM) weiterentwickelt. Das SMCM beruht auf einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit von Patienten und ihren Angehörigen mit Mitarbeitenden des Gesundheitswesens [7]. Dahinter steht die Erkenntnis, dass das Verständnis von Patientenerfahrungen eine grosse Bedeutung für den Behandlungserfolg hat [5].



Basler Modell für Chronischkrankheits-Management

Die einzelnen Konzepte des Modells

■ **Selbstregulation:** Dieses Modell zeigt, wie Gesundheitsüberzeugungen, Bedürfnisse und deren Befriedigung durch Selbstpflege und Unterstützung durch Dritte sowie weitere Faktoren miteinander verknüpft sind. Selbstregulation bezeichnet die Verbindung zwischen Krankheitserfahrungen und den Zielen der laufenden krankheitsbezogenen Arbeit [8]. Ausserdem bezeichnet dieser Begriff die Aktivität von Patienten im gesamten Krankheitsmanagement.

■ **Bedürfnisse:** Mit dem partnerschaftlichen Ansatz stehen die Patientenbedürfnisse und deren Befriedigung durch Selbstpflege und Unterstützung durch Dritte im Zentrum des Modells. Eine Literaturanalyse macht deutlich, dass es keine allgemein akzeptierte Definition von «Bedürfnis» gibt. Im SMCM wurden die Bedürfnisse nach Maslows Hierarchie der Vordringlichkeit von Bedürfnissen konzeptualisiert. Nach diesem Verständnis ist es wenig sinnvoll, einzelne Bedürfnisse zu definieren. Vielmehr sollten Bedürfnisse zu Gruppen wie zum Beispiel «physiologischen Bedürfnissen» oder «Sicherheitsbedürfnissen» zusammengefasst werden [9]. Gemäss Maslow sind sich Menschen ihrer Bedürfnisse nicht umfassend bewusst. Da-

her prägen sowohl bewusste wie unbewusste Anteile das menschliche Verhalten. Weitere Einflussfaktoren sind die Beziehungen zu anderen Menschen, die spezielle Situation des Betroffenen und das Kräftefeld seiner Umgebung. Weiter betont Maslow, dass ein umfassendes Verständnis angestrebt werden soll, statt dass man die einzelnen Faktoren einzeln betrachtet [9].

■ **Selbstmanagement:** Es bezeichnet die Art, wie Personen sich mit Handlungsweisen befassen, um Krankheiten zu behandeln, ihnen vorzubeugen oder sie zu therapieren (Ory et al., zitiert in [10]). Bei chronischen Krankheiten bezieht sich dieser Begriff auf Aktivitäten von Personen, um Ordnung, Disziplin und Kontrolle in ihr Leben zu bringen [11]. Deshalb hilft Selbstmanagement solchen Patientinnen und Patienten, ihr Wohlbefinden im Fokus zu behalten [12]. Das SMCM macht deutlich, dass das Selbstmanagement – im Idealfall komplementär ergänzt durch Unterstützung Dritter – in wechselseitiger Beziehung steht zu den Bedürfnissen, den Resultaten des Krankheitsmanagements und den Krankheitsbildern.

■ **Unterstützung durch Dritte:** Diese Form der Unterstützung umfasst die Hilfe von Personen aus dem Privatleben, wie Familie, Freunde, Nach-

barn, Personen aus dem Berufsleben, wie Vorgesetzte und Kollegen, aber auch Mitarbeitende des Gesundheitswesens [13]. Die Unterstützung selbst kann aus emotionalem Support, Übernahme von Tätigkeiten des Selbstmanagements, wie auch Bestärkung, Information, Hilfsmitteln und finanziellen Mitteln bestehen [14].

Weitere Konzepte

Auch wenn der Schwerpunkt des Modells bei den Bedürfnissen und deren Befriedigung liegt, kommt den Faktoren, welche das Zusammenspiel der Konzepte beeinflussen (Gesundheitsüberzeugungen und Patientenresultate) eine bedeutende Rolle zu für das umfassende Verständnis des Krankheitserlebens.

Zu den beeinflussenden Faktoren gehören der persönliche Hintergrund wie Alter, Geschlecht, Ethnie, Schul- und Ausbildung, das kulturelle Umfeld, zentrale Aspekte der Krankheit, wie Symptome, Medikamente und allfällige Folgeerkrankungen. Deren Behandlung und der Zugang zu relevanten Informationen sowie die mit der Lebenssituation verbundenen Rollenerwartungen, welche die Wahlmöglichkeiten begrenzen, spielen ebenfalls eine wichtige Rolle [5, 15].

Gesundheitsüberzeugungen prägen Krankheitserfahrungen häufig stärker als die Krankheit selbst [16]. Es sind Überzeugungen bezüglich der Diagnose, Ursache und Prognose der Krankheit sowie die bisherigen Erfahrungen mit therapeutischen Massnahmen, die zu bestimmten Gesundheitsüberzeugungen führen. Dazu gehören auch Erlebnisse mit Angehörigen und Professionellen beim Krankheitsmanagement und die Auswirkungen der Krankheit auf das Leben der Patienten. Im Gegensatz zu Wahrnehmungen und Gedanken sind Gesundheitsüberzeugungen wesentlich stabiler und schwieriger zu beeinflussen.

Die Resultate im Umgang mit chronischer Krankheit können auf zwei Ebenen betrachtet werden. Auf der objektiven Ebene stehen die Indikatoren der Krankheit im Vordergrund, wie etwa Blutwerte, Lungkapazität oder Bewegungsradius.

Auf der subjektiven Ebene ist es die gesundheitsbezogene Lebensqualität, zu der die Einschätzung der gegenwärtigen Lebenssituation aufgrund der physischen, mental/kognitiven und sozialen Funktionstüchtigkeit durch die Patienten selbst zählt [5].

Praxisrelevanz des Modells

Das selbstregulierende Modell für Chronischkrankheits-Management zeigt die Dynamik, die engen Verbindungen und die gegenseitige Beeinflussung der einzelnen für das Management relevanten Konzepte. Eine Anpassung des Modells an den Pflegealltag kann allen Beteiligten helfen, die Bedürfnisse und die relevanten Einflussfaktoren zu erkennen. So kann ein Assessment mit diesem Modell im Hintergrund helfen, mit den Patienten gemeinsam Prioritäten im Umgang mit der Krankheit zu setzen und Pflegeinterventionen an die individuelle Situation, das Umfeld wie auch an die Ressourcen des Gesundheitssystems anzupassen.

Wie eng verwoben diese Konzepte sind und wie stark sich ein angemessenes Management chronischer Krankheiten in der Praxis auswirkt, zeigen die Resultate einer Studie über gebrechliche ältere Menschen, die noch zu Hause leben [17]. In dieser Studie wurden die gesundheitlichen Folgen von ungedeckten Bedürfnissen untersucht. Im Rahmen eines multidisziplinären Programms zur Deckung medizinischer, psychosozialer und ADL¹-Bedürfnisse wurden bei 2943 Menschen demografische und medizinische Daten sowie solche der Bedürfnisdeckung und der Inanspruchnahme von professioneller Hilfe erhoben. Die Daten wurden sechs Monate vor Programmeginn und sechs respektive zwölf Wochen danach ausgewertet. Die Analyse zeigt, dass ungedeckte Bedürfnisse negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Doch wenn diese Bedürfnisse durch das multidisziplinäre Programm abgedeckt werden, pendelt sich nach sechs bis zwölf Wochen das Bean-

spruchen von weiterer Hilfe ein, und zwar auf das Niveau der gebrechlichen älteren Menschen, deren Bedürfnisse bei Eintritt in das Programm bereits abgedeckt waren [17]. Die Studie deutet darauf hin, dass auf Bedürfnisse zugeschnittene Interventionen in einem interdisziplinären Team die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten entscheidend verbessern und zudem die Kosten für das Gesundheitswesen senken können. Der vielschichtige Ansatz des hier vorgestellten SMCM kann auch helfen, relevante Aspekte im Umgang mit chronischer Krankheit zu berücksichtigen. Denn Pflegende nehmen eine zentrale Stellung im effektiven Management chronischer Krankheiten ein [18]. Ausserdem kann dieses Modell Pflegende unterstützen, diese wichtige Aufgabe professionell und umfassend wahrzunehmen. ■

Autorinnen:

Christine Vincenzi

MNS, Assistentin und Pflegespezialistin, Bereich Medizin Universitätsspital Basel und Abteilung Klinische Pflegewissenschaft, Universitätsspital Basel

Marktgräflehof

Hebelstrasse 10

4031 Basel

E-Mail: CVincenzi@uhbs.ch

Rebecca Spirig

PhD, RN, Extraordinaria und Leiterin Abteilung Klinische Pflegewissenschaft Universitätsspital Basel

Marktgräflehof

Hebelstrasse 10

4031 Basel

E-Mail: rspirig@uhbs.ch

Literatur:

1. World Health Organization, Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action: Global Report. Noncommunicable Diseases and Mental Health, ed. WHO. Vol. WHO/NMC/CCH/02.01. 2002, Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data
2. Althaus, B., Anzahl Diagnosen im Austrittsbericht von Patienten der medizinischen Kliniken am Stichtag 27.6.2005. Tabellarische Zusammenstellung. 2005, Universitätsspital Basel: Basel.

3. Bengoa, R., Health System Policies and Operations World Health Organization. In Vorlesungsreihe: Leben mit Gesundheitsproblemen 2005. Universität Basel, Institut für Pflegewissenschaft, Basel.
4. Scott, J.C., et al., Effectiveness of a group outpatient visit model for chronically ill older health maintenance organization members: a 2-year randomized trial of the cooperative health care clinic. *J Am Geriatr Soc*, 2004. 52(9): 1463-70.
5. Spirig, R., et al., Symptom Management in HIV/AIDS: Advancing the Conceptualization. *Advances in Nursing Science* 2005. in press.
6. Asadi-Lari, M., C. Packham, and D. Gray, Is quality of life measurement likely to be a proxy for health needs assessment in patients with coronary artery disease? *Health Qual Life Outcomes*, 2003. 1(1): 50.
7. Bodenheimer, T., et al., Patient self-management of chronic disease in primary care. *Journal of American Medical Association*, 2002. 288(19): 2469-2475.
8. Leventhal, H., M. Diefenbach, and E.A. Leventhal, Illness Cognition: Using Common Sense to Understand Treatment Adherence and Affect Cognition Interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 1992. 16(2): 143-163.
9. Maslow, A.H., Motivation und Persönlichkeit. 9te ed. rororo Sachbuch. 2002, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.
10. Arcury, T.A., et al., Complementary and alternative medicine use as health self-management: rural older adults with diabetes. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 2006. 61B(2): S62-S70.
11. Kralik, D., et al., Chronic illness self-management: taking action to create order. *J Clin Nurs*, 2004. 13(2): 259-67.
12. Lorig, K.R. and H. Holman, Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med*, 2003. 26(1): 1-7.
13. Prins, J.B., et al., Social Support an the Persistence of Complaints in Chronic Fatigue Syndrome. *Psychotherapie and Psychosomatics*, 2004. 73(3): 174-182.
14. Berkman, L.F., et al., From social integration to health: Durkheim in the new millenium. *Social Science Medicine* 2000. 51(6): 843-857.
15. Rieker, P.P. and C.E. Bird, Rethinking gender differences in health: why we need to integrate social and biological perspectives. *Journals of Gerontology: SERIES B*, 2005. 60B(Special Issue II): 40-47.
16. Wright, L.M., W.L. Watson, and J.M. Bell, Beliefs: the heart of healing in families and illness. 1996, New York: Basic Books.
17. Sands, L.P., et al., Rates of Acute Care Admissions for Frail Older People Living with Met Versus Unmet Activity of Daily Living Needs. *Journal of The American Geriatrics Society*, 2006. 54(2): 339-344.
18. Bodenheimer, T., K. MacGregor, and N. Stothart, Nurses as leaders in chronic care. *British Medical Journal*, 2005. 330(7492): 612-613.

1 ADL: Activities of daily living, gemeint sind Grundbedürfnisse wie Essen, Trinken, Schlafen, Sexualität.

Pflegepraxis mit erweiterten Kompetenzen

Pflegende können zu mehr Effizienz in der medizinischen Behandlung beitragen, wenn sie fähig sind, klinische Assessments systematisch durchzuführen und mit einem professionellen Wortschatz zu kommunizieren. In einem Kursangebot lernen sie zum Beispiel Techniken zur Körperuntersuchung, um so als Partner der Ärzte und anderer Mitarbeitenden im Gesundheitswesen für die Patienten zu wirken.

**Hansruedi Stoll,
Lyn S. Lindpaintner**

Kranken Menschen Sicherheit zu gewähren und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen gehört zu den wesentlichen Aufgaben der Pflege. Ihre Rolle hat sich im Laufe des 20. Jahrhunderts massiv verändert, denn der immer höhere Anteil von Menschen, welche an chronisch verlaufenden Krankheiten leiden, stellt den Pflegeberuf vor neue und grosse Herausforderungen. So werden Pflegende im Arbeitsalltag mit zunehmend komplexen klinischen Situationen konfrontiert. Um selbstständig zu einem differenzierten klinischen Urteil zu kommen, müssen sie heutzutage

in der Lage sein, Patienten zu befragen und zu untersuchen.

Vermehrte Autonomie

Mit der Absicht, die Pflege chronisch Erkrankter zu verbessern, wurde das Klinische Assessment¹ analog zu den angelsächsischen Ländern als fester Bestandteil der Ausbildung am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel etabliert. Während des Studiums lernen die Studierenden in Vorlesungen und bei anschliessenden gegenseitigen Untersuchungen zum Beispiel, die Normalbefunde der wichtigsten Körper- und Organsysteme systematisch zu erkennen und mit einem professionellen Wortschatz zu beschreiben. Dabei geht es nicht um die Positionierung von ärztlichen und pflegerischen Kompetenzen. Doch wird bewusst zur Kenntnis genommen,

«Einschätzungen des Körperzustands gelten als wichtige Informationsquelle, und sind deshalb als zentraler Bestandteil eines Assessments zu verstehen.»

dass sich die Aufgabenbereiche von Pflegenden und Ärzten überschneiden, beispielsweise wenn es darum geht, die Zeichen einer klinischen Zustandsverschlechterung rasch zu erfassen. Im Kurs «Klinisches Assessment und Kommunikation» lernen die Pflegenden deshalb, als Partner der Ärzte die gleiche Sprache zu sprechen. Ziel ist sowohl



Hansruedi Stoll



Lyn S. Lindpaintner

eine verbesserte Zusammenarbeit als auch eine vermehrte Autonomie der Pflegenden, um bessere Patientenergebnisse zu erreichen. Einschätzungen des Körperzustands

¹ Umfassende klinische Assessments von Patienten beziehen verschiedenste Dimensionen wie etwa den physischen oder sozialen Status ein. Sie beinhalten einerseits die Befragung, die Körperuntersuchung und, wenn indiziert, die Anwendung validierter Instrumente, wie auch systematisches, kritisches Denken, um Pflegeprioritäten differenziert zu setzen.

gelten als wichtige Informationsquelle, und sind deshalb als zentraler Bestandteil eines Assessments zu verstehen. Die Körperuntersuchung bietet nebst der Befragung die Grundlage für eine professionelle Beurteilung des Gesundheitszustandes von Patienten.

Erfassen des Pflegebedarfs

In der Schweiz ist die strukturierte Pflegebedarfserfassung seit einigen Jahren breit etabliert. Dabei werden Patienten und Angehörige zur Krankheit und deren Auswirkungen im Alltag befragt. Ebenso wird erhoben, welche Möglichkeiten und Grenzen die Patienten und ihr soziales Netz haben, damit weitere Hilfe gezielt eingesetzt werden kann. Die Körperuntersuchung dagegen ist im deutschsprachigen Raum bislang nicht in die Ausbildung von Pflegenden integriert. Gelegentlich sind symptom- oder risikobezogene Körperuntersuchungen durch Pflegenden anzutreffen: Beispielsweise wenn Pflegenden nach einer Schmerzanamnese den betroffenen Körperteil auf Entzündungszeichen oder allfällige Bewegungsdefizite hin untersuchen, oder noch häufiger, wenn sie den Grad der Blasenfüllung perkutieren, um zu entscheiden, ob eine Katheterisierung nötig ist. Am selbstverständlichsten aber sind das Registrieren der Vitalzeichen mittels Stethoskop, Fühlen des Pulses, Beobachten der Atemfrequenz und Messen der Körpertemperatur. Zur Körperuntersuchung gehören also klassischerweise folgende Techni-

«Die Körperuntersuchung dagegen ist im deutschsprachigen Raum bislang nicht in die Ausbildung von Pflegenden integriert.»

ken: Inspektion der Haut oder der Schleimhäute beispielsweise, Auskultation (Abhören mit dem Stethoskop) der Darm- oder Atemgeräusche, Perkussion der Blase oder Palpation des Leberendes. Bei feh-

lender Ausbildung ist ein Assessment durch Pflegenden jedoch wenig systematisch und erlaubt selten ein klinisches Urteil über den Gesundheitszustand eines Patienten.

