

Symposium 2008 des Forums Managed Care

# Managed Care in der Schweiz: eine Leistungsschau

Die interaktiven Workshops und Projektpräsentationen sind herausragende Elemente am jährlichen Symposium des Forums Managed Care. Ihr Ziel ist es, aktuelle Initiativen einem ausgewiesenen und engagierten Kreis zugänglich zu machen und dort zu diskutieren. Zum diesjährigen Symposium «Managed Care – the next generation» ist eine erfreulich grosse Zahl an Projekten aus sehr verschiedenen Themenfeldern eingereicht worden. Dies belegt, dass die Schweizer Managed-Care-Szene in Bewegung ist und vor allem viel Innovatives und viel Zukunftsfähiges bietet.

Im folgenden finden Sie die Zusammenfassungen der angenommenen Workshops und Projekte. Die vor den

jeweiligen Text gesetzten Kürzel entsprechen dem Programmverlauf des Symposiums, wobei «W» für «interaktive Workshops» und «P» für «Projektpräsentationen» steht.

Das Forum Managed Care als Träger des Symposiums wünscht allen Teilnehmenden viel Inspiration, spannende Diskussionen und zukunftsweisende Ideen. Gleichzeitig danken wir allen Autoren und Referenten für ihren Beitrag zu einer neuen Managed-Care-Generation und für ein attraktives Symposium 2008. Über die Höhepunkte werden Sie in der nächsten Ausgabe von «Care Management» (erscheint am 28. August) lesen können.

## W11/1: Disease Management bei Herzinsuffizienz: Eine Kostenstudie

Dr. med. Klaus Eichler, Alexander Krass, Nicole Thüring

Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften  
(www.wig.ch)

**Hintergrund:** Zu den ökonomischen Effekten von Disease-Management-Programmen (DMP) in der Schweiz gibt es nur wenige Daten. **Fragestellung:** Wie verändern sich die jährlichen direkten medizinischen Kosten von Patienten mit Herzinsuffizienz in der Grundversorgung während der Teilnahme an einem telefongestützten DMP im Vergleich zu den jährlichen direkten medizinischen Kosten vor Teilnahme an diesem Programm?

**Methodik:** Wir führten eine Kostenvergleichsstudie durch. In unserer Beobachtungsstudie wurden die direkten medizinischen Kosten vor Teilnahme am DMP (Zeitintervall 1: 365 Tage) mit den direkten medizinischen Kosten während der Teilnahme am Programm (Zeitintervall 2: 365 Tage) verglichen. Eingeschlossen wurden herzinsuffiziente Patienten der beteiligten Krankenkassensicherer. Auswertungsperspektive: Krankenversicherung (private third-party payer viewpoint).

**Resultate:** 71 konsekutive Patienten wurden ausgewertet (mittleres Alter: 71 Jahre [IQR: 63–75]); kardiale Dekompensation in der Vorgeschichte: 49%). Lediglich 14% der Patienten wiesen eine NYHA-Klasse von III oder IV auf. Bei diesen 71 Patienten mit Herzinsuffizienz nahmen die durchschnittlichen direkten medizinischen Kosten nach Einschluss in das DMP um 2268 CHF (95%-CI: 6100 CHF bis –1564 CHF) ab (mittlere Kosten pro Jahr: 13 542 CHF vs. 11 274 CHF). Werden zusätzlich die Programmkosten für das DMP berücksichtigt, welche im Startjahr relativ hoch sind, so reduzieren sich die durchschnittlichen Einsparungen auf 168 CHF pro Patient und Jahr. **Konklusion:** In Zukunft sollten vermehrt herzinsuffiziente Patienten mit höherem Risiko eingeschlossen werden. Solche evidenzbasierten Programme haben das Potential, als kosteneffiziente Massnahme (kostenneutral, bei nachgewiesener Wirksamkeit) die Versorgungsqualität zu verbessern.

## W 11/2: Vernetzte Betreuung von Patienten mit Herzinsuffizienz

Christian Röhliberger<sup>a</sup>, Alexander Krass<sup>b</sup>, Hansueli Dettwiler<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Spitalzentrum Biel, <sup>b</sup>Medi 24, <sup>c</sup>Hausärzteverein Biel-Seeland

Ein Disease-Management-Programm bei Herzinsuffizienz bringt viele Vorteile: Die Patienten gewinnen mehr Sicherheit und Selbstvertrauen im Umgang mit ihrer Erkrankung und damit mehr Lebensqualität. Internationale Studien konnten zusätzlich eine Reduktion der Mortalität, der Spitalaufenthalte und der Kosten nachweisen. Ziel des Projektes war es, den herzinsuffizienten Patienten der Region Biel-Seeland eine entsprechende Schulung, eine optimierte medikamentöse Therapie und eine langfristige, strukturierte Betreuung anzubieten.

Ein Kooperationsmodell zwischen dem Hausärzte-Verein Biel-Seeland, der Kardiologie des Spitalzentrums Biel mit seinen zwei Herzinsuffizienzberaterinnen und dem Medi24-Herzprogramm wurde entwickelt, wobei jeder Partner klar definierte Aufgaben übernimmt. Ein effizienter Informationsaustausch zwischen den Partnern ist

ebenfalls gewährleistet. Seit dem Projektstart im Februar 2007 konnten insgesamt 73 Patienten eingeschlossen und in den verschiedenen Modulen (Schulung, Hausbesuch, Telefon-Coaching, Telefon-Hotline) betreut werden, wobei der Patient nach der obligaten Schulung die weiteren Module frei wählen kann. Die durch Fragebogen analysierte Teilnehmerzufriedenheit ist ausserordentlich gross. Fazit: Die Koordination der Kompetenzen der Partner hat in kurzer Zeit eine Betreuung von Herzinsuffizienz-Patienten ermöglicht, wie sie trotz erheblichem Einsatz der einzelnen Partner in den vergangenen Jahren zuvor nicht möglich war. Trotzdem kämpfen wir immer noch für eine breitere Akzeptanz unseres Projektes bei den Grundversorgern wie auch den Krankenkassen, die leider nicht alle unsere Leistungen entgelten.

