

managed care



4 • 2006
19. Mai

Nahtstellen zwischen ambulant und stationär

Die Bedeutung von Nahtstellen

**Förderung der Zusammenarbeit über das
Spital hinaus**

Spitäler im lokalen Gesundheitsnetz

Integrierte psychiatrische Versorgung

Integrierte Prozesssteuerung aus Sicht der Versicherer

eHealth: Die Werkzeuge sind vorhanden

**Ambulante und stationäre Betreuung:
die Patientenperspektive**

Symposium
Forum Managed Care 2006:
**Nahtstellen zwischen ambulanter
und stationärer Versorgung**
14. Juni 2006, Zürich

www.forummanagedcare.ch
www.tellmed.ch

en français:
www.managedcareinfo.net

Ideen, Weitblick und Mut zur Veränderung

Erika Forster-Vannini

Die Gesundheitsversorgung der Schweiz wird von der Bevölkerung auch gemäss neuesten Umfragen als ausgezeichnet betrachtet. Dennoch rangiert die Gesundheit auf dem Sorgenbarometer auf dem zweiten Platz. Tatsächlich zeichnen sich in der Schweiz, wie in den meisten Industrienationen, eklatante Defizite bei der Finanzierung sowohl auf Leistungsanbieter- als auch auf Versicherungsseite ab. Die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und eines bedarfsgerechten Zuganges zu medizinischen Leistungen müssen langfristig an die Hand genommen werden. Für die wichtigsten Entscheidungsträger, die Patienten und ihre behandelnden Ärzte, sind Anreizsysteme für einen effizienten Ressourceneinsatz zu schaffen.

In den letzten Jahren hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass eine medizinische Versorgung, die von der Diagnose bis zur letzten Therapie von einer Hand gesteuert wird, aus qualitativen und wirtschaftlichen Gründen gefördert werden muss. Es braucht Angebote, bei denen zum einen die Patienten während des gesamten Diagnose- und Behandlungsprozesses betreut werden und zum anderen die Leistungserbringer und Versicherer in die finanzielle Verantwortung einbezogen werden. Integrierte Versorgungsnetze – Managed-Care-Modelle – sollen als zusätzliche und weitergehende Versicherungsform im Gesetz definiert werden. Ziel der Managed-Care-Modelle ist es, durch die Zusammenarbeit aller Beteiligten eine hohe Behandlungsqualität zu erlangen und die Ressourcen so effizient wie möglich zu nutzen. Dabei dürfen nicht nur finanzielle Aspekte berücksichtigt werden. Es muss auch das Vertrauen in diese Versicherungsmodelle und insbesondere ihre Qualität gefördert werden. Versicherte müssen darüber informiert wer-

den, dass Grundsätze wie eine umfassende medizinische Versorgung, die Übernahme der Folgebehandlungen und die Qualität der Leistungen gewährleistet sind. Solche Modelle sind nicht nur für Versicherte, sondern auch für Leistungserbringer attraktiv. Leistungserbringern und Netzwerken, die vornehmlich chronischkranke und polymorbide Patienten betreuen, kann mit der Verbesserung des Risikoausgleichs Rechnung getragen werden. Dieser verschafft jenen Versicherern einen Marktvorteil, die sich auf eine wirksame Steuerung der Gesundheitsversorgung spezialisieren.

Die Schweizer Managed-Care-Bewegung hat in den letzten 15 Jahren eine weit beachtete Pionierarbeit geleistet. Hausarztmodelle und andere Managed-Care-Angebote verzeichnen seit zwei Jahren wieder ein beachtliches Wachstum. Dennoch fehlt ihnen weiterhin eine ausreichende Marktdurchdringung, um Kosten und Qualität im gesamten Gesundheitsmarkt merklich zu beeinflussen. Die Anreize für Versicherte, einem Managed-Care-Modell beizutreten, sollten verstärkt werden, zum Beispiel durch tiefere Kostenbeteiligung respektive höhere Kostenbeteiligung in der traditionellen Versicherung. Das «Forum Managed Care»-Symposium bietet eine wichtige Plattform, um die zum Teil gegensätzlichen Interessen unter den wichtigsten Akteuren zu diskutieren und gemeinsam Ansätze für nachhaltige Lösungen zu erarbeiten. Ich wünsche allen Symposium-Teilnehmenden innovative Ideen, sektorübergreifenden Weitblick und Mut zur Veränderung.