Ein Praxisbeispiel

Ein Beispiel aus der Praxis erläutert Sinn und Zweck des klinischen Assessments: Eine Pflegefachfrau der Spitex besuchte die Patientin J. K. zu Hause. Das Erstgespräch ergab folgende Daten:

Anamnese: Frau J. K., 65-jährig, mit diagnostiziertem Hirntumor und mit Opiaten behandelten Kopfschmerzen, klagt über Erbrechen seit meh-

«Aufgrund der Befragung und der Körperuntersuchung kann die Pflegenden dem Hausarzt relevante Daten systematisch und gezielt vermitteln.»

renen Tagen. Zusätzlich zu den Opiaten nimmt sie täglich Steroide ein. Sie lebt mit ihrem Mann zusammen, welcher sich grosse Sorgen macht, ob die Krankheit nun auch im Bauch Ableger gebildet hat. Frau J. K. liegt oft im Bett, hat keinen Appetit und hat deshalb ihr Abführmittel seit einigen Tagen nicht mehr eingenommen. Verneint werden Bauchschmerzen und Fieber. Letzter Stuhlgang war vor 5 Tagen.

Kommentar: Die Anamnese ist suggestiv für Erbrechen bedingt durch Obstipation. Gründe dafür sind reduzierte Ernährung, wenig Bewegung, Absetzen der verordneten Laxanzien und Einnahme von Opiaten und Steroiden. Aber Erbrechen kann auch eine akute Ursache wie Darmverschluss haben. Deshalb müssen weitere Daten erhoben werden:

Körperzustand:

■ Allgemeindruck: Müde kooperative Dame, im Bett liegend.

■ Vitale Zeichen: Temperatur 37,1 °C (Kern), Pulsfrequenz: 88/min, Blutdruck: 136/78, Atemfrequenz in Ruhe

14, kurz vor Erbrechen schneller.

■ Bauchuntersuchung: Inspektion unauffällig, ohne Narben.

■ Auskultation: Hypoaktive bis fehlende Darmgeräusche in allen 4 Quadranten. Perkussion erzeugt kein Schmerz.

■ Palpation: Der Bauch ist weich, ohne Abwehrspannung oder Loslassschmerz. Im linken Unterbauch ist eine Resistenz feststellbar, vereinbar mit Stuhl im Kolon.

Beurteilung: Hohes Risiko für Obstipation-bedingtes Erbrechen. Die hypoaktive Darmgeräusche sind vereinbar mit Opiat-induziertem paralytischem Ileus (medikamentenbedingte reduzierte Beförderung des Darminhalts) und machen einen Darmverschluss unwahrscheinlich, da ein drohender Darmverschluss mit aktiven Darmgeräuschen assoziiert ist. Der weiche Bauch ohne Abwehrspannung, Loslassschmerz und Fieber weist nicht auf akute Ursachen hin.

Behandlungsvorschlag an den Hausarzt: Hoher Einlauf und engmaschige Kontrolle des Bauches, bis das Erbrechen behoben ist.

Zuverlässige klinische Beobachtungen

Aufgrund der Befragung und der Körperuntersuchung kann die Pflegenden dem Hausarzt relevante Daten systematisch und gezielt vermit-

«Befragung und Körperuntersuchung können also zu vermehrter Autonomie der Pflegenden führen.»

eln. Sie kann bei diesem Beispiel geeignete Massnahmen ergreifen, wie den Darm rektal abführen und die Bauchuntersuchung einige Stunden später wiederholen. Zudem kann sie die Patientin und ihren Mann zum Selbstmanagement der Stuhlgangregulierung anleiten. Das Paar lernt, wann Frau K. welches Abführmittel in welcher Dosierung einnehmen muss. Gleichzeitig kann

die Pflegende Herrn K. beruhigen, dass mit grösster Wahrscheinlichkeit keine Progression der Krankheit durch Metastasen im Bauch vorliegt. Befragung und Körperuntersuchung können also zu vermehrter Autonomie der Pflegenden führen. Bisher

«Mit solchen Assessmentfertigkeiten können Pflegeleistungen optimiert und präventive Massnahmen frühzeitig eingesetzt werden.»

werden die Informationen jedoch oft unstrukturiert gesammelt und wenig verarbeitet an die Ärztinnen und Ärzte weitergeleitet. Pflegende können zu einer vermehrten Effizienz der medizinischen Betreuung beitragen, wenn sie in der Lage sind, relevante und zuverlässige klinische Beobachtungen mit einem professionellen Wortschatz zu kommunizieren. Im gegebenen Fallbeispiel kann der Hausarzt auf einen notfallmässigen Hausbesuch nur dann verzich-

ten respektive die Massnahmen der Pflegenden telefonisch genehmigen, wenn er auf zuverlässige Informationen, insbesondere zur Bauchuntersuchung, zählen kann. Im heutigen System müssen Ärzte den Patienten erst selbst sehen, ehe sie Behandlungen delegieren. Das führt zu einer Verzögerung der Behandlung, einer unnötigen Aufteilung von Prozessen und dadurch zu Ineffizienzen.

Fazit

Das klinische Assessment ist von zentraler Bedeutung für die autonome Arbeit von Pflegenden und umfasst ganz unterschiedliche Bereiche innerhalb eines medizinischen Fachgebietes. Mit solchen Assessmentfertigkeiten können Pflegeleistungen optimiert und präventive Massnahmen frühzeitig eingesetzt werden. Die erweiterte und vertiefte Rolle der Pflege, (sogenannte Advanced Nursing Practice) ermöglicht eine professionelle Entwicklung der Pflegepraxis. Die oben erwähnten klinischen Kompetenzen führen zu einer Steigerung der Qualität und der Effizienz im Gesundheitswesen sowie einer Stärkung der interdisziplinären Zu-

sammenarbeit. Das erlaubt eine sinnvollere Verteilung der personellen Ressourcen, kann zu niedrigeren Morbiditäts- und Mortalitätsraten führen, und es kann eine bessere Lebensqualität der betroffenen Patienten erreicht werden. ■

Autoren:

Hansruedi Stoll RGN, MSc

ANP Onkologiepflege

Klinik Onkologie

Fachabteilung klinische

Pflegewissenschaft

Universitätsspital Basel

4031 Basel

E-Mail: HStoll@uhbs.ch

Lyn S. Lindpaintner, BA, BSN, MD

Fachärztin für Innere Medizin und

Geriatric (USA)

Lehrbeauftragte, Institut der Pflege-

wissenschaften, Universität Basel

Projektleiterin,

HMO Gesundheitsplan

Konsultantin,

Nursing and Managed Care

Development

Dürrenbergstrasse 19

4132 Muttenz

E-Mail: lyn.lindpaintner@hin.ch

managed
care

Liebe Leserin, lieber Leser,

Möchten Sie die Zeitschrift Managed Care in Zukunft regelmässig erhalten? Dann füllen Sie bitte den unten stehenden Talon aus und senden Sie ihn an: Rosenfluh Publikationen, Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen, Fax 052-675 50 61.

TALON

■ Ich abonniere «Managed Care» zum Preis von 160 Franken für ein Jahr (8 Ausgaben).

Name

Vorname

Strasse

PLZ, Ort

Pflegefinanzierung und Kostenwahrheit

Die Uneinheitlichkeit und Komplexität des schweizerischen Versicherungssystems verlangt dringend nach einer grundlegenden Reform. Es muss ein System geschaffen werden, das allen Pflegebedürftigen gleiche Versicherungsleistungen gewährt und ihnen die Möglichkeit gibt, die Pflegeform selbst zu wählen.

Hardy Landolt

Pflegebedürftigkeit ist ein soziales Risiko. Wer davon betroffen wird, ist in der Regel finanziell nicht in der Lage, die anfallenden Kosten zu tragen. Das Risiko Pflegebedürftigkeit realisiert sich vor allem im Alter, im Zeitabschnitt kurz vor dem Tod. Der kontinuierliche Anstieg der Lebenserwartung trägt deshalb in erster Linie dazu bei, dass es immer mehr Pflegefälle bei den Betagten gibt. Der medizinische Fortschritt produziert aber auch bei der jüngeren Generation immer mehr Pflegefälle. Schwerste Verletzungen nach einer Geburt, einer Krankheit oder einem Unfall führen nicht mehr zwangsläufig zum Tod. Der Betroffene überlebt die Folgen zwar dank der Spitzenmedizin, bleibt aber oft für sein gesamtes Leben schwerstpflegebedürftig. Die veränderten Sozialstrukturen, insbesondere die zunehmende Tendenz zu Kleinsthaushalten und die steigende Erwerbstätigkeit der Frauen, tragen

schliesslich dazu bei, dass der Pflegebedürftige nicht mehr von Angehörigen unentgeltlich betreut werden kann, sondern für teures Geld Dritthilfe in Anspruch nehmen muss. Die Pflegebedürftigkeit wird sich daher im Verlauf der nächsten Jahre zu einem zentralen gesellschaftlichen Problem entwickeln.

Keine eigenständige Pflegeversicherung

Die Schweiz kennt keine eigenständige Pflegeversicherung. Das heisst aber nicht, dass das Risiko der Pflegebedürftigkeit leistungsrechtlich irrelevant ist. Die Sozialversicherungen des Bundes (IV, AHV, Unfall- und Krankenversicherung, Ergänzungsleistungen) sehen unterschiedliche Pflegeversicherungsleistungen vor.

Die Hilflosenentschädigung (AHV, IV sowie Unfall- und Militärversicherung) und die Betreuungsgutschriften der AHV sind die zentralen Pflegeversicherungsleistungen. Bei der Hilflosenentschädigung besteht ein unterschiedliches Leistungsniveau. Pensionierte Personen erhalten erst bei einer mittleren oder schweren Hilflosigkeit eine Entschädigung, die sich zudem betragsmässig von der Hilflosenentschädigung der IV und der Unfallversicherung unterscheidet, während für Kinder und Jugendliche in der IV Schwerstpflegezuschläge vorgesehen sind.

Uneinheitliche Versicherungsdeckung

Daneben wird das Risiko Pflegebedürftigkeit aber von den anderen Versicherungsleistungen, insbesondere dem Heilbehandlungsanspruch der Kranken- und Unfallversicherung, ebenfalls gedeckt. Eine Ana-



Hardy Landolt

lyse zeigt, dass das Leistungsniveau je nach Sozialversicherungsbereich sehr unterschiedlich ist und zudem von der Pflegeform abhängt. Spital-, Heim-, Spitex- und Angehörigenpflege sind deshalb bei einem Unfall oder einer Krankheit nicht mit identischen Leistungen verbunden.

Spitalpflege: Diese ist in der Kranken- und Unfallversicherung zwar zeitlich unbefristet und zudem voll gedeckt, setzt aber eine medizinische Spitalbedürftigkeit voraus. Benötigt der Pflegebedürftige keine Spitalpflege, befindet sich aber aus anderen Gründen gleichwohl im Spital (so genannte soziale Spitalbedürftigkeit), endet die Leistungspflicht der obligatorischen Krankenbeziehungsweise Unfallversicherung nach einer einmonatigen Übergangsfrist, in welcher der Betreffende in ein Pflegeheim umplatziert werden muss.

Heimpflege: Wie die Spitalpflege kann diese mehrere Tausend Franken pro Monat kosten, doch sind im Bereich der Krankenversicherung nur jene Pflegeleistungen versichert, die auch im Spitexbereich gewährt

werden. Das sind Behandlungs- und Grundpflege, nicht aber Betreuung oder hauswirtschaftliche Leistungen. Im Unterschied zur Spitexpflege gilt bei der Heimpflege ein Tarifsystem mit Tages- und nicht Stundenansätzen. Bei Schwerstpflegebedürftigen bedeutet dies, dass die Heimpflege den Krankenversicherer billiger zu stehen kommt und deshalb die Wirtschaftlichkeit der Spitexpflege hinterfragt wird.

Angehörigenpflege: Dieser Bereich ist mehr als nur widersprüchlich geregelt. Obwohl volkswirtschaftlich am günstigsten, besteht bei der Krankenversicherung keine Leistungspflicht. Diese setzt voraus, dass der pflegende Angehörige anerkannter Leistungserbringer ist oder von einer Spitexorganisation angestellt wird. Dann erhält der pflegende Angehörige zwar von der Krankenversicherung keine Entschädigung, dafür aber von der Spitexorganisation einen Lohn. Demgegenüber ist in der Unfall-, Invaliden- und der Militärversicherung die Angehörigenpflege versichert. In der Unfallversicherung hängt die Versicherungsdeckung vom Umstand ab, ob die primäre Behandlung abgeschlossen ist. Zudem besteht die Leistungspflicht nur für eigentliche Behandlungspflege.

Abgerundet wird dieses «expressionsistische Gemälde» durch die subsidiäre Leistungspflicht der Ergänzungsleistungen und des kantonalen Sozialhilferechts, die ebenfalls eigenwillige Farbtupfer setzen. Das Tüpfelchen dieses Gemäldes setzen die mit der Neugestaltung des Finanzausgleichs kantonalisierten Bau- und Betriebsbeiträge für Heime und Spitexorganisationen.

Wirtschaftlichkeit

Die einschlägigen Sozialversicherungsgesetze machen die Leistungspflicht von der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit abhängig. Wie bereits angetönt, ist die Leistungspflicht der Sozialversicherer, vor allem bei der Heim- und Spitexpflege, durch Rahmentarife begrenzt. Die Krankenversicherer müssen nur die tariflichen Kosten, nicht aber die Vollkosten übernehmen. Regelmässig stellen sich die Versicherer deshalb auf den

Standpunkt, dass die (volkswirtschaftlich teurere) Heimpflege zweckmässiger beziehungsweise wirtschaftlicher sei als die (volkswirtschaftlich billigere) Spitexpflege.

Das EVG hatte deshalb in jüngster Zeit mehrfach Gelegenheit, das Verhältnis zwischen der Spitex- und der Heimpflegebedürftigkeit zu bestimmen. Für die Beurteilung der Zweckmässigkeit massgeblich sind nicht nur die medizinischen, sondern auch die individuellen Verhältnisse des Versicherten. Dazu zählen nach der Rechtsprechung insbesondere:

- grundrechtlich geschützte Interessen
- die Gefahr einer erheblichen Einbusse an Lebensqualität
- eine Beeinträchtigung der bisherigen beziehungsweise künftigen Berufsausübung oder Ausbildung
- eine drohende Verschlechterung des körperlichen und psychischen Zustandes
- Familienverhältnisse
- der Verlust eines sprachlich-kulturell intakten Umfeldes
- die Beeinträchtigung einer langfristigen Therapiekonstanz.

Die Wirtschaftlichkeit wird vom EVG nicht dann bejaht, wenn die fragliche Pflegeform die kostengünstigste ist. Massgeblich ist vielmehr, dass im Hinblick auf die Zweckmässigkeit nicht ein «grobes Missverhältnis» zwischen den Spitex- und den Heimpflegekosten besteht. Die Rechtsprechung hat es abgelehnt, eine prozentuale Obergrenze festzusetzen, bei der automatisch von einem groben Missverhältnis auszugehen wäre. Als wirtschaftlich wurden Spitexkosten bezeichnet, die 35 beziehungsweise 37 Prozent, 200 Prozent, 350 Prozent beziehungsweise 400 Prozent, nicht aber solche, die 500 Prozent der Heimpflegekosten ausmachen. Nicht schützenswert ist der blosse Wunsch, weiterhin in der privaten Wohnung verbleiben zu können, wenn die Spitexkosten das Drei- bis Vierfache der Pflegeheimkosten betragen.

Pflegeversicherungsreform ist zwingend

Die Uneinheitlichkeit und Komplexität des schweizerischen Pflegever-

sicherungssystems verlangt dringend nach einer grundlegenden Reform. Es ist dabei letztlich egal, ob man eine eigenständige Pflegeversicherung einführt oder die bestehenden Pflegeversicherungsleistungen innerhalb eines bestehenden Systems, zum Beispiel der Krankenversicherung, vereinheitlicht. Wichtig ist nur, dass ein System geschaffen wird, das allen Pflegebedürftigen gleiche Versicherungsleistungen gewährt und ihnen die Möglichkeit gibt, die Pflegeform selbst zu wählen. Damit dieses Postulat verwirklicht werden kann, ist vom derzeitigen Mischsystem abzukommen und statt der Objekt- eine ausschliessliche Subjektfinanzierung vorzusehen.

Angestrebt werden sollte ein Leistungsniveau, das nicht zu einer Sozialhilfeabhängigkeit der pflegebedürftigen Personen führt. Volkswirtschaftlich ergibt es dabei am meisten Sinn, jene Pflegeformen zu fördern, die am kostengünstigsten sind. Man sollte daher möglichst wegkommen von der teuren institutionalisierten Spital- und Heimpflege und Anreize für eine vermehrte Hauspflege schaffen. Das setzt aber nicht nur eine Reform des Leistungsrechts, sondern ein Umdenken in allen Belangen voraus. Wer zum Beispiel nicht zu Hause gepflegt werden kann, weil die Wohnung nicht rollstuhlgängig ist oder die Spitex nur zu bestimmten Zeiten zur Verfügung steht, der muss, obwohl es wenig sinnvoll ist, ins Heim. Bund und Kantone müssen deshalb die Pflegeproblematik ganzheitlich angehen. Die derzeitigen Reformschritte sind wenig ermutigend. Die «Neuordnung der Pflegefinanzierung» ist nicht der grosse Wurf, sondern bezweckt eine Verkomplizierung beziehungsweise Verlagerung der Kosten, weg von der Krankenversicherung. ■

Autor:

PD Dr. iur. Hardy Landolt

Rechtsanwalt und Lehrbeauftragter
Universität St. Gallen

Abläschstrasse 88

8750 Glarus

E-Mail: mail@hardy-landolt.ch

Die ausführliche Literaturliste zu diesem Beitrag kann auf der Website des Autors (www.hardy-landolt.ch) eingesehen werden.