## W 21: Gesundheitsnetz 2025 – integrierte Versorgung in der Stadt Zürich

Dr. med. Jana A. Faehnrich MHA

healthcare visions (www.healthcare-visions.ch)

Die demographische Entwicklung, der medizinische Fortschritt, die zunehmende Spezialisierung der Ärzteschaft, die steigende Tendenz, zuerst die Notfallstation aufzusuchen, die weiter sinkende Aufenthaltsdauer in den Spitälern, die Zunahme chronischer Krankheiten und weitere gesellschaftliche Trends stellen in Zukunft neue Herausforderungen an die Gesundheitsversorgung. Das Gesundheitsnetz 2025 soll durch ein abgestimmtes Vorgehen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern dazu beitragen, dass der städtischen Bevölkerung weiterhin eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung zur Verfügung steht.

Um den Prozess der Netzbildung anzustossen, hat die Stadt Zürich fünf Pilotprojekte lanciert. Die spitalassoziierte Notfallpraxis am Waidspital und die Quartierpraxis in Albisrieden sollen die ambulante Notfallversorgung verbessern und die Notfallstationen der Spitäler entlasten. Mit den Projekten «Zentrum für integrierte Langzeit-

betreuung» (ZIL) und «Zentrum für spezialisierte integrierte Langzeitversorgung für Demenzkranke» (SIL) sollen chronisch kranke bzw. demente Patienten und ihre Angehörigen kompetente medizinische Begleitung und Beratung durch Fachleute erhalten und damit befähigt werden, mit ihrer Krankheit besser zurechtzukommen. Ziel des Querschnittsprojekts «Elektronischer Datenaustausch von Patientendaten» ist es, die Abläufe bei der Übermittlung von Patientendaten möglichst effizient und effektiv zu gestalten.

Damit neue Ideen und Projekte umgesetzt werden können, bedarf es der Bereitstellung von Infrastruktur und finanziellen Engagements. Eine wissenschaftliche Begleitung soll zudem Qualitätsstandards für die Evaluation der einzelnen Projekte definieren und schon im Vorfeld eine interdisziplinäre Ausrichtung und Vergleichbarkeit von Outcome-Variablen garantieren.

## W 31: Horizontal und vertikal vernetzte Patientenbetreuung

Dr. med. Urs Keller, Dr. med. Ruedi Stahlberger

PizolCare AG (www.pizolcare.ch)

Im Ärztenetzwerk PizolCare wurde die Zusammenarbeit mit den der ärztlichen Behandlung direkt nachgegliederten Diensten Spitex und Physiotherapie strukturiert. Bereits früher wurden die übergeordneten Schnittstellen stationäre-ambulante Betreuung und Kommunikation zwischen Grundversorgern und spezialisierten psychiatrischen Diensten geregelt. Die meist länger dauernden Behandlungen dieser Dienste sind relativ kostenintensiv und sowohl für die Patienten als auch für ein Netz mit Budgetmitverantwortung belastend. Durch gegenseitige Kooperation können diese Behandlungen kosteneffektiv erbracht werden. Dazu müssen gemeinsam abgestimmte Behandlungsgrundsätze und Kommunikationswege definiert werden. Es wurden zwei PizolCare-Spitex-Koordinationspflegefachfrauen (Teilzeit) beauftragt, die PizolCare-Patientenpfade in den regionalen Spitex-Vereinen bekanntzumachen, jährliche gemeinsame Fortbildungen zusammen mit den MPA durchzuführen, SiS'lis

zu sammeln sowie die elektronische Kommunikation über die HIN-Plattform zu fördern. Anhand einer Schmerzbehandlungs-Zufriedenheitsbefragung konnte eine Verbesserung der Behandlungsqualität über drei Jahre nachgewiesen werden. Weiter wurde mit der dazu neu gegründeten Physiotherapeuten-Vereinigung IGPizolCare eine Zusammenarbeitsvereinbarung mit dem Ziel unterzeichnet, Physiotherapeuten-QZ und jährliche gemeinsame QZ-Sitzungen zu veranstalten, Projekte zu realisieren und die Verlaufsberichterstattung zu standardisieren.

Die ganzheitliche Betreuung über mehrere Leistungsanbieter in der integrierten Behandlungskette mit guter, datenschutzkonformer Kommunikation, gemeinsam definierten Behandlungsgrundlagen, CIR und SiS'li-Berichten sowie regelmässiger Berichterstattung führen zur Verbesserung der Patientensicherheit und der Behandlungsqualität und bedeuten für das Netz und damit das Gesundheitswesen eine kosteneffektive Betreuung.

## P 11: «Next Generation» in der Qualitätssicherung

Dr. med. Kurt Hess<sup>a</sup>, Dr. med. Thomas Zehnder<sup>b</sup>

<sup>a</sup>EQUAM (www.equam.org), <sup>b</sup>Chefarzt-Stv. Medizin, Spital Thun

Was haben Vertragszwang, Steuerung in den Ärztenetzen, Pay for Performance, Transparenz für die Patienten und neue Anreizstrukturen der Integration gemeinsam? Erstens: alle diese Begriffe stehen zuoberst auf der politischen Agenda. Und zweitens: sie können nicht ohne Berücksichtigung der Versorgungsqualität diskutiert werden. In der Medizin wird heute gemessen, was gemessen werden *kann*, und nicht das, was eine «gute Medizin» ausmacht. Deshalb fokussieren die Qualitätssysteme vorwiegend Strukturen und Praxisabläufe. Was das «Gute der Medizin» betrifft, so ist man sich jedoch einig, dass das Behandlungsergebnis einen unverzichtbaren Qualitätsmassstab darstellt, der auch politisch gefordert wird.