Erika Forster-Vannini

Erika Forster-Vannini

Ständerätin FDP SG, Präsidentin Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK-SR)

SCHWERPUNKTTHEMA:
NAHTSTELLEN ZWISCHEN AMBULANT UND STATIONÄR

- 9** **Die Bedeutung von Nahtstellen zwischen ambulant und stationär**
 Peter Berchtold
 Gerade die Managed Care-Entwicklung in der Schweiz zeigt, dass selbst im fragmentierten Gesundheitswesen von unterschiedlichen Interessengruppen gemeinsame Lösungen möglich sind.
- 12** **Förderung der Zusammenarbeit über das Spital hinaus**
 Andy Kennedy
 Aktuelle Tendenzen, wie die Gesundheitsversorgung über die Spitalgrenzen hinaus organisiert und koordiniert werden kann.
- 15** **Spitäler im lokalen Gesundheitsnetz**
 Leo Boos, Werner Widmer
 Lokale Netzwerke zwischen Hausärzten und regionalen Spitälern können die Schnittstelle ambulant-stationär in eine Nahtstelle verwandeln.
- 18** **Integrierte psychiatrische Versorgung: von der Stammklinik zur Netzwerkklinik**
 Andreas Andreae
 In der Psychiatrie wird eine durchgreifende fachliche, soziale und budgetäre Integration aller Versorgungsleistungen angestrebt, die für komplexe Patientenbedürfnisse nötig sind.
- 21** **Integrierte Prozesssteuerung aus Versicherersicht**
 Andreas Rippmann
 Nur wenige Ärzte und Spitäler beteiligen sich an Programmen, die der Optimierung von Versorgungsprozessen oder der qualitativ besseren Patientenbetreuung dienen.
- 24** **eHealth: Die Werkzeuge sind vorhanden – aber wollen wir sie auch einsetzen?**
 Martin D. Denz
 Die Informations- und Kommunikationstechnologien sind Mittel der Wahl für Branchen mit hoher Informationsdichte und mit Bedarf für Koordination und Prozessoptimierung.
- 26** **Wer kümmert sich wie und wo um mich?**
 Ruedi Josuran
 Gedanken aus der Sicht von Betroffenen zu Begegnungs- und Dialogstellen zwischen Spital und Praxis am Beispiel der Psychiatrie.

QUALITÄTSENTWICKLUNG

- 28** **Interdisziplinäres Qualitätsmanagement im Spital**
 Thomas Kaufmann, Stefan Hunziker, Guido Schüpfer
 Um die Qualität im Spital bereichsübergreifend messen zu können, wurde eine Qualitätspyramide entwickelt.

VERANSTALTUNGSBERICHT

- 37** **Möglichkeiten und Grenzen in der Onkologie**
 Lorenz Borer
 Bericht über die 2. Luzerner Trendtage Gesundheit vom 23. und 24. März 2006

RUBRIKEN

4	Forum Managed Care Symposium 2006: Programmübersicht, Workshop-Angebote
33	Buchbesprechung Wissensmanagement im Gesundheitswesen
35	Kolumne Hausärzte: Wir sind Gold wert! – von Bea Heim, Nationalrätin SP
36	Seite von med-swiss.net Vorankündigung und Einladung für den Podiumsanlass vom 31.8.06 in Zürich
40	Resonanz Ideen zu einer neuen nationalen Gesundheitspolitik • Mündige Bürger • Kein neues Kniegelenk für Übergewichtige • Spitzenmedizin und Lebensqualität
41	Buchhinweis Managed Care auf dem Prüfstand
42	Veranstaltungskalender Veranstaltungen/Weiter- und Fortbildung
44	In Kürze Territorialitätsprinzipien • Gesundheitliche Weichenstellung im jungen Erwachsenenalter • USA: Ungenügende medizinische Qualität für alle • Leitlinien für die Grundversorgung? *** Vor-schau: Alter-Geriatrie-Ökonomie

managed care

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

Verlag:
Rosenfluh Publikationen AG
Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen

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

* Ausschuss des Redaktionellen Beirats

Betreuung des Schwerpunktthemas:
Kurt Hess

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

Büro Neuchâtel:
Brigitte Casanova
Rue Denis-de-Rougemont 36, 2000 Neuchâtel
Fax 044 431 73 56
E-Mail: b.casanova@rosenfluh.ch

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

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

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

DTP und Layout:
Rosenfluh Publikationen AG, Regina Hauser

Druck:
stamm+co. Grafisches Unternehmen
8226 Schleithelm

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

Abonnementspreise:
Erscheint achtmal jährlich
Jahres-Abonnement: Fr. 90.–
(Westeuropa: Fr. 135.–)
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 Neuhausen

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



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

Die Bedeutung von Nahtstellen zwischen ambulant und stationär

Gerade die Managed-Care-Entwicklung in der Schweiz zeigt, dass selbst im fragmentierten Gesundheitswesen von unterschiedlichen Interessengruppen gemeinsam getragene Lösungen und Innovationen möglich sind.

Peter Berchtold

Jedes Jahr werden gut 10 Prozent aller Versicherten in einem Spital behandelt. Grosses Engagement und Qualität charakterisieren die stationären Behandlungen. Aber sie belasten auch: den einzelnen Patienten, weil niemand gern ins Spital geht und das Gesundheitssystem, weil diese Versicherten fast dreimal höhere Kosten verursachen. Dies auch, weil unter ihnen viele chronisch Kranke sind, Patienten also, welche über längere Zeit zwischen ambulanter Betreuung und Spitalbehandlungen hin und her pendeln müssen. Es sind auch diese kranken Menschen, denen ein engeres Zusammenwirken und eine stärkere Integration zwischen ambulant und stationär entgegenkommen würden.