Die Wundsprechstunde – eine notwendige Einrichtung

Chronische Wunden werden oft ineffizient und zu teuer behandelt, und der gewünschte Heilungserfolg bleibt aus. Mit einer interdisziplinären und wissenschaftlich begleiteten Wundsprechstunde will das Universitätsspital Basel die Versorgungsqualität von Patienten verbessern.

Elisabeth Rüeger-Schaad, Christina Settelen-Strub, Kurt Zogg, Gerhard Pierer, Rebecca Spirig

In Zusammenhang mit chronischen Krankheiten treten oftmals generalisierte Gefässprobleme auf, welche zu einem gehäuften Auftreten von schlecht heilenden, chronischen Wunden¹ führen können. Diese stellen ein grosses Problem dar, da sie nicht nur das Wohlbefinden, sondern auch die Aktivitäten des täglichen Lebens (ATLs) beeinträchtigen [1, 2, 3]. Eine verzögerte Wundheilung bedeutet auch oft einen verlängerten Spitalaufenthalt, was nicht nur unnötige Kosten verursacht, sondern auch die Lebensqualität der Patienten beeinträchtigen kann [3].

¹ Füsgen (1996) definiert eine chronische Wunde wie folgt: «Unter einer schlecht heilenden, chronischen Wunde versteht man jede Art von Wunde, welche nicht innerhalb der physiologischen Abheilungszeit von bis zu acht Wochen unter normalen medizinischen Massnahmen wieder abheilt» (S. 41).

In Deutschland wird die Zahl der Patienten mit chronischen Wunden auf 2 bis 3 Mio. geschätzt [4]; nach anderen Quellen sogar auf 4,5 bis 5 Mio. Menschen [5]. Den deutschen Krankenkassen entstehenden dadurch Kosten zwischen 4 und 5 Mia. Euro. Dies entspricht zirka 2 Prozent der gesamten Gesundheitskosten. Hinzu kommen Folgekosten in der Höhe von gut 60 Mia. Euro durch Rehabilitationsmassnahmen, Prophylaxen und krankheitsbedingte Fehltagel [5]. Für die Schweiz gibt es keine entsprechenden Zahlen.

Problemanalyse

Die Evidenz zeigt, dass eine professionelle, interdisziplinäre Betreuung von Patienten mit chronischen Wunden sehr wichtig ist. Dabei sind die Wahl der geeigneten Verbandsmaterialien sowie die regelmässige Beurteilung und Anpassung der Behandlung entscheidend für den Erfolg und die Dauer der Wundbehandlung [6]. Doch werden bestimmte Aspekte heute noch zu wenig beachtet.

■ **Fehlende Kontinuität in der Wundbehandlung:** Patienten mit chronischen Wunden treffen während der Behandlung immer wieder auf Personen, denen das Wissen über Wundheilungs-Produkte, optimale Wundaufgaben und Behandlungsmethoden fehlt. Dadurch kommt es zu «Unterbrüchen» in der Behandlung. Das bedeutet, Verbandsmethoden und Materialien werden zu früh gewechselt oder entfernt und können ihre Wirkung nicht voll entfalten, oder aber es werden inadäquate Methoden angewendet. Dies führt zu unnötigem, vorzeitigem Verbandswechsel mit

teuren Materialien und damit zu einer Verschlimmerung des Wundzustandes. Das wiederum beeinflusst die Lebensqualität der Patienten und ihren Angehörigen negativ.

■ **Fehlender Überblick bei Produkten zur Wundbehandlung:** Das immer grösser werdende Produktangebot zur Wundbehandlung stellt ein weiteres Problem dar. Mitarbeitende im Gesundheitswesen, welche sich nicht laufend über neue Produkte informieren, diese kritisch prüfen und mit bereits existierenden Produkten vergleichen, haben kaum einen Überblick über das Angebot.

■ **Fehlende Koordination bei der Wundbehandlung:** Patienten mit chronischen Wunden werden häufig von wenig vernetzten Fachpersonen behandelt. Um die Koordination in der Wundbehandlung zu verbessern, empfiehlt es sich, dass diese Fachpersonen vermehrt zusammenarbeiten.

■ **Fehlende wissenschaftliche Evaluation von Wundsprechstunden:** Schweizweit sind kaum Daten über das Wundmanagement von Patienten mit chronischen Wunden erhältlich. Benötigt werden Daten über die Heilungsrate pro Zeit, die Anzahl Betroffener und die Wirksamkeit einer Wundsprechstunde. Ebenso braucht es Aussagen über die Behandlungskosten bei chronischen Wunden.

Erwartungen der Patienten

Manche Autoren sehen in der Zentrumsbildung eine realisierbare und wirtschaftlich interessante Antwort auf die Frage, wie betroffene Patienten möglichst effizient und kostengünstig behandelt werden können: «Ein medizinisches Wundheilungs-

zentrum ist eine nicht diversifizierte Einrichtung, sowohl in der fachlichen als auch in der ökonomischen Kompetenz spezialisiert, und stellt eine Konzentration hohen fachlichen Know-hows dar. Die ökonomische Zielsetzung folgt dem Prinzip, bestimmte Krankheitsbilder effizient, kostengünstig und mit höchster Qualität zu behandeln, damit die Kosten langfristig sinken» [7]. Ein weiterer Vorteil eines Kompetenzzentrums besteht darin, dass die Behandlung der ambulanten Patienten durch speziell ausgebildete Pflegefachpersonen zeitsparend ist, da diese den Patienten kennen und erfahren sind. Durch die bessere Planbarkeit kann mehr Effizienz bei der Diagnosestellung und Beurteilung bis hin zur Behandlungsdauer erreicht werden.

Auch Patienten mit chronischen Wunden haben bestimmte Vorstellungen darüber, wie und durch wen ihre Wunden versorgt werden sollen [8]: Den Patienten ist eine personenzentrierte Wundpflege, in der die Pflegenden Interesse am Patienten zeigt und gut über dessen Situation informiert ist, wichtig. Sie wünschen sich Übereinstimmung und Kontinuität in der Betreuung und möchten als Individuum wahrgenommen sowie in die Planung einbezogen werden. Zudem ist der Einbezug sowie die Unterstützung von pflegenden Angehörigen wichtig und eine holistische Sichtweise der Betreuenden gegenüber den Betroffenen notwendig [2, 9]. Eine Wundsprechstunde bietet für diese Aspekte eine ideale Lösung und kann so den Erwartungen der Patienten und ihrer Angehörigen gerecht werden.

In Europa lässt sich seit Mitte der Neunzigerjahre eine erfolgreiche Entwicklung von Wundsprechstunden beobachten [10]. Mittlerweile gibt es auch in der Schweiz sehr gut funktionierende Wundsprechstunden. Anschauliche Beispiele, welche sich in den letzten Jahren in der deutschsprachigen Schweiz etabliert haben, sind unter anderem am Inselspital Bern, am Kantonsspital Baden (KSB) und am Spital Zofingen zu finden.

Der Start einer Wundsprechstunde

Am Universitätsspital Basel (USB) wurde 2004 das Projekt «Wundmanagement» initiiert. Die Projektarbeiten zeigten, dass ein Bedürfnis nach einer Wundsprechstunde, als einheitlich organisierte Stelle der Wundbehandlung, vorhanden war. Angelehnt an das Konzept der integrierten Versorgung von Debus, soll das Bestehen einer Wundsprechstunde die stationäre Verweildauer verkürzen und zu einer Verbesserung der Schnittstellen zwischen der stationären und der ambulanten Behandlung führen [11]. Aufgrund der aktuellen Literatur ist auch bekannt, dass interdisziplinär arbeitende Wundsprechstunden bessere Ergebnisse erzielen [6,7,12]. Deshalb erarbeitete eine interdisziplinäre Projektgruppe ein Konzept für eine ambulante Wundsprechstunde, ebenso wurde die benötigte Infrastruktur eruiert. Das Konzept definiert ein spezifisches Anforderungsprofil für Pflegefachpersonen, die als Wundexpertinnen in der Wundsprechstunde arbeiten. Beispielsweise werden eine vertiefte Pflegeausbildung und eine spezifische Weiterbildung zur Wundexpertin vorgeschlagen. Da das Projekt von Anfang an wissenschaftlich begleitet wird, muss eine der Wundexpertinnen einen Master in Pflegewissenschaft vorweisen. Das Projekt wird zudem von der Abteilung Klinische Pflegewissenschaft begleitet.

Am 27. April 2006 konnte die Wundsprechstunde ihren Betrieb aufnehmen. Zurzeit ist sie einen halben Tag pro Woche geöffnet und wird von einer Wundexpertin und einer Oberärztin geleitet. Ausgehend von aktuellen Patientenzahlen (von Jan. 05 bis Jan. 06 wurden am USB ca. 1300 stationäre Patienten mit chronischen Wunden registriert), wird mit einer künftig steigenden Nachfrage gerechnet.

Grundsätze der Wundsprechstunde

Die Wundsprechstunde ist ein Kompetenzzentrum für chronische Wunden. Die Wundbeurteilung kann sowohl während der Sprechstunde als

auch hausintern zu anderen Zeiten stattfinden. Die Wundexpertin übernimmt auch Beratungsaufgaben, die sich an Patienten, Angehörige, zuständige Pflegefachpersonen, Ärzte sowie spitalexterne Fachpersonen richten.

In der WS werden ambulante Patienten behandelt, die folgende Kriterien erfüllen:

- Die Wunde ist älter als 6 Wochen
- die Wunde benötigt eine kontinuierliche Überwachung und/oder technisch schwierige Verbände
- der Verbandswechsel erfordert eine spezielle Schmerzbehandlung.

Für die Diagnostik, Beurteilung und Behandlung von Wunden sind die zuständige Ärztin und die Wundexpertin zuständig. Für die Patienten wird ein individueller Behandlungsplan festgelegt, der Verbandswechsel durchgeführt und die Verlaufskontrollen sowie die Evaluation von Wundaufgaben und Verbandsmethoden geleistet. Die Wundexpertin empfiehlt für eine Behandlung bestimmte Produkte, die dann von der Ärztin verschrieben werden. Eine Konsultation dauert durchschnittlich 45 Minuten.

Auch können stationäre Patienten am Universitätsspital Basel und solche aus anderen Spitälern sowie spitalextern betreute Patienten behandelt werden. Intern sind dann die zuständige Pflegefachperson und der behandelnde Arzt anwesend. Damit soll die fachgerechte Anwendung der empfohlenen Verbandstechnik gewährleistet werden wie auch die ärztliche Verordnung und Unterstützung der Behandlung. Die Wundexpertinnen übernehmen zusätzlich eine beratende und ausbildende Funktion für Pflegefachpersonen, Ärzte, Spitexpfachpersonen und Angehörige.

Die Vision

Um Patienten mit chronischen Wunden effizienter, kostengünstiger und bedürfnisgerechter behandeln zu können, müssen sich Wundsprechstunden an Spitälern zu Wundheilungszentren weiterentwickeln und die regionale Zusammenarbeit koordiniert und vernetzt werden. Das Ziel ist, alle direkt und indirekt be-

teiligten regionalen Dienste durch gemeinsame Anstrengungen zu verknüpfen und so den Gesundheitszustand der betroffenen Wundpatienten zu verbessern [13].

Ein konkretes Beispiel für eine künftige Zusammenarbeit: Das USB und die Spitexdienste in Basel wenden dieselben Methoden bei der Dokumentation von Wundbehandlung an und tauschen die Informationen aus. Die Dokumentation beziehungsweise der Behandlungsplan kann dem Patienten mitgegeben werden. Es wäre auch sinnvoll, die internen Schulungen und Weiterbildungen des USB externen Diensten zugänglich zu machen. Weiter könnte von den im USB verwendeten Produkten eine Liste erstellt werden, die dann an die Hausärzte und Apotheken der Region Basel abgegeben werden. Um künftig exaktere Zahlen zu chronischen Wunden und deren Behandlung in der Schweiz zu erhalten, müssen Patienten mit chronischen Wunden konsequent und systematisch erfasst werden. ■

AutorInnen:
Diana Grywa
Master Nursing

Elisabeth Rüeger-Schaad
Dipl. Pflegefachfrau cMNS,
Ambulatorium Wiederherstellende
Chirurgie, Operative Medizin,
Universitätsspital Basel
Spitalstrasse 21, 4031 Basel
E-Mail: erueeger@uhbs.ch

Christina Settelen-Strub
Dipl. Pflegeexpertin Höfa II und
Dipl. Wundexpertin SAfW
Abteilung Klinische Pflegewissenschaft,
Universitätsspital Basel
Markgräflerhof Hebelstrasse 10
4031 Basel
E-Mail: csettelen@uhbs.ch

Kurt Zogg
Fachbereichsleiter Pflege,
operative Medizin
Universitätsspital Basel
Spitalstrasse 21, 4031 Basel
E-Mail: kzogg@uhbs.ch

Prof. Gerhard Pierer
MD, Chefarzt Wiederherstellende
Chirurgie, Plastische,
Rekonstruktive und Ästhetische
Chirurgie
Bereichsleitung Operative Medizin,
Universitätsspital Basel
Spitalstrasse 31, 4031 Basel
E-Mail: gpierer@uhbs.ch

Prof. Rebecca Spirig
PhD, RN, Abteilung Klinische
Pflegewissenschaft,
Universitätsspital Basel
& Institut für Pflegewissenschaft,
Universität Basel Markgräflerhof
Hebelstr. 10, 4031 Basel
E-Mail: rspirig@uhbs.ch

Literatur:

1. Neil JA, & Munjas BA (2000). Living With a Chronic Wound: The Voices of Sufferers. *Ostomy/Wound Management*, 46(5), 28–38.
2. Douglas, V., (2001). Living with a chronic leg ulcer: an insight into patients' experiences and feelings. *Journal of wound care*, 10(9), 355–360.
3. Persoon, A., Heinen, M. M., Van der Vleuten, C. J. M., De Rooij, M. J., Van de Kerkhof, P. C. M., & Van Achterberg, T. (2003). Leg ulcers: a review of their impact on daily life. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 341–354.
4. Augustin, M. (2003). Kostenmanagement bei chronischen Wunden. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 1, 49.
5. Kinast, F. (2003). Der Einfluss der standardisierten Diagnostik und Therapie auf den Heilungsverlauf chronischer Wunden an der unteren Extremität. Eingesehen am 15.12. 2005 auf: http://opus.bibliothek.uni-wuerzburg.de/opus/volltexte/2003/729/pdf/dissertation_kinast.pdf
6. Coerper, S., Schäffer, M., Enderle, M., Schott, U., Köveker, G., & Becker, H. D. (1999). Die chirurgische Wundsprechstunde, Ein inter-

disziplinäres, diagnostisches und therapeutisches Konzept für chronische Wunden. *Chirurg*, 70, 480–484.

7. Winkler, M., Lang, F. P., & Debus, E. S., (2004). Zentrumsbildung in der Wundheilung – Möglichkeiten der Optimierung von medizinischer und ökonomischer Effizienz. *Zeitschrift für Wundheilung*, 1, 24–28.

8. Ribu, L., (2004). How patients with diabetes who have foot and leg ulcers perceive the nursing care they receive. *Journal of wound care*, 13(2), 65–68.

9. Barrett, C.M., & Teare, J.A. (2000). Quality of life in leg ulcer assessment: patient's coping mechanisms. *British Journal of Community Nursing*, 5(11), 530–540.

10. Pfeffer, F. (2003). Eine Zwischenbilanz, Fünf Jahre Wundnetz e.V. *MedReport, Organ für ärztliche Fortbildungskongresse*, 20 (27), 3.

11. Debus, E. S., Larena, A., Daum, H., Schulenburg, B., Schäfer, E., Zorn, M., Tigges, W., & Grossfengels, W. (2004). Die Integrierte Versorgung als Zentrumsaufgabe: Ein zukunftsfähiges Modell? *Zeitschrift für Wundheilung*, 3, 90–95.

12. Kjaer, M.L., Sorensen, L.T., Karlmark, T., Mainz, J. & Gottrup, F. (2005). Evaluation of the quality of venous leg ulcer care given in a multidisciplinary specialist centre. *Journal of wound care*, 14(4), 145–150.

13. Beaglehole, R., Bonita, R., Horton, R., Adams, O., & McKee, M. (2004). Public health in the new era: improving health through collective action. *Lancet*, 363(9426), 2084–2086.

Füsgen, I., & Füsgen, I. (1996). *Chronische Wunden*. München: MMV Medizin Verlag GmbH.