Mit dem vorgestellten Projekt zur arteriellen Hypertonie sind erstmals wissenschaftlich validierte, evidenzbasierte und praktikabilitätsgeprüfte Indikatoren und Standards der klinischen Performance-, Outcome- und Indikations-

qualität erarbeitet worden. Es wurden konkrete Standards zu Screening, Basisabklärung und Therapieerfolg definiert. Nach mehreren Pilot-Assessments erfolgte die Formulierung von 21 Minimal-Standards, deren wissenschaftlich korrekte Abstützung sowie die Praktikabilitätsprüfung in 25 Grundversorgerpraxen. Dieser Projektteil wurde als Master Thesis am WIG durchgeführt und umfasste Literaturrecherche, Delphi-Analyse sowie Expertenbefragung. Das Projekt wurde am 6.10.2007 mit dem Witness-Audit durch die Schweizerische Akkreditierungsstelle (SECO) erfolgreich abgeschlossen.

Wirtschaftlichkeit und Qualität lassen sich nicht trennen. Die «next generation» im Managed Care kann sich nicht mehr auf strukturelle und prozessuale Dimensionen der Integration beschränken, sondern setzt die «next generation» im Qualitätsmanagement voraus.

## P 12: Die Outcome-Messung «Rehospitalisation innert 30 Tagen»

**Dirk Wiedenhöfer, Manager Qualitätsmessungen**

Verein Outcome ([www.vereinoutcome.ch](http://www.vereinoutcome.ch))

**Ausgangslage:** Rehospitalisationen sind ein unerwünschtes Ereignis, insbesondere dann, wenn sie vermeidbar gewesen wären. Seit dem Jahr 2000 steht den Spitälern, die mit dem Verein Outcome kooperieren, die Outcome-Messung «Ungeplante Rehospitalisation innert 30 Tagen» zur Verfügung.

**Fragestellung:** Wie gelingt es im Rahmen einer Weiterentwicklung, die Frage der Vermeidbarkeit einer Rehospitalisation besser zu implementieren, die Messung in bezug auf Aspekte wie z.B. Indikationsqualität, Komplikationen aussagekräftiger zu machen sowie die Patientenperspektive stärker zu gewichten?

**Vorgehen und Resultate:** Die Qualitätskommission des Verein Outcome erteilte der Geschäftsstelle den Auftrag, die bestehende Messung weiterzuentwickeln. In diesem Zusammenhang wurde ein breit abgestütztes Experten-

gremium gebildet, in dem Personen seitens der Leistungserbringer und Finanzierer aus verschiedenen Kantonen vertreten waren. Von September 2006 bis Juni 2007 fanden sechs moderierte Arbeitsgruppensitzungen statt. Nach Abschluss der Weiterentwicklung heisst die Messung «Rehospitalisation innert 30 Tagen», da im Fokus der Betrachtung alle Wiedereintritte während 30 Tagen stehen. Die weiterentwickelten Messinstrumente wurden einem Pre-Test unterzogen, welcher positiv verlaufen ist. Erste Resultate der Pilotmessung liegen vor. Die Ziele der Weiterentwicklung konnten erreicht werden, d.h., die Messung ist insgesamt aussagekräftiger geworden. Gelingt es, die Anzahl potentiell vermeidbarer Rehospitalisationen zu senken, können dauerhaft Ressourcen geschont und Drehtüreffekte minimiert werden.

## P 13: RCTs in Managed Care – warum Beckhams Rücken wichtig ist

**Dr. med. Markus Battaglia, Frau Nicole Roth**

Praxis Bubenberg ([www.praxis-bubenberg.ch](http://www.praxis-bubenberg.ch))

Die Praxis Bubenberg hat sich ans höchste Level eines Studiendesigns gewagt: einen Randomized Controlled Trial (RCT) zur Frage der Behandlung von akuten Rückenschmerzen. In Zusammenarbeit mit Inselspital und Universität Bern wurden über 100 Patienten randomisiert. Untersucht wurde die Frage, ob eine manipulative Therapie der Wirbelsäule zusätzlich zur Standardbehandlung in den ersten 14 Tagen und nach sechs Monaten Vorteile bringt. Erhoben wurden die Schmerzintensität, funktionelle Defizite im Alltag und der Konsum von Medikamenten mittels täglicher Aufzeichnung. Es konnte gezeigt werden, dass sowohl im Frühstadium als auch nach einem halben Jahr die zusätzliche spinale manipulative Behandlung keinen relevanten Nutzen ergab.

Eine Herausforderung für die gesamte Praxis war die korrekte Information der Teilnehmer über den Studienschluss und die Durchführung der Behandlung anlässlich

der Erstkonsultation. Dies war nur möglich mit einer guten Vorbereitung der Abläufe im Praxisalltag. Bei der Wissensvermittlung und Schulung zur Studie wurden nicht nur die Ärzte, sondern auch das medizinische Praxispersonal einbezogen. Dabei erwies sich ein Pin-up von David Beckham als äusserst hilfreich.