Das Projekt wurde von der Firma Woundcare Solutions mit einem «unrestricted grant» unterstützt

Herausforderung Pflegefinanzierung

Der Fortschritt der Medizin, unser gutes soziales Netz, die zahlreichen verschiedenen Betreuungsmöglichkeiten tragen viel zur Selbstständigkeit von chronisch Kranken bis ins hohe Alter bei.

Dennoch sind die Kosten der Langzeitpflege eine Herausforderung für uns alle. Umso wichtiger ist es, dass alle Beteiligten in der Betreuung und Behandlung chronisch Kranker optimal zusammenarbeiten, damit eine spätere Pflegebedürftigkeit vermieden werden kann. Dabei können Ärztenetze eine wichtige Rolle spielen.

Christine Egerszegi-Obrist

In der Schweiz gibt es rund 155 000 pflegebedürftige Personen. Die meisten haben Krankheiten, die sie seit Jahren begleiten. Deshalb finden wir auch die grösste Gruppe unter den chronisch Kranken bei den Pflegebedürftigen im Alter. Ihnen muss unsere besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Etwa die Hälfte aller Pflegefälle in der Schweiz sind betagte Menschen, die stationäre Langzeitpflege- und

Betreuungsleistungen in Kranken- und Pflegeheimen sowie in Altersheimen mit Pflegeabteilungen beanspruchen. Eigentlich wäre der Bedarf an Wohn- und Pflegeplätzen für pflege- und betreuungsbedürftige Personen mit über 78 000 Betten für Betagte in 1500 Institutionen gedeckt, aber es gibt viel zu wenig Plätze für schwer demente und verwirrte Menschen.

Nur eine Minderheit lebt im Pflegeheim

Alle wollen auch im Alter möglichst lange in der vertrauten Wohnung zu bleiben. Mit der Unterstützung von pflegenden Angehörigen oder professionellen ambulanten Dienstleistungen wie Spitex, Hauspflege, Mahlzeitendienst ist das auch lange möglich. Entgegen weit verbreiteten Vorstellungen befinden sich in der Schweiz denn auch nur etwa 4 Prozent aller 65- bis 79-jährigen Menschen in Alters- und Pflegeeinrich-

«Entgegen weit verbreiteten Vorstellungen befinden sich in der Schweiz denn auch nur etwa 4 Prozent aller 65- bis 79-jährigen Menschen in Alters- und Pflegeeinrichtungen.»

tungen. Selbst bei den über 85-jährigen Menschen sind gegenwärtig 38 Prozent und bei den über 90-Jährigen 42 Prozent in stationären Langzeitpflege- und Betreuungseinrichtungen. Das Durchschnitts-



Christine Egerszegi-Obrist

alter der Heimbewohner stieg in den letzten Jahren auf 87 Jahre. Beim Eintritt ins Pflegeheim hat man generell eine schlechtere körperliche oder geistige Verfassung und braucht intensivere Pflege als früher. Man kommt häufig als medizinischer oder sozialer Notfall:

- Der Alltag kann nicht mehr bewältigt werden
- die steigende Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit verunmöglicht ein selbstständiges Wohnen: die «vier Riesen-I» schlagen zu: Immobilität, Inkontinenz, Instabilität und Intellektueller Abbau
- die Langzeitpflege löst die stationäre Akutpflegephase ab.

Es wird mehr Pflegeplätze brauchen

Heute werden etwa 75 Prozent der pflegebedürftigen alten Menschen zu Hause von ihren Angehörigen versorgt. Das wird sich als Folge eines sozialen Wandels drastisch vermindern: Kleinere Kinderzahlen pro Familie führen zu weniger pflegenden Angehörigen von alt gewordenen

Krankenversicherer	1194	BFS 2002
Hilflosenentschädigung	300	Ausgleichsfond 2000 und BVS Schätzung
EL	1074	Statistik EL, BSV 2001b
Selbstfinanzierung	2780	Aus AHV, BVG, Privatversicherung KV, Vermögensverzehr
Sozialhilfe	120	Statistik EL, BSV 2001b
Private Beiträge, Spenden	106	Gesundheitswesen BFS 2002
Objektsubventionierung	400	Gesundheitswesen BFS 2002; kantonal unterschiedlich bis gar keine
In Mio.		
5974 Mio.		(Quelle)

Eltern und Geschwistern. Weniger Eheschliessungen und höhere Scheidungsraten haben zur Folge, dass weniger Ehepartner zur Pflege da sind. Eine weiter zunehmende geografische Mobilität trennt die alt ge-

«Ohne Kosteneindämmung würden die Pflegekosten bis 2030 auf jährlich 15 Mrd. ansteigen.»

wordenen Eltern von ihren Kindern. Die verbreitete Berufstätigkeit der Frauen bis ins sechste Lebensjahrzehnt vermindert ebenso wie eine generell stärker auf Konsum ausgerichtete Grundhaltung die Zahl der Pflegenden in der Familie zusätzlich. Somit wird diese Aufgabe immer mehr von stationären und ambulanten Pflege- und Betreuungseinrichtungen übernommen werden müssen.

Aufwändigere Betreuung

Die Langzeitpflege wird in den kommenden Jahren zusätzliches Personal benötigen. Die Schaffung von Ausbildungsmöglichkeiten in allen Bildungssegmenten ist nötig. Neben der Förderung der Weiterentwicklung der Pflegeberufe darf die Wichtigkeit der Ausbildung von Assistenz- und Pflegehilfspersonen in der Geriatrie nicht vernachlässigt werden; wir dürfen die Pflegeberufe nicht «verakademisieren». Die Berufe der Betagtenbetreuerin oder der Fachangestellten Gesundheit werden an Bedeutung zunehmen. Der grosse

Anteil hochbetagter und dementer Menschen in den Heimen bringt eine Verschiebung in den Kompetenzen des Pflegepersonals vom medizinischen Bereich mehr hin zum sozialen und gerontologischen Bereich. Dies muss in den Ausbildungen berücksichtigt werden.

Heisses Eisen: Pflegefinanzierung

Wie in allen Gesundheitsbereichen steigen auch die Kosten im Langzeitpflegebereich. Durch die immer höheren Qualitätsanforderungen, durch die demografische Entwicklung sowie der Steigerung der Löhne, der Medikamentenpreise und der allgemeinen Unterhaltskosten wird diese Kostensteigerung auch in Zukunft weitergehen. Ohne Kosteneindämmung würden die Pflegekosten bis 2030 auf jährlich 15 Mrd. ansteigen.

«Die aktuelle Diskussion dreht sich leider nicht primär um die Verminderung der Kosten bei den chronisch Kranken, sondern darum, wie man diese abschieben kann.»

Die aktuelle Diskussion dreht sich leider nicht primär um die Verminderung der Kosten bei den chronisch Kranken, sondern darum, wie man diese abschieben kann. Die Krankenkassen machen eine regelrechte

«Jagd auf gute Risiken», indem sie billigere Tochterkassen gründen und dort vor allem Jungen und Gesunden gute Bedingungen offerieren. Das untergräbt die Ziele einer solidarischen Krankenversicherung, wie es das KVG für die Grundversicherung will. Es ist deshalb dringend nötig, dass der Risikoausgleich neben den Kriterien Alter und Geschlecht auch durch die Anzahl Spitaltage im vergangenen Jahr erweitert wird, wie es der Ständerat vorschlägt. Sonst werden die Kassen stark benachteiligt, die eine grosse Anzahl chronisch Kranker in ihren Reihen haben, und die Förderung der Ärztenetze bliebe toter Buchstabe, weil auch diese mit einer

«Nun braucht es vom Nationalrat eine sorgfältige Prüfung aller möglichen Finanzierungsvarianten, vor allem auch unter Miteinbezug der Möglichkeiten der Ergänzungsleistungen.»

grossen Zahl chronisch Kranker regelrecht «bestraft» würden.

Es wird immer wieder erwähnt, dass die Kassen zu viel an die Langzeitpflege zu bezahlen hätten. Das benötigt eine gründlichere Betrachtung:

Die Heimkosten betragen heute jährlich ca. 6 Mia. Franken pro Jahr (Hotellerie inkl. Pflege und Betreuung).

Davon tragen die Versicherer 1194 Mio., die Hilflosenentschädigung 300 Mio., die Ergänzungsleistungen 1074 Mio., die Sozialhilfe 120 Mio., private Beiträge und Spenden 106 Mio. und Kantone und Gemeinden 400 Mio. Der grösste Anteil aber wird von den Bewohnern selber bezahlt, nämlich 2780 Mio. Franken.

Bereits heute tragen die Privaten den grössten Kostenanteil. Das KVG sah vor, dass alle medizinisch verordneten Leistungen, ambulant und stationär, zu Hause von der Spitex wie

auch im Pflegeheim, von der Krankenversicherung abgegolten werden. Das Gesetz wurde nie richtig umgesetzt. Die Zahlungspflicht der Krankenversicherer wurde bereits 1998 durch die Einführung von Rahmentarifen für Spitex und Pflegeheime verwässert. Im Rahmen der neuen KVG-Revision will der Bundesrat noch einmal einen beträchtlichen Anteil der Pflegekosten auf die Patienten abwälzen, um die Belastung der Ver-

«In Netzwerken ist Prävention, Behandlung und Therapie in einer effizienten und optimalen Zusammenarbeit möglich.»

sicherungen um 700 Mio. zu senken. Er schlägt eine Aufteilung der Pflegekosten vor in Behandlungspflege, die voll von der Kasse bezahlt wird, und in Grundpflege, für die man nur noch einen Beitrag erhält, auch wenn sie bei schwerst Pflegebedürftigen unerlässlich ist. Zudem kann die öffentliche Hand, wegen der Beschränkung des Tarifschutzes auf den «Beitrag» der Krankenversicherer, ihre bisherigen Subventionszahlungen stark reduzieren. Das würde vor allem für die Spitex grosse Probleme mit sich brin-

gen. In der Folge müssten die Pflegebedürftigen rund die Hälfte der Grundpflegekosten selber bezahlen. Eine solche Aufteilung der Pflege ist in der Praxis undurchführbar.

Deshalb hat der Ständerat in der Herbstsession eine andere Version der Pflegefinanzierung verabschiedet, die aber auch nicht befriedigt: Die Bedarfsermittlung der zu vergütenden Pflegeleistungen und die Beiträge der Krankenversicherer sollen durch den Bundesrat festgelegt werden. Dabei soll die Kostenneutralität auf der Basis von 2007 bewahrt bleiben. Das brächte eine grosse Kostenüberwälzung auf die Patienten, und die Pflege zu Hause würde schlechter gestellt.

Nun braucht es vom Nationalrat eine sorgfältige Prüfung aller möglichen Finanzierungsvarianten, vor allem auch unter Miteinbezug der Möglichkeiten der Ergänzungsleistungen. Nötig sind aber auch gezielte Massnahmen zur Kosteneindämmung:

■ Mit verstärkter Prävention soll verhindert oder hinausgezögert werden, dass chronisch Kranke pflegebedürftig werden

■ Es gilt, die ambulanten Dienste zu fördern, weil eine hinausgezögerte Pflegebedürftigkeit im Alter Millionen sparen kann

■ Die Therapie- und Medikamentenforschung im Langzeitbereich muss vertieft und gefördert werden

■ Die Kosten müssen mit einheitlichen Kostenrechnungen vergleichbar sein, und das Bedarfserfassungssystem muss funktionieren

■ Es braucht eine altersspezifische Gesundheitsförderung (Sport, Ernährung, Hausbesuche ...).

Im Betreuen von chronisch Kranken jeden Alters bieten Managed-Care-Modelle die idealen Voraussetzungen. In Netzwerken ist Prävention, Behandlung und Therapie in einer effizienten und optimalen Zusammenarbeit möglich.

Die Bewältigung der Pflegekosten stellt eine grosse Herausforderung für die kommenden Jahre dar. Auch wenn manche Kassen anderer Meinung sind: Die Aufwendungen für die Langzeitpflege lassen sich nicht einfach auf belastende Kostensteigerungen reduzieren. Die Solidarität der Gesellschaft wird gefordert. Wir werden alle in diese Lage kommen, wenn wir nicht vorzeitig sterben. ■

Autorin:

NR Christine Egerszegi-Obrist

Mitglied der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit, SGK

Bergstr. 1

5507 Mellingen

E-Mail: ch_egerszegi@bluewin.ch

Qualitätsmanagement – quo vadis?

von **Jürg Nyfeler**,
ehemaliger Präsident Swiss Society for Quality Management in Health Care



Jürg Nyfeler

Mit dem Inkrafttreten des KVG und der dazu gehörenden Verordnung wurden den Leistungserbringern im Gesundheitswesen erstmals Vorgaben bezüglich Qualitätssicherung gemacht. Diese Vorgaben sind sehr allgemein gehalten und wenig konkret – viele Fragen über das Was und Wie blieben offen.

Seitdem ist ein Jahrzehnt vergangen, und es wäre nun sicherlich an der Zeit, innezuhalten und kritisch zu hinterfragen, was konkret all die vielen Aktivitäten und Anstrengungen in Bezug auf Qualitätssicherung und -management gebracht haben. Haben die einzelnen Organisationen und das Gesamtsystem Gesundheitswesen davon profitiert? Hat sich der finanzielle Aufwand in zusätzliche Personalressourcen und externe Berater gelohnt? Konnten mit den unzähligen Projekten nachhaltige Verbesserungen realisiert werden? Welchen Einfluss haben die staatlichen und politischen Institutionen auf die Entwicklung ausgeübt? Müssen Anpassungen und Korrekturen erfolgen?

Sehr oft wird beim Aufbau und der Entwicklung des Qualitätsmanagements darauf hingewiesen, dass dieselben Prinzipien wie in Industrie und Wirtschaft angewendet werden können. Dies unter der Prämisse, dass Spitäler und andere Leistungserbringer nicht wirklich «anders» funktionierten. Ist dem tatsächlich so? In den Kernpunkten von Qualitätsmanagement wie Prozess- und Strukturoptimierungen, Ergebnismessungen und kontinuierlichem Verbesserungsprozess sind die Ansätze sicherlich dieselben. Es muss aber daran erinnert werden, dass es Jahrzehnte gedauert hat, bis sich in der Industrie QM-Normen-Systeme wie beispielsweise ISO und das heutige Qualitätsdenken – wie dies insbesondere die Japaner vorbildlich am Beispiel von Toyota zeigen – entwickelt und etabliert haben. Dieser Vergleich macht deutlich, dass wir im Gesundheitswesen erst am Anfang stehen. Somit sind die teilweise ernüchternden Ergebnisse der QM-Entwicklung im Gesundheitswesen nicht darauf zurückzuführen, dass es an Willen, Einsicht und Engagement fehlt, sondern dass solche Veränderungen viel Zeit brauchen. Besonders wenn man an die hochkomplexen Organisationen denkt, wie dies die Spitäler nun einmal sind.

Bis heute konnten sich im schweizerischen Gesundheitswesen nur wenige Ansätze wirklich etablieren. Dazu gehören sicherlich die Outcome-Messungen, die aus dem LORAS-Projekt im Kanton Zürich entstanden sind, und die Standards der SanaCert. Daneben haben sich in kleineren Institutionen und in Teilbereichen von grösseren Spitälern wie zum Beispiel im Labor die EN-ISO-Zertifizierun-

gen beziehungsweise -Akkreditierungen durchgesetzt. Weiter benutzen viele das Selbstbewertungssystem der EFQM. Systematische Ansätze gibt es auch in Teilbereichen des Qualitätsmanagements, so beispielsweise bei der Patientensicherheit und beim Meldesystem für kritische Ereignisse (CIRS).

Der zunehmende Kostendruck und die Einführung der DRG werden die Leistungserbringer dazu zwingen, dem Qualitätsmanagement noch mehr Bedeutung beizumessen. Ziel dabei ist, dass durch erzwungene Einsparungen die Qualität nicht gefährdet wird. Die Politik und die Versicherungen werden die Leistungserbringer dazu verpflichten, die Ergebnisqualität kontinuierlich zu messen. Dabei muss sich jede Institution damit abfinden, mit anderen transparent verglichen zu werden – auch in publizierten Ranglisten.

Qualitätsmanagement wird in den Organisationen des Gesundheitswesens den gleichen Stellenwert erhalten, wie dies heute in Industrie und Wirtschaft üblich ist.

Dr. phil. II Jürg Nyfeler
Swiss Society for Quality Management
in Healthcare SQMH
SQMH-Geschäftsstelle
c/o Hansjörg Lüthi
REHAB Basel
4025 Basel
E-Mail: jnyfeler_so@spital.ktso.ch
Internet: www.sqmh.ch

Deutschland: Hausarztmodelle der zweiten Generation

Hausarztprinzip, Qualitätsanforderungen, Kooperationen und Budgetverantwortung: Zwei neue Hausarztmodelle in Deutschland sind ambitiös gestartet. Die Versicherten steigen mit ein.