Von Vorteil für Forschungsaktivitäten im Managed Care sind strukturelle Eigenheiten: die Möglichkeit der Schaffung von Forschungsstellen, die Abfederung von Spitzen im Dienstleistungsbetrieb in Gruppenpraxen, der überdurchschnittliche Grad der elektronischen Datenverarbeitung, aber auch die Möglichkeit, eine Mitfinanzierung aus Mitteln des Netzwerkes zu generieren. Der schrittweise Aufbau einer Forschungskultur in der einzelnen Praxis ist der Schlüssel für die erfolgreiche Durchführung von wissenschaftlichen Studien und verleiht damit Managed Care zusätzliches Profil und Qualität.

## P 21: GeWint – integrierte Gesundheitsregion Winterthur

Dr. Holger Auerbach<sup>a</sup>, Karl Metzger<sup>b</sup>, Dr. med. Andreas Roos<sup>c</sup>

Netzwerke Gesundheitsökonomie Winterthur, <sup>a</sup>Stv. Institutsleiter, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, <sup>b</sup>Leiter Managed Care, BlueCare, <sup>c</sup>Präsident, Netzwerk Gesundheitsökonomie Winterthur

GeWint steht für ein zukunftssträchtiges Projekt, mit dem für die Region Winterthur – bestehend aus der Stadt Winterthur und einem Gürtel von 51 Gemeinden mit rund 200 000 EinwohnerInnen – ein neuartiger Konzeptvorschlag für eine integrierte Gesundheitsregion Winterthur erarbeitet wurde. Das Projekt wird vom Netzwerk Gesundheitsökonomie Winterthur getragen, dem alle namhaften Akteure (u.a. Leistungserbringer, Kostenträger, öffentliche Hand) des regionalen Gesundheitswesens angehören. Erste Konzeptideen wurden am Symposium Managed Care 2007 bereits vorgestellt und diskutiert – heute liegt die fertige Konzeption vor.

Veränderungen in der Gesundheitsversorgung machen auch vor der Region Winterthur nicht Halt, obwohl Innovationen durch Managed-Care-Systeme in Winterthur seit 15 Jahren Tradition haben. GeWint öffnet den Weg für eine nächste Generation von Versorgungsmodellen und nutzt dazu sowohl Erfahrungen aus dem In- und Ausland als auch Erkenntnisse aus Branchen mit ähnlich komplexen Aufgabestellungen. GeWint soll die Akteure auf

ein gemeinsames Ziel vereinigen: ihre Region integriert zu versorgen. Hauptziel von GeWint ist eine bessere Versorgung der verschiedenen Zielgruppen: der Bevölkerung, der Versicherten sowie der Patienten im allgemeinen und der chronisch Kranken im speziellen. Integrierte Versorgungssysteme erfordern ein hohes Mass an Projekt- und Produktentwicklung. Mit dem im Konzept vorgeschlagenen Dienstleistungsangebot können bestehende Angebote für die Region besser vernetzt oder neue Dienstleistungen darauf aufbauend entwickelt werden. Durch den Einsatz moderner E-Health-Lösungen wie der Schaffung eines Gesundheitsportals oder der Etablierung eines elektronischen Patientendossiers können die Qualität der Versorgung sowie die medizinischen und administrativen Prozesse optimiert werden.

Die vorgeschlagene GeWint-Verbundorganisation stellt dazu die notwendigen Rahmenbedingungen und Finanzierungsgrundlagen sicher, um die Interessen der verschiedenen Akteure auf einer konstruktiven und partnerschaftlichen Ebene zusammenzuführen.

## P 22: Kommunikation und Vernetzung in der Onkologie

Dr. med. Thomas Grüninger, Lyn S. Lindpaintner BA BSN MD

Stiftung Meconex, Basel

Die Onkologische Klinik des Universitätsspitals Basel und die Ärzteschaft von HMO Gesundheitsplan sind 2005 übereingekommen, die Betreuung der onkologischen Patientinnen und Patienten zu optimieren. Angestrebt wurde eine Klärung der Rollen des Grundversorgers und des onkologischen Spezialarztes durch ein vom Projektteam entwickeltes Phasenmodell der Krebsbehandlung sowie die Evaluation des Nutzens eines Nurse-Case-Management-Ansatzes. Die Ausgangslage und das Phasenmodell sowie erste Erfahrungen wurden bereits im Juni 2006 am Symposium Managed Care vorgestellt.

Inzwischen sind die Pilotphase und deren Evaluation abgeschlossen. Die vielfältige klinisch-koordinative Rolle der Nurse-Case-Managerin (NCM) wurde als wirksam und positiv eingestuft. Die NCM dient als autonom agierendes Bindeglied zwischen Patienten und Angehörigen,

Grundversorgern, Spitalärzten, Kasse und lokalen Ressourcen. Durch proaktive Kontaktaufnahme mit Krebskranken im Lauf der onkologischen Erkrankung werden eine Optimierung des Informationsflusses und eine rechtzeitige Erfassung der Belastung durch Symptome angestrebt. Der Einsatz einer NCM eignet sich am besten bei Menschen mit lückenhafter sozialer Unterstützung, Polymorbidität oder multiplen Schnittstellen in der Behandlungskette.

Aufgrund der positiven Evaluation sieht HMO Gesundheitsplan vor, das Case Management einzuführen und NCMs anzustellen. Die Erweiterung der Patientenzielgruppen wird systematisch geprüft, eine Evaluation der Wirtschaftlichkeit der NCM-Rolle ist vorgesehen.

## P 23: New Case Management: weniger Kosten und zufriedener Kunden

Dr. Willi Morger, Hans Fleischli

Suva (www.suva.ch)

New Case Management (NCM) ist die Bezeichnung für das neue Schadenmanagement, das die Suva 2003 zur besseren Betreuung der Verunfallten eingeführt hat. Mit ihrem innovativen Ansatz weicht die Suva bewusst vom traditionellen Schadenmanagement ab. Im Zentrum des NCM stehen verunfallte Menschen mit einem komplexen Heilverlauf. Sie befinden sich in einer aussergewöhnlichen Situation, mit der sie alleine nicht zurechtkommen. Das NCM fokussiert gezielt auf eine ganzheitliche Betreuung. Die Case-Manager haben die Aufgabe, die Schwerverunfallten zu begleiten und intensiv zu unterstützen. Sie koordinieren Leistungen mit anderen Versicherern und fördern die berufliche Wiedereingliederung; vorab den Arbeitsplatzverlust, indem sie mit Arbeitgebern nach geeigneten Lösungen suchen. Unterstützt werden sie von den Kreisärzten und den Suva-Rehabilitationskliniken in Bellikon und Sitten.

**Gelungene Wiedereingliederungen:** Die Anzahl neuer Invalidenrenten sank von 2003 bis 2007 von 3357 auf 2481 Renten pro Jahr. Dies entspricht einer jährlichen Abnahme um 26% sowie einer Kostenreduktion um rund ein Drittel. Davon profitieren auch die Prämienzahler in Form von tieferen Prämien. Das NCM wird von den Arbeitgebern wie auch den Verunfallten äusserst positiv bewertet. Wie sich bei der in die Suva integrierten Militärversicherung zeigt, lässt sich NCM auch im Krankenversicherungsbereich wirksam einsetzen.

**Frühes Erkennen entscheidend:** Trotz erfolgreicher Fünfjahresbilanz will die Suva das NCM kontinuierlich weiterentwickeln. Primäres Ziel ist, Komplexfälle noch früher zu erkennen. Denn je rascher und kompetenter Patienten nach einem Unfall betreut werden, desto besser sind die Chancen auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung. Dazu strebt die Suva eine verstärkte Zusammenarbeit mit den Ärzten an.

## W 12: Case Management bei schwer und unheilbar Kranken

Andreas Weber

palliative care NEZTWERK ZH/SH

Die wichtigsten Ziele der Betreuung von schwer und unheilbar Kranken, nämlich, dass sie nicht leiden und die verbleibende Lebenszeit wenn möglich zu Hause zu verbringen können, werden bei weniger als 40% der Patienten erreicht. Kann durch Case Management bei dieser Patientengruppe die Zielerreichung erhöht werden?

**Vorgehen:** Konsekutiver Einschluss von 48 PatientInnen mit fortschreitender, schwerer Krankheit und geschätzter Lebenserwartung von einem Jahr oder weniger. 1) Gespräch über Prognose, Chancen und Risiken möglicher Interventionen zur Beeinflussung der Krankheit und ihrer Komplikationen, Erfassung der Bedürfnisse, Wertvorstellungen und Ziele des Patienten. 2) Vorausschauende Planung für Notfallsituationen. 4) Organisation des Betreuungsteams und Sicherstellung eines raschen und steten Informationsflusses unter allen Beteiligten. 5) Sicherstellung eines 24-Stunden-Piketdienstes durch infor-

mierte und kompetente Pflegende und Ärzte (mobiles Palliative-Care-Team). Gemessene Outcomes: 1) Ort des Sterbens. 2) Qualität der Symptomkontrolle (Edmonton symptom assessment system). 3) Zufriedenheit der Angehörigen. 4) Die beobachteten Werte werden mit Daten aus der Literatur verglichen.

**Resultate:** 38 der 48 PatientInnen sind innerhalb der Beobachtungszeit von neun Monaten gestorben. 28 zu Hause (74% versus 20% in der Literatur), 10 in einer Institution. Bei 29 der 38 gestorbenen PatientInnen konnten die Beschwerden und Leiden bis zum Schluss gut behandelt werden, so dass sie ruhig sterben konnten (76%).

**Konklusion:** Case Management kann die Betreuung am Lebensende verbessern. Eine prospektive, randomisierte Studie wäre sinnvoll, um die Resultate zu erhärten und die entscheidenden Interventionen zu identifizieren.

## W 22: Kooperatives Integrationsmanagement der Suva mit Ärztenetzen

**Karl Züger**

argomed Ärzte AG, Baden-Dättwil

Die argomed Ärzte AG machte Suva im 2006 das Angebot einer engeren Zusammenarbeit. Argomed ist der Zusammenschluss von Ärztenetzen der Kantone Aargau, Solothurn und Zug. Ihr sind insgesamt 435 Grundversorger angeschlossen. Die Firma engagiert sich seit zehn Jahren auf den Gebieten des Versorgungsmanagement, des Qualitätsmanagements und von E-Health. Grundversorger verfügen über ein grosses Netzwerk von Fachärzten, anderen Therapeuten sowie Organisationen des pflegerischen und häuslichen Supports, welches für das Case Management nutzbar gemacht werden sollte. Das Projekt «Kooperatives Integrationsmanagement der Suva mit Ärztenetzen» (KIMSA) verfolgt die Ziele, ärztliche Grundversorgerinnen und Grundversorger umfassend über das Fallmanagement zu informieren, mit ihnen zusammen die Chancen einer systematischen Kooperation im Wiedereingliederungsprozess auszuloten, die Versorgungsprozesse besser aufeinander abzustimmen und gemeinsam

integrierte Betreuungspfade zu entwickeln. Im Projekt soll der Betrieb von Arbeitsfähigkeitsabklärungsstellen innerhalb der argomed-Ärztenetze geprüft werden. Das Engagement der Hausärzte soll angemessen finanziell abgegolten werden. Das Projekt KIMSA schliesst einen Pilotversuch und die Einführung des Systems im Versorgungsgebiet von argomed ab Oktober 2009 ein.