**Johannes Stock¹
Michael Steiner², Gisela Daul³**

In Deutschland gibt es bis anhin nur wenige Erfahrungen mit Hausarztmodellen, obwohl das Thema nicht neu und die Idee vernünftig ist. Die AOK Baden-Württemberg als eine der grössten deutschen Krankenkassen ist hier Vorreiterin und hat zwei innovative Hausarztmodelle entwickelt: das Hausarztmodell Rhein-Neckar mit dem Ärztenetz Qualinet und das Hausarztmodell Südbaden mit dem Ärztenetz Qualitätspraxen. Beide Modelle sind Pilotprojekte einer neuen Generation von Hausarztmodellen in Deutschland und werden von der Prognos AG (Basel) wissenschaftlich begleitet. Sie integrieren die Erfolgsfaktoren, die aufgrund von Erfahrungen aus dem Ausland [1, 2, 3] und Inland [4, 5, 6, 7] formuliert wurden, und ergänzen sie mit ei-

genen Innovationen. Professionelles interdisziplinäres Netzmanagement und Verbindlichkeit für die Beteiligten sind dabei kennzeichnend. Im Unterschied zu den in Deutschland aktuellen flächendeckenden Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung [8, 9] stellt dieses Modell höhere Anforderungen an die beteiligten Hausärzte, ist weitaus verbindlicher und konsequenter aufgebaut und wird intensiver gemanagt. Im Mittelpunkt steht die qualitativ hochwertige Versorgung der Versicherten. Nach dem Start in den Jahren 2003/04 sind beide Modelle inzwischen etabliert und zeigen erste Ergebnisse⁴.

Kernelemente der neuen Hausarztmodelle

Ziel ist, die hausärztliche Versorgung zu einem bis heute in Deutschland einmaligen, ganzheitlichen Versorgungsmodell aufzubauen. Im Fokus steht der Hausarzt, dessen Rolle als erster Ansprechpartner, Lotse und Koordinator bei gesundheitlichen Problemen durch das Modell gefördert und gestärkt wird. Zu den Kernelementen des Modells zählen unter anderem:

- die Verpflichtung der Versicherten zum Hausarztprinzip
- patientenorientierte Behandlungsabläufe (rasche Terminvergabe, Patientenpass und -akte vermeiden Doppeluntersuchungen, Versichertenbefragung)
- innovative Leistungsangebote (besonderes Präventionsprogramm, besser koordinierte Rehabilitation u.a.) für die eingeschriebenen Versicherten
- besondere Qualitätsanforderungen an die teilnehmenden Hausärzte (Verpflichtung zur Behandlung nach



Johannes Stock



Michael Steiner



Gisela Daul

1 Johannes Stock ist Projektleiter im Stabsbereich Medizin des AOK-Bundesverbandes in Bonn und zuständig für die Konzeption neuer Versorgungsformen.

2 Michael Steiner begleitet als Geschäftsfeldleiter Gesundheit & Soziales der Prognos AG Basel die beiden Hausarztmodelle wissenschaftlich.

3 Gisela Daul ist Referatsleiterin Neue Versorgungsformen bei der AOK Baden-Württemberg und hat in ihrem Bereich zusammen mit den Ärztenetzen die Modelle entwickelt.

4 Zwischenbericht siehe Internet: www.aok.de/bawue/download/pdf/hausarztmodell/zwischenbericht.pdf

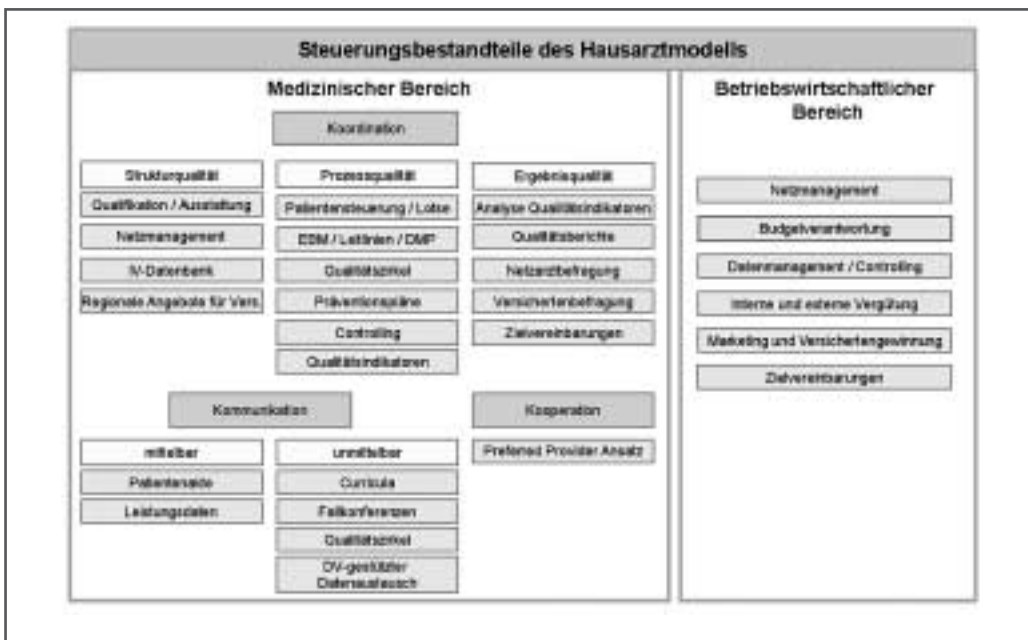


Abbildung 1: Steuerungsinstrumente der AOK-Hausarztmodelle

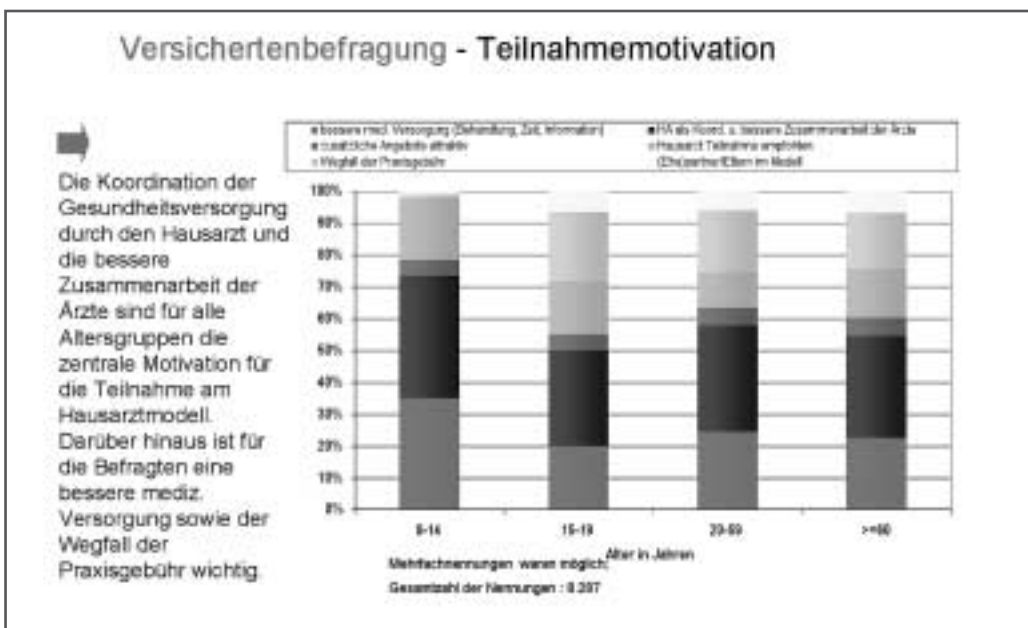


Abbildung 2: Teilnahmemotivation der Versicherten

medizinischen Qualitätsstandards, Teilnahme an Netzkonferenzen und Qualitätszirkeln)

- internes Qualitätsmanagement in der Hausarztpraxis
- Aufbau von zielgerichteten Kooperationen mit Fachärzten und anderen Leistungserbringern im Sinn der integrierten Versorgung
- schrittweise Übernahme medizinischer und Budgetverantwortung der beteiligten Ärzte
- erstmalige Vereinbarung klarer Qualitätsindikatoren.

Als Grundlage für die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit werden ein systematisches Controlling von Leistungen und Ausgaben und ein eigenes Netzmanagement aufgebaut. Damit beschränkt sich die Rolle der teilnehmenden Hausärzte nicht allein auf die Lotsenfunktion. Das Hausarztmodell stellt Steuerungsinstrumente bereit und schafft Anreize für eine übergreifende Gesundheitsversorgung der Versicherten. Die in den Hausarztmodellen angewendeten Steuerungsinstrumente

sind komplex. Die *Abbildung 1* stellt den umfassenden Ansatz dar. Dabei kann grundsätzlich zwischen medizinischen und betriebswirtschaftlichen Steuerungsinstrumenten unterschieden werden. Die medizinischen Steuerungsinstrumente sind in Koordination, Kommunikation sowie Kooperation unterteilt.

Viele eingeschriebene Versicherte, zufriedene Ärzte
 Dem Start der beiden Modelle ging eine sehr intensive gemeinsame Kon-

zeptionsphase von AOK und den Ärzten voraus. Gegenseitiges Misstrauen musste abgebaut werden, um ein konstruktives Miteinander zu ermöglichen. Die Geduld bei der Konzeption und der Erarbeitung von Lösungen zahlt sich jetzt aus. Ärzte und Krankenkasse arbeiten zunehmend Hand in Hand. Im sehr unruhigen Umfeld des deutschen Gesundheitswesens ist diese Zusammenarbeit hervorzuheben.

Die Versicherten sind schnell bei den neuen Modellen eingestiegen. Das Hausarztmodell in Südbaden hat die Versichertenobergrenze von 10000

«Ärzte und Krankenkasse arbeiten zunehmend Hand in Hand.»

bereits neun Monate nach Start des Modells erreicht. Besonders erfreulich ist, dass sich insbesondere die klassische Hausarzt Klientel in die Modelle einschreibt. Es sind vor allem chronisch kranke Rentner. Die Altersgruppe der über 60-Jährigen dominiert. Die jüngeren Versicherten, die sich einschreiben, zeichnen sich ebenfalls durch eine hohe Leistungsanspruchnahme und häufige Hausarztkontakte aus. Eine Selektion besonders günstiger Risiken, wie so oft befürchtet, bleibt somit aus.

Die Versichertenbefragung im Rahmen der Evaluation (siehe *Abbildung 2*) bestätigt das Bild in beiden Modellen. Die Befragten haben eine langjährige Bindung zu ihrem Hausarzt und erhoffen sich durch das Modell, dass die medizinische Behandlung noch besser koordiniert wird. Die finanziellen Anreize sind zweitrangig. Mehr als die Hälfte der Versicherten sagen zudem, dass sie sich mehr um ihre Gesundheit kümmern, seit sie sich ins Modell eingeschrieben haben.

Die befragten Netzärzte bewerten die Hausarztmodelle positiv. Viele Ärzte sind der Meinung, dass die Modelle die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern und die Kooperation zwischen den Leistungserbringern stärken. Auch ihre

persönlichen Erwartungen wurden erfüllt: Das medizinische Fachwissen wurde verbessert, Qualitätsstandards entwickelt und die hausärztliche Versorgung gestärkt. Noch nicht erfüllt wurde der Wunsch der Hausärzte, mehr zu verdienen oder zufriedener mit der beruflichen Tätigkeit zu sein.

Für Budgetverantwortung Capitation neu berechnet

Die beiden Modelle stehen nun da vor, medizinische und finanzielle Ergebnisverantwortung zu übernehmen. Zu Ersteren werden derzeit Qualitätsindikatoren und Zielvereinbarungen für ausgewählte Leistungsbereiche festgelegt. Für die Budgetverantwortung hat Oliver Schöffski, Professor an der Universität Erlangen-Nürnberg, im Auftrag des AOK-Bundesverbands eine Capitationformel erarbeitet, die deutlich über die meisten bisher bekannten Capitationberechnungen hinausgeht. Diese ist auf ihre Güte zur Kalkulation von Capitationbeträgen für

«Mehr als die Hälfte der Versicherten sagen zudem, dass sie sich mehr um ihre Gesundheit kümmern, seit sie sich ins Modell eingeschrieben haben.»

die Hausarztmodelle geprüft und kann auf Teilspektoren angepasst werden.

Zudem steht an, die Hausarztmodelle zu evaluieren und die Ergebnisqualität zu messen. Es soll geprüft werden, ob die medizinische Versorgung optimiert und die Wirtschaftlichkeit erhöht wurde. Um die ökonomische Ergebnisqualität zu evaluieren, werden die nach Leistungsbereichen differenzierten Leistungsanspruchnahmen im Ärztenetz, die entstehenden Behandlungskosten sowie deren Veränderung im Zeitverlauf ermittelt und zwischen der Modellgruppe und einer strukturell vergleichbaren Kontrollgruppe verglichen.

Die Hausarztmodelle der AOK Baden-Württemberg haben den Start gut gemeistert. Weiteres Management-Know-how ist gefragt, um in den kommenden Entwicklungsphasen zu bestehen. ■

Autoren:

Johannes Stock

AOK-Bundesverband,
Stabsbereich Medizin
Kortrijker Strasse 1
D-53177 Bonn
E-Mail: johannes.stock@bv.aok.de

Michael Steiner

Geschäftsfeldleiter
Gesundheit & Soziales
Prognos AG
Aeschenplatz 7
4010 Basel
E-Mail:
michael.steiner@prognos.com

Gisela Daul

AOK Baden-Württemberg,
Referatsleiterin neue
Versorgungsformen
Heilbronnerstrasse 184
D-70191 Stuttgart
E-Mail: gisela.daul@bw.aok.de

Literatur:

1. Baumann, M.; Stock, J.: Managed Care – Impulse für die GKV? Hans-Böckler-Stiftung: Graue Reihe – Neue Folge 109. Düsseldorf, 1996.
2. Baur, R. et al.: Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung in der Schweiz. Synthesebereich. Bern, 1998.
3. Stock, J. & Daul, G.: Auf diese Steine lässt es sich bauen. In: G&G Gesundheit und Gesellschaft 6/2005.
4. AOK Hessen / KV Hessen / AOK-Bundesverband: Endbericht zur Pilotphase des Hausarztmodells in Frankfurt/M. / Bad Homburg / Frankfurt / Bonn, 1999.
5. Bausch, F.; Stock J.: Arztnetze: Team ist Trumpf. In: G&G Gesundheit und Gesellschaft 3/2000.
6. Baur, R.: Arztnetze der 1. Generation, im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, 2002.
7. Lindenthal, J.: Praxisnetze der nächsten Generation. Burgdorf, 2004.
8. Vgl. bspw. Hausarztvertrag der BARMER EK (www.barmer.de);
9. Schilling, Gerhard: Warnung vor Pseudo-Hausarztmodellen. In: PrimaryCare 2006; 6: Nr. 6.

Intensivmedizin als Kostenfaktor

Wie lange soll eine Therapie weitergeführt werden?

Die Intensivmediziner sind manchmal auch Gatekeeper.

Dabei stehen auch sie unter Kostendruck. Die Qualität

zu steigern, ist der einzige

Weg, in der Intensivmedizin

noch Kosten zu reduzieren.

Interview mit Reto Stocker,

Präsident der Tarifkommission der Schweizerischen

Gesellschaft für Intensiv-

medizin.

Interview von Renate Bonifer

Die Intensivstation ist ein wesentlicher Kostenfaktor im Spital, doch ist die moderne Spitzenmedizin ohne sie undenkbar. In der Schweiz beträgt die durchschnittliche Liegedauer auf der Intensivstation nur etwas mehr als zwei Tage, in vergleichbaren Ländern wie zum Beispiel Österreich eine ganze Woche. Wir sprachen mit Reto Stocker, Professor und Leiter der Abteilung Chirurgische Intensivmedizin am Universitätsspital Zürich und Präsident der Tarifkommission der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin, über Kostenfragen und die gesundheitspolitische Rolle der Intensivmedizin in der Schweiz.

Managed Care: Herr Professor Stocker, welche Kosten verursachen die Intensivstationen im Spital?

Reto Stocker: Nach den relativ spärlich vorliegenden Daten bewegen sie sich in der Grössenordnung zwischen 10 und 20 Prozent der Spitalkosten.

MC: Das ist ein erheblicher Posten. Versuchen die Spitäler, insbesondere hier zu sparen?

Stocker: Ich denke, dass man künftig versuchen wird, auch diesen Kostenfaktor zu reduzieren. Das hat jetzt schon begonnen. Zum Teil ist das Sparen aber relativ schwierig, weil ein grosser Anteil durch Personalkosten verursacht wird und weil die Auslastung, zumindest der grossen Intensivstationen, über die Jahre immer mehr zugenommen hat. Wenn man die Prognosen aus Deutschland sieht, ist davon auszugehen, dass man in den nächsten 20 Jahren die Intensivkapazität verdoppeln muss. Das heisst, die einzige Möglichkeit Kosten zu reduzieren, besteht darin, die Qualität der Intensivbehandlung zu verbessern.

MC: Wie ist das zu verstehen? Sind noch kürzere Liegezeiten das Ziel?

Stocker: Das wäre vielleicht ein Endprodukt. Ich glaube das allerdings nicht, weil über die nächsten Jahre die Patienten aus demografischen Gründen immer komplexer werden. Ich glaube, die Qualität verbessern kann man, wenn Leute mit entsprechender fachlicher Qualität auf Intensivstationen arbeiten. Wir müssen eine Intensivmedizin betreiben, die den Kriterien der Evidence based Medicine so weit wie möglich genügen kann.