Patientinnen und Patienten profitieren von noch besser koordinierten Betreuungsprozessen und der Hausarzt von einer besseren Anerkennung seiner Beiträge zur Reintegration von Patienten in den Arbeitsprozess. Suva erwartet eine Erhöhung der Wiedereingliederungsquote. Das Projekt KIMSA hat insofern Modellcharakter, als es weiteren Versicherten, insbesondere im KVG-Bereich, aufzeigt, wie sich eine partnerschaftliche Zusammenarbeit im Gesundheitswesen für alle Beteiligten konstruktiv auswirken kann.

## W 32: Kommunikation mit Patienten und Angehörigen nach einem Zwischenfall

**Olga Frank, Dr. Marc-Anton Hochreutener**

Stiftung für Patientensicherheit ([www.patientensicherheit.ch](http://www.patientensicherheit.ch))

Zwischenfälle und Fehler sind nicht völlig vermeidbar, aber in ihrer Häufigkeit reduzierbar. Sie sind sogar eine Chance, denn aus ihnen kann man lernen. Dies gilt auch für Zwischenfälle in der Medizin. Behandlungszwischenfälle sind für alle Beteiligten – Patienten, Angehörige und Behandelnde – eine ausserordentliche Belastung. Nicht selten erleben Patienten und Angehörige eine unbefriedigende, nicht offene Kommunikation. Dabei zeugt die richtige Kommunikation eines Zwischenfalls von Professionalität und Respekt gegenüber dem Patienten und seinen Angehörigen. Sie ist für Patienten und Angehörige genau so wichtig wie der Zwischenfall und seine Folgen selbst.

Patienten haben sehr klare kommunikative Anliegen, falls sie Opfer eines Zwischenfalls werden. Sie wollen Empathie spüren und, ehrlich und rasch über die Situation informiert werden. Sie wollen aufrichtiges Bedauern seitens der Zuständigen spüren, und sie wollen verstehen, was ge-

schehen ist. Sie wollen zudem wissen, welche gesundheitlichen Auswirkungen das Ereignis für sie hat und wie die Behandlung angesichts des Zwischenfalls weitergeht. Ein grundlegendes Bedürfnis betroffener Patienten ist es, vor weiterem Schaden bewahrt zu werden. Desgleichen wollen sie sicher sein, dass die Organisation aus dem Ereignis lernt und sich gleiche Fehler nicht wiederholen.

Das Management eines kritischen Zwischenfalls ist ein zentrales Anliegen einer Sicherheitskultur, die festlegt, wie im Falle eines Schadens reagiert und kommuniziert wird. Im Rahmen des Symposium Forum Managed Care wird die Stiftung für Patientensicherheit einen interaktiven Workshop zum Thema «Kommunikation mit Patienten und Angehörigen nach einem Zwischenfall» anbieten, in dem die Teilnehmer in Rollenspielen die Gesprächsführung üben und sich in die Situation eines betroffenen Patienten hineinversetzen können.

## P 31: Nachhaltige Kosteneinsparungen in Managed-Care-Modellen

PD Dr. Konstantin Beck, Urs Käser

CSS-Institut für empirische Gesundheitsökonomie ([www.css-institut.ch](http://www.css-institut.ch))

Im Schweizer Kontext gibt es noch keine Untersuchung zur Nachhaltigkeit, das heisst zur langfristigen Nachweisbarkeit von Kosteneinsparungen, in Managed-Care-Modellen. Diese Arbeit untersucht, ob Versicherte lediglich beim Eintritt in MC-Modelle oder auch über Jahre hinweg kostengünstiger behandelt werden können, denn reine Selektionseffekte wachsen sich im Laufe der Zeit aus, während ein kostenbewusster Behandlungsstil nachhaltige Effekte zeitigen müsste.

Die Versicherten von vier grösseren und seit langem bestehenden MC-Netzwerken wurden nach ihrem Eintrittsjahr in je vier Kohorten unterteilt. Für die Kohorten wurden separate Deckungsbeitragsrechnungen für die Jahre 2004 bis 2006 erstellt. Diese Deckungsbeitragsrechnungen stellen die Differenz dar aus bezahlten Prämien und den Zahlungen an die MC-Modelle (Capitation, rückversicherte Leistungen und evtl. Verlustanteile), dem zu ent-

richtenden Risikoausgleich und den Verwaltungskosten. Der Vergleich der Deckungsbeiträge zwischen den MC-Versicherten und den OKP-Versicherten derselben Region liefert eine Masszahl für die Kosteneinsparung, den risikogerechten Prämienrabatt. Wegen der Kalibrierung auf die OKP-Versicherten liefert diese Methode eine Bestimmung der Kosteneinsparung, die unabhängig ist von der effektiv gesetzten Prämie (welche sich nachträglich als zu hoch oder zu tief herausstellen kann).

Die Auswertung ergibt klare Indizien für eine Nachhaltigkeit der gemessenen Kosteneinsparungen. Der risikogerechte Prämienrabatt lag im Durchschnitt der MC-Modelle zwischen 20% und 30% und blieb innerhalb der Eintritts-Kohorten praktisch stabil. Allerdings ist die vorliegende Zeitreihe noch kurz, und weitere Analysen werden den beobachteten Trend bestätigen müssen.