Reto Stocker

MC: Ist denn das zurzeit nicht der Fall?

Stocker: Die Intensivmedizin ist sicher eines der Fächer, das sich auch wissenschaftlich am meisten um die Evidenz bemüht. Andererseits sind die Fälle so komplex, dass viele Fragen immer noch offen sind. Zumindest in der Schweiz haben wir auf die Behandlungsqualität und die Qualitätssicherung seit je sehr viel Wert gelegt. Ob das auch in Zukunft garantiert werden kann, hängt allerdings auch davon ab, wie die Zukunftsaussichten der Intensivmediziner sind.

MC: Wie sehen Sie die Zukunftsaussichten der Intensivmediziner?

Stocker: Es wird wahrscheinlich so sein, dass auf der einen Seite die Zentrumsspitäler einen vermehrten Bedarf haben werden und dass möglicherweise ein Teil der kleineren Intensivstationen à la longue geschlossen wird, wenn sie nicht spezielle Aufgaben erfüllen können. Angesichts der Demografie und der medizinischen Entwicklung denke ich,

dass man insgesamt einen zunehmenden Bedarf an hoch qualifizierten Intensivmedizinerinnen haben wird. Auf der anderen Seite besteht eben dieser zunehmende finanzielle Druck, sodass das Verteilen des Kuchens möglicherweise auch zuungunsten der Intensivmediziner ausgehen kann, wenn wir uns hier nicht massiv wehren.

MC: *Wie wird der Kuchen zurzeit verteilt?*

Stocker: Die Kuchenverteilung ist aus unserer Sicht nach wie vor relativ schlecht geregelt. So werden intensivmedizinische Leistungen beispielsweise im Tarmed sehr schlecht bewertet, weil verschiedene Faktoren zu wenig berücksichtigt worden sind und zum Teil eben auch die Tarifierung von Leuten, die nicht aus der Intensivmedizin stammen, manipuliert worden ist. Wenn die Tarmed-Leistungs-Abgeltung in der Form, wie sie jetzt ist, in Zukunft für die Honorierung intensivmedizinischer Leistungen verwendet würde, dann sehe ich für die Zukunft der Intensivmedizin schwarz.

MC: *Aber Tarmed ist ja eigentlich kein Spitaltarif...*

Stocker: Ja, es ist eigentlich etwas Absurdes, dass wir uns als Intensivmediziner mit dem Tarmed befassen müssen. Der Tarmed ist eigentlich ein ambulanter Tarif und trotzdem im Moment der einzige Tarif, der je für die Intensivmedizin geschaffen worden ist – obwohl Intensivmedizin mit Garantie nicht ambulant betrieben werden kann. Wir befürchten aber, dass dieses Tarmed-Werk für die Intensivmedizin letztlich für die Tarifierung in anderen Systemen beigezogen wird, zum Beispiel für DRG¹ und so weiter.

MC: *Sehen Sie das DRG-System für die Intensivmedizin eher als Chance oder eher als Bedrohung?*

Stocker: Ich denke, wenn man aus den Fehlern lernt, die in Deutschland nach der Einführung des DRG gemacht worden sind, könnte das

für die Intensivmedizin durchaus auch eine Chance sein. Wenn man das nicht tut und ein DRG-System übernimmt, das die intensivmedizinischen Leistungen und andere Kostenausreisser wie zum Beispiel Implantate und sehr teure Medikamente nicht oder sehr schlecht abbildet, wird es für alle Beteiligten unangenehm. Dann wird es innerhalb der Spitäler zu einem echten Verteilungskampf um diese Fallpauschalen kommen, und die Unterdeckung zu Lasten der öffentlichen Hand und natürlich auch der Intensivmediziner wird sicher zunehmen.

MC: *Sie sind Präsident der Tarifkommission der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin. Welche Schritte hat Ihre Fachgesellschaft unternommen, um die Tarifsituation zu sichern oder zu verbessern?*

Stocker: Wir haben versucht, mit allen Partnern, die in dieser Tariffdiskussion beteiligt sind, ins Gespräch zu kommen und sie für die Anliegen der Intensivmedizin zu sensibilisieren. Im Gesamtkontext der Gesundheitskosten wird die Intensivmedizin auch in ihrer Rolle als Triageur künftig eine recht grosse Rolle spielen. Man hat uns zwar von überall her sehr viel Verständnis entgegengebracht, aber eigentlich haben wir bis jetzt im Bereich der Tarifierung praktisch noch nichts bewegen können.

MC: *Haben Sie hier für die Zukunft eher ein gutes Gefühl oder eher ein schlechtes?*

Stocker: Für die nähere Zukunft habe ich eher ein schlechtes Gefühl, und zwar einfach deshalb, weil in diesem ganzen Tummelfeld deutlich besser sichtbare Protagonisten mitspielen. Die Intensivmedizin hat sich immer vor allem darauf konzentriert, möglichst gute Arbeit zu leisten und darum zu lange Zeit die Fragen im Zusammenhang mit Tarifen vernachlässigt. Jetzt kommen wir erst als Nachzügler in die Debatte. Es besteht im Moment das absolute Bestreben, die Kosten im Gesundheitswesen zu reduzieren, und das wird relativ undifferenziert ange-

setzt. Da sehe ich kurzfristig nur wenig Chancen für uns, etwas zu beeinflussen. Wenn wir aber verständlich machen können, welche Rolle wir im gesamten Spitalkontext spielen, ist es möglich, dass man unsere Bedürfnisse langfristig etwas besser berücksichtigt. Wir werden möglicherweise noch zu extrem wichtigen Partnern auch für Gesundheitspolitiker.

MC: *Welche Rolle ist hier gemeint?*

Stocker: Heute ist es ja so, dass bei der Planung von Interventionen, gerade im Vorfeld der chirurgischen Indikationsstellung und so weiter, entweder nicht die Zeit, nicht die Möglichkeit oder nicht der Wille besteht, sich Gedanken über den Sinn der Intervention in jedem einzelnen Fall zu machen. Das heisst, dem Intensivisten kommt immer mehr auch die Rolle zu, die Diskussion zu initiieren, ob und wie lange und mit welchen Mitteln eine Therapie weitergeführt werden soll. Ich denke, das ist eine sehr wichtige Diskussion, denn wenn man sie nicht führt, wird das Gesundheitswesen in sehr kurzer Zeit absolut unbezahlbar.

MC: *Sie sehen den Intensivmediziner also als eine Art Gatekeeper in Kostenfragen?*

Stocker: Ja, das sehe ich absolut so. ■

Interview:

Dr. Renate Bonifer

Redaktorin

Rosenfluh Publikationen AG

Schaffhauserstrasse 13

8212 Neuhausen

E-Mail: renate.bonifer@rosenfluh.ch

¹ DRG = Diagnose Related Groups; auf Indikationen beruhendes Fallpauschalen-System

Versorgungsmanagement für chronisch Kranke als Prüfstein

«Die Versorgung chronisch Kranker ist in den fragmentierten Gesundheitssystemen Deutschlands und der USA zugleich Schwachstelle wie Fixierpunkt für eine grundlegende Veränderung der Gesundheitsversorgung.» An diesem Fixierpunkt haben Sophia Schlette, Franz Knieps und Volker Amelung angesetzt und legen in ihrem Buch «Versorgungsmanagement für chronisch Kranke» sieben Fallstudien zur Versorgung von chronisch Kranken vor. Drei Modelle stammen aus den USA (Kaiser Permanente, Healthways und Visiting Nurse Service Choice) und vier Projekte sind aus Deutschland (das kontinuierliche Fallmanagement der Techniker Kasse, das AOK-Brustkrebsprogramm, das Disease Management der Almeda und das von PRO DEM). Grundlage des Buches ist ein bilaterales Expertenseminar, das im Dezember 2004 in Berlin stattgefunden hat.

Die sieben Versorgungsmodelle werden beschrieben, nicht damit sie schematisch übernommen werden könnten, sondern um «die Debatte in Gang zu setzen, was wo wie funktionieren könnte», so die Herausgeber. Für sie ist die Versorgung der chronisch Kranken der eigentliche Prüfstein des gesamten Gesundheitswesens: «Qualität und Effizienz von Gesundheitssystemen werden heute und in Zukunft in erster Linie danach zu beurteilen sein, wie die Versorgung chronisch Kranker ausgestaltet ist.» Schlette, Knieps und Amelung stellen im Buch die Erkenntnisse und aufgeworfenen Fragen aus den Fallstudien in den Kontext der gesundheitspolitischen Entwicklung in Deutschland.

Zwei Beispiele für die Versorgung chronisch Kranker seien herausgepickt:

Healthways ist ein US-amerikanisches Unternehmen, welches Disease-Management-Programme in allen 50 Bundesstaaten anbietet und über 1,5 Millionen Patienten betreut. James E. Pope et al. beschreiben das Modell, welches mit seinem personalisierten und patientenbezogenen Ansatz insbesondere auch den Zweit- und Mehrfacherkrankungen Rechnung trägt. Den Zustand des Patienten überwachen, die Patienten über die Krankheit aufklären und sie bei Verhaltensänderungen unterstützen, dies sind die Ziele der Programme. Dazu setzt Healthways Pflegefachfrauen ein. Die Pflegenden rufen die Patienten telefonisch an, und neben den rein medizinischen Fragen achten sie insbesondere auch auf psychosoziale und andere Fragestellungen aus dem Alltag des Patienten. Auch sind sie darauf geschult, Anzeichen von Depressionen zu erkennen. Die behandelnden Ärzte, deren Patienten am Healthways-Programm teilnehmen, werden bei Programmstart informiert und erhalten das gleiche Informationsmaterial wie die Patienten. Zudem sind die Mediziner durch regionale Ärztebeiräte eingebunden. Die Ärzte werden nicht unmittelbar honoriert, dies ist allenfalls Sache der Versicherung. «Die Healthways-Programme erzielen Leistungseinsparungen nicht durch Leistungszurückhaltungen, sondern durch die Überwindung von Versorgungslücken», schreiben die Autoren.

Aus Deutschland sei ein kleines Projekt hervorgehoben: PRO DEM, ein Programm zur gemeindenahen Ver-

sorgung von Demenzkranken, das von Eberhard Hesse erläutert wird. PRO DEM betreut 125 Patienten, die zu Hause leben, deren Familien und 360 Patienten in Pflegeheimen. Der behandelnde Arzt oder pflegende Angehörige wenden sich an die PRO-DEM-Beratungsstelle, wo zwei Pflegefachpersonen arbeiten. Diese Pflegekoordinatorinnen machen einen Hausbesuch und erstellen eine Pflegeanamnese. Darauf baut ein vorläufiger Behandlungsplan auf, welcher an einer multidisziplinären Fallkonferenz diskutiert wird. Sie entscheidet über den Case-Management-Prozess. Neben der medizinischen und medikamentösen Behandlung werden auch soziale Interventionen angeboten: Gesprächs- und Trainingsgruppen für Patienten, Tagesbetreuung und Betreuungsgruppen. Eingesetzt werden auch Gesellschafterinnen, es gibt eine Wohngemeinschaft und für die Angehörigen besteht eine Selbsthilfegruppe. Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet. Unbefriedigend geregelt ist gemäss Hesse die Vergütung.

Die sieben im Buch vorgestellten Projekte seien «Insellösungen», die in ein Gesamtkonzept in einer erneuerten Gesundheitsversorgung eingeordnet werden müssen, schreiben die Herausgeber in ihrem Fazit. «Die Weiterentwicklung von Disease-Management-Programmen zu populationsbezogenen Versorgungsformen für chronisch Kranke ist dabei ein wichtiger Schritt.» (bc)

Sophia Schlette, Franz Knieps, Volker Amelung (Hrsg.): Versorgungsmanagement für chronisch Kranke. Lösungsansätze aus den USA und aus Deutschland. Kompart Verlag Bonn, 2005. ISBN 3-9809562-1-0. 16,80 Euro.

Palliative Care: Eine Haltungsveränderung in der Medizin

Die Schweizerische Akademie für Medizinische Wissenschaften hat Richtlinien zur Palliative Care verfasst.

Diese waren Hauptthema an der Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung.

Brigitte Casanova

Wann kann man sagen, dass das Lebensende glücklich ist? Was heisst, die unmittelbare Nähe des Todes befriedigend zu durchleben? Für Fernand Cuche, Staatsrat des Kantons Neuenburg, zählen in diesen Momenten die grundlegenden Beziehungen zwischen den Menschen und die Humanität. Es gilt dabei, die Lebensumstände so angenehm wie möglich zu gestalten. Das heisst, es müssen Orte zur Verfügung stehen und Personen da sein, die sich um die Menschen am Lebensende kümmern. Für Cuche liegt es auch in der Verantwortung des Staates, dass diese Lebensqualität gewährleistet werden kann und dass Mittel dafür zur Verfügung stehen.

Die Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung SGPMP hatte die neuen medizinisch-ethischen Richtlinien und Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW zu Palliative Care zum

Hauptthema. Die Veranstaltung fand am 14. September in Neuenburg statt und wurde in Zusammenarbeit mit der SAMW durchgeführt. Der Kanton Neuenburg war gleich mit zwei hohen politischen Vertretern anwesend: Neben Fernand Cuche sprach auch Gisèle Ory, Präsidentin des Grossen Rats, zur Eröffnung der Tagung: «Alle sollten Zugang zu palliativer Behandlung und Pflege haben, und zwar überall, das heisst zu Hause, im Spital oder im Pflegeheim.» Ziel ist, so Ory, dass die Menschen bis zum Tod in Würde leben können.

Eine möglichst hohe Lebensqualität

Was genau ist nun Palliative Care? Die Medien würden vor allem die Schmerztherapie wahrnehmen, sie reduzierten Palliative Care auf Symptomlinderung oder Sterbebegleitung. Roland Kunz, Co-Präsident der SGPMP, zählte weitere Vorurteile auf: Palliative Care sei eine «vereinfachte Medizin, die zudem noch billig ist» und die auch keine weiteren Kompetenzen brauche: «Ein bisschen Morphium verschreiben kann jeder Arzt.» Oder Palliative Care werde mit Altersmedizin gleichgesetzt.

Palliative Care ist eine umfassende Betreuung (Definition siehe *Kasten*), gehört zu allen Krankheiten ohne Heilung und zu allen Lebensaltern (auch Säuglinge), und sie bezieht auch TherapeutInnen, Seelsorger, Angehörige und Freiwillige mit ein. Sie soll nicht nur als End-of-life-Medizin verstanden werden, so Roland Kunz, sondern frühzeitig eingesetzt werden. Und dies überall, nicht an Örtlichkeiten oder Berufsgruppen

gebunden. Wichtig ist bei Palliative Care, die Patientin oder den Patienten offen zu informieren: über die Krankheit, über die Möglichkeiten. Der Wille des Patienten soll respektiert werden. Dies ist konträr zur Position der paternalistischen Medizin, so Kunz, wo «wir (Ärzte) wissen, was gut ist für den Patienten».

Die Würde und Autonomie der Patientin oder des Patienten spielt dabei eine wichtige Rolle. Kunz: «Die Würde des Menschen kann nicht verloren gehen, sie bleibt bis zum Lebensende, selbst wenn der Patient dement oder im Koma ist.» Insgesamt geht es vor allem um eine Haltungsveränderung in der Medizin:

Kasten:

Definition von Palliative Care

Die Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Betreuung SGPMP umschreibt Palliative Care auf ihrer Internetseite www.palliative.ch wie folgt:

«Die palliative Medizin, Pflege und Begleitung (Palliative Care) strebt (...) mit einem umfassenden Ansatz eine möglichst hohe Lebensqualität für den Patienten während des gesamten Verlaufes jeder unheilbaren, fortschreitenden Krankheit an, ihr Schwerpunkt liegt aber in der Zeit, in der Sterben und Tod absehbar sind. Sie will dem Patienten durch eine optimale Symptomlinderung und Unterstützung im sozialen, seelischen und religiös-spirituellen Bereich das Leben erleichtern und ihn begleiten bis zu seinem Lebensende. Palliative Care hat nicht in erster Linie das Bekämpfen der Krankheit zum Ziel, sondern das bestmögliche Leben mit ihr. Dabei bezieht sie auf Wunsch auch die Angehörigen ein, unterstützt und begleitet sie.»

Menschen mit unheilbaren Krankheiten sollen mit mehr Sorgfalt betreut werden. Denn die ganze Diskussion um die Sterbehilfe sei als ein Notsignal der Patienten zu verstehen – weil die Betreuung ungenügend ist, möchten die Menschen sterben.

Palliative Care umfasst auch den Umgang mit Abschied und Trauer, zudem soll auch das Betreuungsteam nicht vergessen gehen (Burn-out-Prophylaxe). Dabei sei «viel zu tun mit wenig Aufwand», so Kunz. Zum Beispiel, dass der Verstorbene nicht erst dann in den Keller des Spitals oder Heims gebracht wird, wenn niemand mehr auf den Gängen ist.

Richtlinien als Grundlage

Grundlegend für die Entwicklung der Palliative Care in der Schweiz war das Freiburger Manifest vor fünf Jahren. Dort wurden die Ziele für die Schweiz formuliert. Die neuen Richtlinien der SAMW¹ bilden nun einen Meilenstein in der schweizerischen Entwicklung. Der Senat der SAMW nahm die Richtlinien im Mai 2006 einstimmig an. Peter Suter, Präsident der SAMW, meinte dazu in seinem Referat: «In der Schweiz ist die Zeit reif dafür, dass die palliative Medizin eine stärkere Rolle spielt.»

Weshalb braucht es überhaupt Richtlinien? Palliative Care kann missbraucht werden, so Roland Kunz, um Kosten zu senken und zu rationieren. Weitere Gefahren zeigten sich in den USA, wie Peter Suter erläuterte. Da wurden Palliative-Care-Teams vor Gericht gebracht: Einerseits wurden Pflegende und Ärzte verklagt, weil sie mit der Morphiumgabe übertrieben hätten; andererseits wurden sie zur Rechenschaft gezogen, weil sie zu wenig Schmerzmittel gegeben hätten. Die Richtlinien der SAMW können helfen, so Suter, Sachverhalte zu klären. Die Position der SAMW beschreibt ihr Präsident wie folgt: Die palliative Medizin soll nicht eine eigene Disziplin, sondern in allen Disziplinen



Fernand Cuche, Staatsrat Kanton Neuenburg



Gisèle Ory, Präsidentin des Grossen Rats des Kantons Neuenburg



Roland Kunz, Co-Präsident der SGPMP (Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung)



Steffen Eychmüller, Co-Präsident der SGPMP



Peter Suter, Präsident der SAMW (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften)



Catherine Gasser, Projektleiterin Medizinalberufereform im BAG

vertreten sein. Sie soll parallel zur kurativen Medizin bestehen. Sie soll integriert sein in der spezialisierten Behandlung und Betreuung. Es ist wichtig, dass sie in Lehre und Forschung vertreten ist. Es geht darum, schon in der Berufsausbildung Informationen zu geben, die angehenden Berufsleute dafür zu sensibilisieren. Grundfähigkeiten sollen in der Berufsausbildung vermittelt werden, und diese sind in der Fort- und Weiterbildung zu vertiefen.

Mut macht, so Roland Kunz, dass in Fort- und Weiterbildung, aber auch in der Arbeit an einem Qualitätslabel, schon einiges in Bewegung ist.



José Pereira, Professor für Palliative Medizin an den Universitäten Lausanne und Genf

Die Rolle des Bundes

Das neue Bundesgesetz über universitäre Medizinalberufe, welches voraussichtlich am 1. September 2007 in Kraft tritt, hat Palliative Care explizit einbezogen. Catherine Gasser,

¹ Die Richtlinien der SAMW zu Palliative Care sind online abrufbar: www.samw.ch unter Rubrik Ethik/Richtlinien.

die Projektleiterin Medizinalberufereform im Bundesamt für Gesundheit BAG, zeigte auf, wie der Bund Palliative Care einbeziehen kann. Das Medizinalberufegesetz gibt Aus- und Weiterbildungsziele vor. Die Aus- und Weiterbildungsprogramme können daraufhin geprüft werden, ob Palliative Care aufgenommen wurde. Palliative Care ist zudem Bestandteil von Akkreditierungen. Die Ausbildungsziele beinhalten auch soziale Kompetenzen: Artikel 17c formuliert zum Beispiel als explizites Weiterbildungsziel, «Patienten bis zum Lebensende zu begleiten». Dementsprechend wird auch Ethik in die Ausbildung aufgenommen. Insgesamt muss Palliative Care in allen Aus- und Weiterbildungen ein Ziel sein, nicht nur in den universitären Berufen, so Catherine Gasser. Im Fachhochschulbereich und im Berufsbildungsgesetz sind die gesetzlichen Grundlagen je nach Berufsgruppen unterschiedlich.

Die Bildung ist eine von drei Ebenen, wo der Bund Kompetenzen für Palliative Care hat. Generell gilt die Subsidiarität, primär haben die Kantone und die Gemeinden die Kompetenzen, zum Beispiel wenn es darum geht, Standorte für Palliative Care zu bestimmen, Budgets zu sprechen oder die Qualität zu sichern.

Eine weitere Ebene für den Bund ist gemäss Gasser die Forschung. Da kommen Projekte des Nationalfonds und das BAG-Forschungskonzept infrage. Zudem hat das BAG die Swiss Palliative Care Research Initiative der SGPMP unterstützt. Durch den Sparwillen des Bundes gebe es aber Grenzen.

Sehr knapp nur äusserte sich Catherine Gasser zur Finanzierung. Palliative Care werde gemäss KVG übernommen, auch bei Neuregelung Pflegefinanzierung sei mit Kostenübernahme OKP zu rechnen. Gasser: «Das Ganze ist aber voll in Diskussion, ich möchte nichts dazu sagen.» Die SGPMP erklärt die Situation in ihrem Prospekt, der an der Veranstaltung auflag, wie folgt:

«Die Palliativpflege wird in bestimmten Kantonen anerkannt. Es bleibt jedoch noch viel zu tun, damit sich diese Anerkennung auf breiter Ebene durchsetzt.» Und: «Die Kosten für die Palliativpflege werden von der obligatorischen Krankenversicherung nicht vollständig übernommen. Alle Partner müssen sich deshalb bemühen, diese Situation zu ändern.» Thomas Zeltner, Direktor des BAG, auf dessen Worte zur Finanzierung man gespannt war, liess sich an der Veranstaltung entschuldigen.

Vorbild Kanada

Dass Palliative Care aber noch weit besser verankert werden kann, zeigt das Beispiel Kanada. José Pereira, Professor am neu gegründeten ersten schweizerischen Lehrstuhl für Palliative Medizin an den Universitäten Lausanne und Genf, berichtete von der erstaunlichen Entwicklung in Kanada:

1993 verlangte eine 45-jährige Kanadierin, die an einer schweren, fortschreitenden und unheilbaren Lähmung litt, vom obersten Gericht das Recht auf medizinisch unterstützten Selbstmord. Dies wurde ihr zwar verweigert, das Gericht beauftragte jedoch die Regierung, sich mit der Problematik zu befassen. Ein Komitee wurde gegründet, und dessen Empfehlungen haben aus Kanada schliesslich ein führendes Land in Palliative Care gemacht. Das Fazit des Komitees war, dass sich die Gesundheitsversorgung nicht genügend um Palliative Care kümmert. Eine gross angelegte Umfrage zeigte auch, dass 70 Prozent der Kanadier nicht wussten, was Palliative Care ist und wie sie Zugang dazu hätten. Die Regierung lancierte daraufhin ein Programm zur Verbesserung der Palliative Care. Zum Programm gehören:

- Ein Sekretariat für Palliative Care im Gesundheitsministerium: Dieses kümmert sich um die Ausbildung, die Sensibilisierung der Öffentlichkeit, Statistik, Qualitätskontrolle und Forschung. Heute verfügt gemäss Pereira jede Krankenschwester und jeder Arzt beim Ausbildungsabschluss über Kompetenzen in Palliative Care.

- Ein «Congé de compassion»²: In Kanada wird den Angehörigen sechs Wochen bezahlter Urlaub gewährt, um sich um einen sterbenden Angehörigen zu kümmern. Palliative Care wird auch als integraler Bestandteil der Pflege von der Krankenversicherung anerkannt. Die Meinung in Kanada war, dass es unethisch sei, wenn ein Pflege- und Todesfall in der Familie diese in eine finanzielle Notsituation bringe, zudem sei dies auch extrem belastend für den Sterbenden.

- Ein Forschungsfonds: Dieser verfügt über ein Budget von 16 Millionen kanadischer Dollars, um Forscher und Lehrstühle in Palliative Care zu bezahlen.

- Standards und Richtlinien.

In Kanada gilt Palliative Care als eine Haltung und eine Spezialisierung, wie José Pereira ausführte: Jede Gesundheitsfachperson soll über palliative Grundkompetenzen verfügen, um sich um Sterbende kümmern zu können. Um Palliative Care jedoch weiterzubringen, sei es unerlässlich, dass eine Kerngruppe von Palliative-Care-Spezialisten sich um besonders komplexe Fälle kümmert, zudem forscht und lehrt. Pereira vergleicht dies mit der Kardiologie: Jeder Mediziner könne zu hohem Blutdruck behandeln oder bei einem Herzinfarkt richtig reagieren – trotzdem brauche es spezialisierte Kardiologen.

In der Schweiz ist Palliative Care keine Spezialität, trotz des ersten Lehrstuhls in Lausanne und Genf. Wie die Schweizer Redner betonten, ist es eine Haltungsänderung in der gesamten Medizin. Eine Spezialisierung sei in der Schweiz (noch) nicht evident, meinte dazu Steffen Eychmüller, Co-Präsident der SGPMP. Zuerst brauche es die «Masse», das erste Stockwerk, bevor im Dialog gesehen wird, ob weitere Schritte sinnvoll sind. ■

Bericht und Fotos:
Brigitte Casanova
Redaktion «Managed Care»

² Congé de compassion: Wörtlich übersetzt Mitleid-Urlaub, gemeint ist eine Art Pflegeurlaub, um Sterbende zu begleiten.

Stimmen zu Entwicklungen im Gesundheitswesen

Pflegefall als Lebensrisiko

«Weg von der solidarischen, sozialen Finanzierung, hin zu vermehrt persönlicher Bezahlung», dies sei der Trend bei den jüngsten Beschlüssen zur Pflegefinanzierung, kommentiert Otto Piller, Präsident von Curaviva Schweiz. «Sicher wird es für die älteren und alten Menschen in unserem Land langsam unerträglich, immer wieder zu hören, sie seien schuld an den hohen Gesundheitskosten im Allgemeinen und an den Pflegekosten im Speziellen. Auch werden sie kaum verstehen, dass ausgerechnet sie, die doch wesentlich zum heutigen Wohlstand beigetragen haben, aus der solidarischen Finanzierung der Gesundheits- und Pflegekosten ausgeschlossen werden sollen.» Und Piller weiter: «Im Alter ein Pflegefall zu werden, gehört zu den sogenannten Lebensrisiken, die über eine solidarische und soziale Versicherung abgedeckt werden müssen.» (bc)

Quelle: Otto Piller: Frostige Signale aus Flims. Kommentar: Zum Ständeratsentscheid bezüglich Pflegefinanzierung. In: Curaviva 10/2006.

Robuste Bauern

«Der ländliche Raum verursacht weniger Kosten, unabhängig davon, ob die Versicherten Bauern sind oder nicht.» Damian Keller, Geschäftsführer der Krankenkasse Agrisano, einer Stiftung des Bauernverbands, erklärt, weshalb seine Mitglieder verhältnismässig tiefe Kosten aufweisen. Die selbstständigerwerbenden Bauern seien tendenziell weniger schnell arbeitsunfähig als Angestellte, und ihr Beruf löse seltener psychische Erkrankungen oder Burnout-Syndrome aus. Auch die Lebensart spiele eine Rolle: «Zwar kommen Beschwerden wie Rückenschmerzen häufiger vor, aber die Naturverbundenheit ist grösser, auch die Robustheit. Zudem sind die generationenübergreifenden Strukturen noch fester etabliert, sodass weniger kostenintensive Pflegeheimaufenthalte anfallen.» Agrisano hat rund 85000 Versicherte, wovon 55000 auch eine Zusatzversicherung bei Agrisano haben. Die Zusatzversiche-

rungen sind speziell auf Bauern zugeschnitten und stehen nur diesen offen. (bc)

Quelle: «Monopol-Institutionen sind weniger transparent». Im Gespräch: Damian Keller, Geschäftsführer der Krankenkasse Agrisano. Interview von Peter Kraft. In: infosantésuisse Nr. 9, September 2006.

Schönheitsklinik statt Notfallzentrum

Trotz der chronisch überlasteten Notfallstation am Universitätsspital Basel hat das Basler Gesundheitsdepartement es abgelehnt, eine Sondergenehmigung für ein Notfallzentrum am Bahnhof SBB auszustellen – weil der Bahnhof nicht zentral genug sei. Dani Winter erklärt die Gründe in seiner Kolumne in der Zeitschrift «Soziale Medizin» wie folgt: «Das nicht zentrale Zentrum würde dahin nicht die Notfallstation in der Universitätsklinik entlasten, sondern bloss zusätzliche Pendler-Patienten anziehen, die noch nicht mal richtig krank oder verletzt seien. Damit nicht genug: Die wehleidigen Pendler aus dem Baselbiet würden in ihrem Kanton statistisch als gesund gelten und in Basel die Kosten und damit die Krankenkassenprämien in die Höhe treiben. Weil man das begrifflicher Weise nicht will, plant man jetzt anstelle des Notfallzentrums eine Schönheitsklinik.» (bc)

Quelle: Dani Winter: Falten ade – dank KVG! Kolumne. In: Soziale Medizin Nr. 3, 06, 33. Jahrgang.

Auf Komfort verzichten

In erster Linie seien die finanziellen Anreize falsch gesetzt im Schweizer Gesundheitswesen. Dies sagt der Publizist Urs P. Gasche im Interview mit der «Coopzeitung». Und dies gelte sowohl für die Spitäler wie auch für die Praxisärzte, welche, wenn sie nur das Nötige und Sinnvolle tun und die Patienten rasch gesund bekommen, dabei weniger verdienen. Aber auch wir Versicherten müssten etwas zurückstecken für günstigere Prämien. Gasche: «Verzichten müssten wir vielleicht auf etwas Komfort. Es gäbe keine drei Apotheken auf Sichtweite mehr, die alles zu den gleichen Preisen

verkaufen. Für gängige Operationen könnte das nächste Spital 30 Kilometer weiter weg liegen. Dafür würden wir dank der Spezialisierung grösserer Spitäler in der Regel besser behandelt. Für nicht dringende Operationen müssten wir vielleicht einige Wochen warten. Dafür würden wir seltener unnötig operiert.» (bc)

Quelle: «Wir leben ungesund», Interview mit Urs P. Gasche von Thomas Compagno. In: Coopzeitung Nr. 39, 26. September 2006.

Pervasive Computing: Mikroelektronik im Alltag

«Die Pervasive-Computing-Technologien eröffnen enormes Nutzenpotenzial für die Wirtschaft wie auch für die Konsumenten, letztlich also für die gesamte Schweizer Volkswirtschaft im internationalen Standortwettbewerb», dies sagt Fritz Sutter, Präsident des Telekommunikationsverbandes asut. Elektronische Etiketten auf Lebensmitteln, ein Diagnoseband am Handgelenk oder elektronische Bus- und Bahntickets sind zum Beispiel dank der Funktechnologie Radio Frequency Identification (RFID) möglich. Demgegenüber steht die Aussage von Beat Rudin, Geschäftsführer der Stiftung für Datenschutz und Informationssicherheit: «Wenn Alltagsgegenstände über ihre Träger zu erzählen beginnen, stellen sich ernsthafte Fragen zum Datenschutz.» Das Konfliktpotenzial frühzeitig erkannt und aufgenommen hat die Stiftung Risiko-Dialog. Nutzen und Gefahren von Pervasive Computing im Detailhandel, Gesundheitswesen und öffentlichen Verkehr wurden analysiert. Jetzt ist zudem ein Kompass zu einem verantwortlichen Einsatz von Pervasive Computing erschienen. (bc)

Quelle: Kompass: mit Risiken umgehen. Stakeholder erarbeiten Empfehlungen für Pervasive Computing. In: RiskBrief der Stiftung Risiko-Dialog, Nr. 3, Oktober 2006. Und: Kompass zu einem verantwortungsvollen Einsatz von Pervasive Computing. Internet: www.risiko-dialog.ch