## P 32: Kennzahlengesteuertes Management neuer Versorgungsformen

Dr. med. Dominik Deimel, Leiter AG «Prozess- und IT-Management»

Bundesverband Managed Care e.V. Berlin ([www.bmcev.de](http://www.bmcev.de))

Mit der Etablierung neuer Versorgungsformen kommen auch neue Konzepte in das Management der Patientenversorgung. Hierbei wird deutlich, dass Kennzahlen in der Unternehmensführung immer mehr an Bedeutung gewinnen. Nicht nur betriebswirtschaftliche Daten, sondern auch medizinische Informationen und Leistungsdaten der teilnehmenden Patienten helfen bei der vorausschauenden Versorgungssteuerung. Kennzahlen ermöglichen Gesundheitsunternehmen in neuen Versorgungsformen, ihr aktuelles Leistungsspektrum zu bewerten aber auch bei der Ausweitung ihrer Angebote neue Geschäftsmodelle zu antizipieren. Interessanterweise werden schon heute in den unterschiedlichen Bereichen der Leistungserbringer und Krankenversicherer Daten erhoben, die eine Bewertung und Simulation von neuen Versorgungsformen zulassen.

Doch welche Kennzahlen sind wirklich relevant für die Unternehmenssteuerung bei neuen Versorgungsformen? Welche Voraussetzungen müssen organisatorisch geschaffen werden, um Kennzahlen zu erheben? Wie sind die rechtlichen Rahmenbedingungen? Wie können die Kennzahlen erfasst werden, und welche Informationstechnologie wird hierzu benötigt?

Im Rahmen des Workshops werden diese Fragen von Vertretern der Leistungserbringer, der Versorgungsforschung und der Industrie diskutiert. Über die Veranstaltung sollen die Teilnehmer aus den Bereichen Managed Care, Ärztenetze, Krankenversicherungen, Pharma- und IT-Industrie, Beratungsunternehmen, Verbände anhand von gemeinsam mit dem BMC durchgeführter wissenschaftlicher Analysen und Praxisberichte Impulse für die Etablierung von Kennzahlen in ihren eigenen Projekten erhalten.

## P 33: JASS: MC-Versicherungsmodell mit ambulanter/ stationärer Spitalbehandlung

Dr. med. Markus Bieri<sup>a</sup>, Dr. med. Hans Werner Leibundgut<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Präsident Ärztenetzwerk oberes Emmental, <sup>b</sup>Verwaltungsratspräsident Pontenova (hwleibundgut@bluewin.ch)

**Fragestellung:** Trägt Managed Care mit integriertem ambulantem und stationärem Gatekeeping zur Optimierung von Qualität, Kosten und Effizienz der medizinischen Versorgung bei?

**Vorgehen:** Eine Studie des Ärztenetzwerkes oberes Emmental verglich anhand von Daten aus dem Pool von san-tésuisse die Gesundheitskosten der eigenen Region mit jenen des Kantons Bern und der Schweiz. In den Jahren 2000–2005 waren im oberen Emmental die Kosten für die ambulante Medizin über 30 %, für die stationäre über 20% geringer als in der übrigen Schweiz, obwohl der Anteil der über 65jährigen Einwohner 16% über dem Landesdurchschnitt liegt. Das bestehende System wirkt sich volkswirtschaftlich also günstig aus. Ein wesentlicher Faktor ist die Gatekeeper-Funktion des Spitals. Darum werden Krankenkassenverträge angestrebt, die den ambulanten und stationären Grundversorgungsbereich einbeziehen. Im Wissen, dass medizinische Notfälle und stationäre Grundversorgung am lokalen Spital in der Regel

kostengünstiger und effizienter erfolgen, sollen Versicherte von einer (zusätzlichen) Prämienvergünstigung profitieren, falls:

- in *Notfällen* primär die ambulante oder stationäre Behandlung bzw. Triage am lokalen Spital – nicht in der Zentrums-klinik – stattfindet.
- bei *Wahleingriffen* die Versorgung am lokalen Spital erfolgt, sofern die noch zu definierenden qualitativen Bedingungen erfüllt sind (zu erstellender Operationskatalog).

**Resultat:** Qualität und Kostenentwicklung der Vertragspatienten werden mit einem entsprechenden Kollektiv verglichen. **Konsequenz:** Die Bevölkerung verzichtet teilweise auf die Wahlfreiheit zu Gunsten der lokalen Gesundheitsversorgung. Klare Versorgungsstrukturen erleichtern die Praxisnachfolge.

Das Ärztenetzwerk oberes Emmental gibt im Rahmen einer Pilotstudie wichtige Impulse für künftige Planungsentscheide.

## P 41: Telmed-Versicherung: Kostensenkung oder Risikoselektion?

Dr. oec. publ. Chantal Grandchamp, Dr. oec. publ. Lucien Gardiol

Institut d'économie et de management de la santé, Université de Lausanne.

Referent: Dr. med. Peter Fuchs, Oberarzt Medgate, Basel

Die vorliegende Arbeit soll die Effizienz eines telemedizinisch betreuten Managed-Care-Konzepts in der Schweiz empirisch schätzen. In unserer Untersuchung haben wir die Leistungsdaten von mehr als 160 000 Erwachsenen einer grossen Schweizer Krankenversicherung über sechs Jahre hinweg analysiert.

In der Schweiz ist der Abschluss einer Krankenversicherung obligatorisch, jedoch besteht die Möglichkeit, zwischen einem Managed-Care-Plan und einem Fee-for-Service-Plan (obligatorische Grundversicherung) zu wählen. Die vorliegende Arbeit konzentriert sich auf den Vergleich eines Fee-for-Service-Plans mit einem Managed-Care-Modell, bei dem der Versicherte vor einer ärztlichen Realkonsultation zuerst ein telemedizinisches Beratungszentrum anrufen muss. Dieser Plan verursacht durchschnittlich viel geringere Ausgaben pro Versicherten als ein konventioneller Fee-for-Service-Plan. Die Gründe

dafür können Selektion, Anreize oder einfach die Effizienz sein. Die in der Arbeit beschriebene Methode unterscheidet Selektions- und Anreizeffekte einerseits und Effizienzeffekte andererseits. Sie kann genutzt werden, um Krankenversicherungsmodelle generell untereinander zu vergleichen.