Datum, Ort	Veranstaltung	Kontaktadresse
1.–2. Dezember, Berlin (D)	12. Kongress «Armut und Gesundheit»	Gesundheit Berlin, Kongress «Armut und Gesundheit», Friedrichstrasse 231, D-10969 Berlin. Tel. 030-44 31 90 60. Fax 030-44 31 90 63. Internet: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
4. Dezember, Sarstedt (D)	Symposium «Qualität messen, darlegen und verbessern – Umgang mit Qualitätsindikatoren im Krankenhaus»	AOK Niedersachsen, Gesundheitsmanagement stationär, Stab Versorgungs- und Ergebnissteuerung, Hildesheimer Strasse 273, D-30519 Hannover. Fax 0049-511 87 01 14 009. E-Mail: julia.weber@nds.aok.de ; Internet: www.aok.de
6. Dezember, Lugano	1. Schweizerische Konferenz zur Gesundheitsverträglichkeitsprüfung	Equiterre, Thierno Diallo, Rue des Asters 22, 1202 Genève. Tel. 022-329 99 29. E-Mail: diallo@equiterre.ch ; kurt.frei@ti.ch ; Internet: www.equiterre.ch
6. Dezember, Bern	9. Novartis-Forum für Gesundheitsökonomie: Kosten im Gesundheitswesen: Was macht die Schweiz besser?	Novartis Pharma Schweiz AG, Eveline Schmied, Monbijoustrasse 118, 3007 Bern. Tel. 031-377 53 03. Fax 031-377 52 50. E-Mail: eveline.schmied@novartis.com
10.–13. Dezember, Orlando (USA)	18 th Annual National Forum on Quality Improvement in Health Care	Institute for Healthcare Improvement IHI, 20 University Road, 7 th Floor, Cambridge, MA 02138 USA. Tel. 617 301-4800. Fax 617 301-4848. E-Mail: info@ihi.org ; Internet: www.ihi.org
10.–12. Januar 2007, Maastricht (NL) und Bonn (D)	Disease Mangement in the European Context	International Network of Integrated Care INIC, Jennifer Smith, Business Manager INIC. Tel. 0031 30-253 66 14. Fax 0031 30-253 69 59. E-Mail: inic@igitur.uu.nl ; Internet: www.integratedcarenetwork.org
16.–17. Januar 2007, Oberursel/ Frankfurt (D)	Integrierte Versorgung	Euroforum Deutschland GmbH, Prinzenallee 3, D-40549 Düsseldorf. Tel. 0049 211-9686 3000. Fax 0049 211-9686 4000, E-Mail: info@euroforum.com ; Internet: www.euroforum.com
18. Januar 2007, Montreux	9. Tagung Forum Santé-Gesundheit: «Konkurrenz und Solidarität: Mythos oder Realität?»	Sanofi-Synthélabo (Schweiz) AG, Jean-Louis Franzetti, Postfach 361, 1217 Meyrin 1. Fax 022 783 93 54. E-Mail: forumgesundheits@sanofi-aventis.com ; Internet: www.forumgesundheits.ch
23.–25. Januar 2007, Köln (D)	Medizinische Versorgungszentren MVZ – erfolgreich im Betrieb	IIR, Postfach 1050, D-Sulzbach/Ts. Tel. 0619-585 460. Fax 06196-585 485. E-Mail: anmeldung@iir.de ; Internet: www.iir.de/mvz
25.–26. Januar 2007, Zug	9. Nationale Gesundheitsförderungs-Konferenz	Gesundheitsförderung Schweiz, Silvia Moser Luthiger, Im Leemann 6, 8805 Richterswil. Tel. 043-888 07 81. Fax 043-888 07 82. E-Mail: mlcons@bluewin.ch ; Internet: www.gesundheitsfoerderung.ch
30. Januar 2007, Zürich	Telemedizin	Euroforum Handelszeitung Konferenz AG, Postfach, Seestrasse 344, 8027 Zürich. Tel. 044-288 94 52. Fax 044-288 94 71. E-Mail: anmeldungch@euroforum.com ; Internet: www.euroforum.ch
22.–23. Februar 2007, Düsseldorf (D)	Integrierte Versorgung	Euroforum Deutschland GmbH, Prinzenallee 3, D-40549 Düsseldorf. Tel. 0049 211-9686 3000. Fax 0049 211-9686 4000, E-Mail: info@euroforum.com ; Internet: www.euroforum.com
1.–3. März 2007, Winterthur	Evidence based Medicine	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG, Im Park, St. Georgenstrasse 70, Postfach 958, 8401 Winterthur. Tel. 052-267 78 97. E-Mail: caroline.tiedemann@zhwin.ch ; Internet: www.wig.ch
25.–27. März 2007, Nashville (USA)	8 th Annual International Summit on Redesigning the Clinical Office Practice	Institute for Healthcare Improvement IHI, 20 University Road, 7 th Floor, Cambridge, MA 02138 USA. Tel. 617 301-4800. Fax 617 301-4848. E-Mail: info@ihi.org ; Internet: www.ihi.org
31. März 2007, Winterthur	Evidence based Medicine (Intensivkurs)	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG, Im Park, St. Georgenstrasse 70, Postfach 958, 8401 Winterthur. Tel. 052-267 78 97. E-Mail: caroline.tiedemann@zhwin.ch ; Internet: www.wig.ch
16.–17. April 2007, Lissabon (P)	5 th Quality Improvement Research Network (QIRN)	BMA House, Tavistock Square, London WC1H 9JR, UK. Tel. 0044-20 7383 6409. Fax 0044-20 7383 6869. E-Mail: quality@bmjgroup.com ; Internet: www.quality.bmjgroup.com
18.–20. April 2007, Barcelona (E)	International Forum on Quality and Safety in Health Care	BMA House, Tavistock Square, London WC1H 9JR, UK. Tel. 0044-20 7383 6409. Fax 0044-20 7383 6869. E-Mail: quality@bmjgroup.com ; Internet: www.quality.bmjgroup.com
6. Juni 2007, Zürich	Symposium Forum Managed Care	Forum Managed Care, Pflanzschulstrasse 3, 8400 Winterthur. Tel. 052-235 19 35. Fax 052-235 19 20. E-Mail: info@forummanagedcare.ch ; Internet: www.forummanagedcare.ch
13.–15. Juni 2007, Nashville (USA)	3 rd Annual International Summit on Redesigning Hospital Care	Institute for Healthcare Improvement IHI, 20 University Road, 7 th Floor, Cambridge, MA 02138 USA. Tel. 617 301-4800. Fax 617 301-4848. E-Mail: info@ihi.org ; Internet: www.ihi.org
21.–22. Juni 2007, Olten	Swiss Public Health Conference: Mental Health in Public Health	Public Health Schweiz, Zentralsekretariat, Effingerstrasse 54, Postfach 8172, 3001 Bern. Tel. 031-389 92 86. Fax 031-389 92 88. E-Mail: info@public-health.ch ; Internet: www.public-health.ch
24.–27. Oktober 2007, Dresden (D)	6. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung: Von der Versorgungsforschung zur Prävention	Deutsches Netzwerk für Versorgungsforschung, Dr. Claudia Kaiser, MPH, Wissenschaftliche Koordinatorin, Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK), Medizinische Fakultät der Universität zu Köln, Eupener Strasse 129, D-50933 Köln. Tel. 0049 221-478 97112. Fax 0049 221-478 97118. E-Mail: claudia.kaiser@uk-koeln.de ; Internet: www.dnfv.de

Datum, Ort	Weiter- und Fortbildung	Kontaktadresse
Beginn: 11. Januar 2007 (13½ Tage), Winterthur	Care Management	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG, Im Park, St. Georgenstrasse 70, Postfach 958, 8401 Winterthur. Tel. 052-267 78 97. E-Mail: caroline.tiedemann@zhwin.ch; Internet: www.wig.ch
Beginn: 8. Februar 2007 (13½ Tage), Winterthur	Personalführung im Gesundheitswesen	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG, Im Park, St. Georgenstrasse 70, Postfach 958, 8401 Winterthur. Tel. 052-267 78 97. E-Mail: caroline.tiedemann@zhwin.ch; Internet: www.wig.ch
5.–8. März 2007, Zürich	Intensivkurs Gesundheitswesen Schweiz	eHealthCare.ch, Josef-Müller-Weg 2, 6210 Sursee. Tel. 041- 925 76 89. Fax 041-925 76 80. E-Mail: info@ehealthcare.ch; Internet: www.ehealthcare.ch
Beginn: 7. März 2007 (22 Tage), Luzern	Ethische Prozesse und Organisationsentwicklung im Sozialbereich	Curaviva Weiterbildung, Abendweg 1, 6000 Luzern 6. Tel. 041-419 72 62. Fax 041-419 72 51. E-Mail: wb.management@curaviva.ch; Internet: www.weiterbildung.curaviva.ch
Beginn: 8. März 2007 (13½ Tage), Winterthur	Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik Schweiz und Ausland	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG, Im Park, St. Georgenstrasse 70, Postfach 958, 8401 Winterthur. Tel. 052-267 78 97. E-Mail: caroline.tiedemann@zhwin.ch; Internet: www.wig.ch
Beginn: 12. März 2007, Basel	Health Care and Management in Tropical Countries	Swiss Tropical Institute, Course Secretariat, P.O. Box, 4002 Basel. Tel. 061-284 82 80. Fax 061-284 81 06. E-Mail: courses-sti@unibas.ch; Internet: www.sti.ch
Beginn: 12. März 2007 (22 Tage), Aarau	Leadership in Gesundheitsinstitutionen	Hplus, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. E-Mail: bildung@hplus.ch; Internet: www.kurse.hplus.ch
Beginn: 19. März 2007, Zürich	Medical Ethics	Ethik-Zentrum der Universität Zürich, Sekretariat, Anna Racca de Oliveira Lima, Zollikerstrasse 117, 8008 Zürich. Tel. 044-634 85 15. Fax 044-634 85 08. E-Mail: mae@ethik.unizh.ch; Internet: www.ethik.unizh.ch/asae
Beginn: 12. April 2007 (10 Tage), Aarau	Medizincontrolling	Hplus, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. E-Mail: bildung@hplus.ch; Internet: www.kurse.hplus.ch
Beginn: 19. April 2007 (20 Tage), St. Gallen	Planungs- und Führungsinstrumente im Gesundheitswesen	FHS Hochschule für Technik, Wirtschaft und Soziale Arbeit St. Gallen, Management-Weiterbildungszentrum, Teufener Strasse 2, Postfach 630, 9001 St. Gallen. Tel. 071-228 63 28. Fax 071-228 63 20. E-Mail: management@fhsg.ch; Internet: www.fhsg.ch/management
Beginn: 31. Mai 2007 (13½ Tage)	Finanzielle Führung im Gesundheitswesen	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG, Im Park, St. Georgenstrasse 70, Postfach 958, 8401 Winterthur. Tel. 052-267 78 97. E-Mail: caroline.tiedemann@zhwin.ch; Internet: www.wig.ch
Beginn: 18. Juni 2007 (40 Tage), Aarau	Management in Gesundheitsinstitutionen	Hplus, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. E-Mail: bildung@hplus.ch; Internet: www.kurse.hplus.ch
Beginn: 25. Juni 2007 (40 Tage), Aarau	Interdisziplinäre Führung	Hplus, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. E-Mail: bildung@hplus.ch; Internet: www.kurse.hplus.ch
Beginn: 25. Juni 2007 (22 Tage), Aarau	Leadership in Gesundheitsinstitutionen	Hplus, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. E-Mail: bildung@hplus.ch; Internet: www.kurse.hplus.ch
Beginn: 24. August 2007 (13½ Tage), Winterthur	Informations- und Wissensmanagement	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG, Im Park, St. Georgenstrasse 70, Postfach 958, 8401 Winterthur. Tel. 052-267 78 97. E-Mail: caroline.tiedemann@zhwin.ch; Internet: www.wig.ch
Beginn: 6. September 2007 (13½ Tage), Winterthur	Gesundheitsökonomie	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG, Im Park, St. Georgenstrasse 70, Postfach 958, 8401 Winterthur. Tel. 052-267 78 97. E-Mail: caroline.tiedemann@zhwin.ch; Internet: www.wig.ch

Hinweise erwünscht:

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

Günstige Geburtshäuser

1000 von 72000 Babys in der Schweiz werden in Geburtshäusern geboren. Geburten in Geburtshäusern sind nicht nur kostengünstiger als im Spital, es werden auch weniger medizinische Eingriffe (z.B. Kaiserschnitt) vorgenommen bei vergleichbarer Vorgeschichte als im Spital, wie eine Studie des Nationalfonds zeigt. In den Niederlanden und in England kommen mehr als die Hälfte aller Kinder in einem Geburtshaus oder zu Hause auf die Welt. In der Schweiz ist die Geburt im Geburtshaus nicht im Krankenversicherungsgesetz KVG verankert. Bezahlt wird nur die Hebammenarbeit, nicht aber die Betriebspauschale des Geburtshauses und die Wochenbettbeteiligung. Von Santésuisse wird befürchtet, dass mehr Leistungserbringer eine Kostensteigerung mit sich bringen. Der Aufenthalt im Geburtshaus ist jedoch günstiger als derjenige im Spital (1500 vs. 500 Franken pro Tag). Die Geburtshäuser könnten jedoch die unterbelegten Gebärabteilungen der Spitäler konkurrenzieren. Politisch eingepackt war eine Regelung für die Geburtshäuser in der zweiten KVG-Revision im 2003, welche gescheitert ist. Eine parlamentarische Initiative von Liliane Maury Pasquier wurde vom Nationalrat bejaht und ist im Ständerat hängig. Eine weitere Verzögerung ist programmiert, weil die Finanzierung der Geburtshäuser nun mit der umstrittenen Vorlage zur Spitalfinanzierung verknüpft wurde. (bc)

Quelle: Reto Westermann: *Geburtshäuser: Zangengeburt im Bundeshaus*. In: *Beobachter* Nr. 20/06.

Bonus-Malus in der Krankenversicherung

Eine gesunde Lebensweise soll belohnt werden. Dies sagten 65 Prozent der SchweizerInnen, die im Rahmen der Sondage Santé von Santésuisse Ende Juni 2006 befragt wurden. Setzen Menschen ihre Gesundheit fahrlässig aufs Spiel, so sollen sie dafür bezahlen. Die Befragten befürworten damit ein Bonus-Malus-System in der Krankenversicherung. Santésuisse stützt sich in ihren Aussagen auf 1203 Interviews.

Auch der «Beobachter» wollte es wissen: In seiner repräsentativen Umfrage befürworteten 58 Prozent der Interviewten, dass sich das eigene Gesundheitsverhalten auf die Prämienhöhe in der Grundversicherung auswirken soll. Kiffer, Kokser, schwere Raucher, chronische Biertrinker und Dicke sollen mit einem Prämienzuschlag bestraft werden – nicht jedoch Arbeits-süchtige, Gelegenheitsraucher und Weintrinker. Peter Zweifel, Ökonomieprofessor an der Universität Zürich, vertritt ebenfalls die Meinung, dass die ökonomischen Anreize für einen gesunden Lebensstil zu gering seien. Wer keine Leistungen beziehe, soll mit einer sinkenden Prämie belohnt werden. (bc)

Quelle: *Santésuisse, Bericht zur Sondage Santé 2006*. Internet: www.santesuisse.ch; 9. September 2006. Und: Christoph Schilling: *Krankenkassen – Wer sündigt, soll büssen*. In: *Beobachter* 19/06.

Zu wenig Gesundheitskompetenz

Mangelnde Gesundheitskompetenz sei für etwa 3 Prozent der Gesundheitsausgaben verantwortlich, also rund 1,5 Milliarden Franken. Dies rechnete das Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien BASS im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG vor. Die Gesundheitskompetenz der SchweizerInnen untersuchen nun Jen Wang und Margrit Schmid vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin an der Universität Zürich. Erste Resultate aus 1250 Interviews weisen ebenfalls auf ein Defizit in der Gesundheitskompetenz hin: 85 Prozent der Befragten möchten eine aktive Rolle bei der medizinischen Entscheidungsfindung spielen, aber nur 49 Prozent konnten diese Rolle wahrnehmen. 60 Prozent sagen, dass die Wahl einer Behandlung oder eines Medikaments mittel bis hoch komplex sei. Nur die Hälfte aller Befragten fühlt sich genügend informiert, um einen Hausarzt oder die für sie richtige Krankenversicherung zu wählen. Die Medien sind wichtige Quellen für Gesundheitsinformationen – aber nur 26 Prozent der Interviewten sagten, dass die Informationen in den Medien einfach verständlich seien. (bc)

Quelle: Handout zur Medienkonferenz vom 25. September 2006. Und: Internet: www.gesundheitskompetenz.ch.

VORSCHAU

Schwerpunktthema: FORSCHUNGSPRIORITÄTEN FÜR MANAGED CARE

Erscheinungsdatum: 30. Januar 2007

**Aktuelle wissenschaftliche Basis
Methodische Herausforderungen
Prioritäten des Gesamtsystems
Perspektive der Hausarztnetze
und Spitäler
Sicht der Patienten
Interessen der Versicherer
Politische Fragen**

**Neue Capitationberechnung
Psychotherapie per E-Mail**

Mehr Gesundheitsinformationen

In Grossbritannien sagen 87 Prozent der PatientInnen, sie würden erst zum Arzt gehen, wenn sie ernsthaft krank seien. Die meisten Hausärzte berichten hingegen, dass sie oft wegen Bagatellen aufgesucht würden. Eine vergleichende internationale Studie in Australien, Kanada, Neuseeland, den USA, Deutschland und England hat zudem gezeigt, dass britischen PatientInnen am wenigsten Informationen zu Prävention und Lebensstil erhalten. Inzwischen wurde das Bedürfnis nach unabhängiger, kosteneffektiver, gut dargestellter Information erkannt. Mehrere Organisationen haben sich in Grossbritannien auf das Bereitstellen von Gesundheitsinformationen spezialisiert und evaluieren auch die Wirkung auf die Gesundheitskompetenz und das Gesundheitsverhalten. Die Informationen sind im Internet abrufbar: www.dpp.org.uk; www.besttreatments.co.uk; www.makingsenseofhealth.org.uk oder www.dpphealthatwork.org.uk. Die Sites sind zum Teil staatlich oder von renommierten Verlagen (BMJ Publishing Group) initiiert, sie stellen auch Materialien für den Unterricht zur Verfügung oder richten sich an Untergruppen wie Arbeitende. (bc)

Quelle: Kristin McCarthy, Pamela Prentice: *Commissioning health education in primary care*. In: *British Medical Journal* 2006; 333: 667–668. 30. September.