In unserer Stichprobe können etwa 90% der Differenz in den Ausgaben durch Selektion und Anreize erklärt werden. Die übrigen 10%, die aufgrund der telemedizinischen Effizienz eingespart werden, belaufen sich auf ungefähr 150 Franken pro Jahr und versicherte Person. Davon werden ca. 60% vom Versicherer und 40% vom Versicherten eingespart. Während der Plan kosteneffizient ist, sind die grössten Gewinner die Versicherten, die nicht nur monetäre und nichtmonetäre Kosten sparen, sondern auch von reduzierten Prämien profitieren.

## P 42: Online-Beratung im Universitätsspital Zürich

**Maria Christiane Brockes, Sabine Schmidt-Weitmann, Jacqueline Buser**

Geschäftsstelle E-Health, Unispital Zürich ([www.onlineberatung.usz.ch](http://www.onlineberatung.usz.ch))

Mit der technischen Entwicklung und der verbesserten Allgemeinbildung hat sich die Rolle des Patienten markant verändert. Vom passiven und abhängigen Empfänger einer medizinischen Behandlung entwickelt sich der Patient mehr und mehr zum aktiven, informierten und verantwortungsbewussten Teilnehmer im Gesundheitswesen. Die medizinische Online-Beratung kommt dem Trend der Entwicklung dieser neuen Patientenrolle – des Patient-Empowerments – entgegen. Sie bietet dem Nutzer die Möglichkeit, sich über medizinischen Anliegen zu informieren.

Das Unispital Zürich bietet seit August 1999 mit der Online-Beratung einen professionellen Service für schnelle und zeitpunktunabhängige Beratung zu individuellen Gesundheitsfragen an. Beantwortet werden die Fragen von einem Ärzteteam der Geschäftsstelle E-Health. Seit Anfang des Jahres wird das Online-Beratungs-Team von über

80 Spezialisten aus allen Kliniken und Abteilungen im USZ, des Kinderspitals und der Uniklinik Balgrist unterstützt. Somit basieren die qualitativen Antworten auf einem grossen Erfahrungsschatz und aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Sie umfassen die gesamte Breite der Medizin von Hautkrankheiten über Rheumatologie, Wiederherstellungschirurgie bis hin zur Homöopathie. 81 Prozent der Nutzer geben an, dass die Antwort ihnen weitergeholfen hat, und 97 Prozent bewerten die Verständlichkeit der Antworten mit gut bis sehr gut.

Die Online-Beratung im Unispital verzeichnet nicht nur eine steigende Zahl von Anfragen, sondern auch eine Zunahme der Schwierigkeit und Komplexität von Anfragen, so dass Antworten häufig den Charakter einer Zweitmeinung haben. Die Profilierung als führende universitäre Institution mit virtueller Patientenberatung unterstützt die Positionierung des Unispitals im Gesundheitsmarkt.

## P 43: eMedX® – mehr Sicherheit und Transparenz bei der Medikation

**PD Dr. Stefan Eggli<sup>a</sup>, Dr. med Hendrik Kohlhof<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>Leitender Arzt Kniechirurgie, Orthopädische Chirurgie, Inselspital, Bern,

<sup>b</sup>Wissenschaftlicher Assistent, Universitätsklinik für Orthopädische Chirurgie, Inselspital, Bern.  
Inselspital Bern ([www.inselspital.ch](http://www.inselspital.ch)), Qualidoc AG, Liebefeld ([www.qualidoc.ch](http://www.qualidoc.ch))

Vor mehr als drei Jahren haben die drei Parteien (Inselspital Bern, e-mediat AG und Qualidoc AG) entschieden, mittels eines vom Bund unterstützten Projekts (KTI-Projekt) eine elektronische Arzneimittelverordnung mit eingebauten Sicherheitskontrollen (Interaktions-, Kontraindikations- und Dosiskontrollen etc.) zu entwickeln. Diese webbasierte Applikation soll sowohl die verordnenden (Ärzte) als auch die abgebenden (Pfleger) Personen bei der Arzneimitteltherapie mit nützlichen, praxisnahen Informationen und Kontrollen unterstützen.

Vom Pilotprojekt «e-Med» am Berner Inselspital zum Produkt: Seit Mitte 2007 ist nun das Produkt eMedX® auf dem Schweizer Markt erhältlich, nachdem es an einer orthopädischen Normalstation am Berner Inselspital erfolgreich getestet und seit Herbst 2006 in der Praxis eingesetzt wird. Seit Dezember 2007 gehören bereits zwei Akutspitäler zu den ersten eMedX®-Abnehmern.

Die ersten ausgewerteten Resultate aus der Pilotphase am Inselspital sprechen für sich. In erster Linie konnten sowohl handschriftliche Fehlerquellen sowie Übertragungsfehler nahezu gänzlich vermieden werden. Die zusätzlichen Sicherheitskontrollen erhöhen zudem die Sicherheit nochmals signifikant. Die Philosophie von eMedX® ist praxisorientiert: So wird z.B. der Arzt während der Verordnung nicht ständig mit Warnungen überhäuft bzw. unterbrochen, sondern er wird mit dezenten Warnhinweisen im Hintergrund auf potentielle Interaktionen und Risiken aufmerksam gemacht. Somit ist es dem Arzt als Entscheidungsträger überlassen, sich über die angezeigte Warnung tiefer zu informieren. Mit einem Mausklick sind sowohl das Schweizer Arzneimittelbrevier® als auch das Arzneimittelkompendium der Schweiz® einsehbar. Neu sind sämtliche Funktionalitäten von eMedX® auch in einer Intranet-Version verfügbar.