Weshalb es überhaupt Schnittstellen gibt ...

Die oberflächlichen (und mittlerweile ritualisierten) Schuldzuweisungen, wer im Gesundheitssystem für steigende Kosten verantwortlich sein solle, suggerieren gerne, dass fehlende Koordination im (Eigen-) Interesse aller sein muss. Solche Er-

klärungsmuster greifen zu kurz, und kaum ein Gesundheitssystem existiert, welches nicht mit kleineren und grösseren Reformen Kostenkontrolle und Zusammenwirken der Akteure optimieren wollte. Das Gesundheitswesen als Gesamtsystem zu steuern, fällt deshalb bekannterweise schwer, weil es weder bei uns noch sonstwo als kohärentes System existiert, sondern aus unterschiedlichen Teilsystemen besteht. Diese Teilsysteme haben ihre eigenen Historien, Kulturen und Logiken, was auch bedeutet, dass Vernetzung innerhalb der Teilsysteme das eine ist, Zusammenarbeit zwischen denselben aber etwas ganz anderes.

«Ambulant» und «stationär» sind zwei solche Teilsysteme, die beide schon ausreichend herausgefordert sind, um die Vernetzung innerhalb (zum Beispiel eines Spitals) zu optimieren und sich schwer damit tun, Verknüpfungen nach aussen zu verstärken. Wie kam es dazu, wie unterscheiden sie sich, und was ist das Trennende? Als hilfreich erweist sich ein Modell von Glouberman und Mintzberg, welches aufzeigt, wie sich die Akutversorgung in Spitälern (und in Analogie dazu die Gesundheitssysteme) seit langem in die vier unterschiedlichen Subsysteme Cure, Care, Control und Community differenziert (siehe *Abbildung 1 [1]*). Cure, die Mediziner, und Care, die Pflegenden, arbeiten beide im operativen Kerngeschäft der Behandlung und Betreuung von Patienten. Und trotzdem trennen ganz unterschiedliche Grundverständnisse diese beiden Subsysteme: Mediziner profilieren sich in ihren Fachdisziplinen, kontrollieren Behandlungsentscheide/ Interventionen und orientieren sich



Peter Berchtold

gerne ausserhalb der Spitalhierarchie. Die Pflegenden widmen sich vor allem den Betreuungsprozessen, koordinieren vieles rund um den Patienten und orientieren sich innerhalb der Organisation. Control, das Management, identifiziert sich mit der Hierarchie, kontrolliert Ressourcen – Budget, Betten, Stellen – und hat die Aufgabe, mittels messbarer Kriterien und Anreizen das Spital zu leiten. Das der Gesamtorganisation vorgesetzte Gremium (Community) ist zur Übersicht verpflichtet und bildet gleichzeitig die formale Verbindung zur Aussenwelt.

Alle diese Quadranten beziehungsweise die darin arbeitenden Menschen zeichnen sich durch ein je individuelles Verständnis ihrer Arbeit, eigene Kulturen, Hierarchiebezüge und Orientierungen aus. Diese wurden ihnen nicht «in die Wiege gelegt», sondern sie haben sie während ihrem beruflichen Werdegang akquiriert. Die so häufig beklagte «Unführbarkeit» von Spitälern beruht wesentlich auf eben diesen Unterschieden.

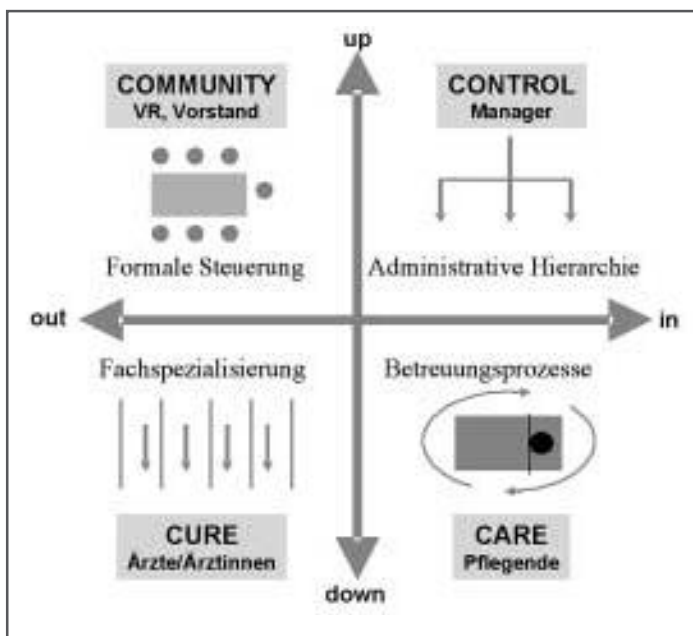


Abbildung 1

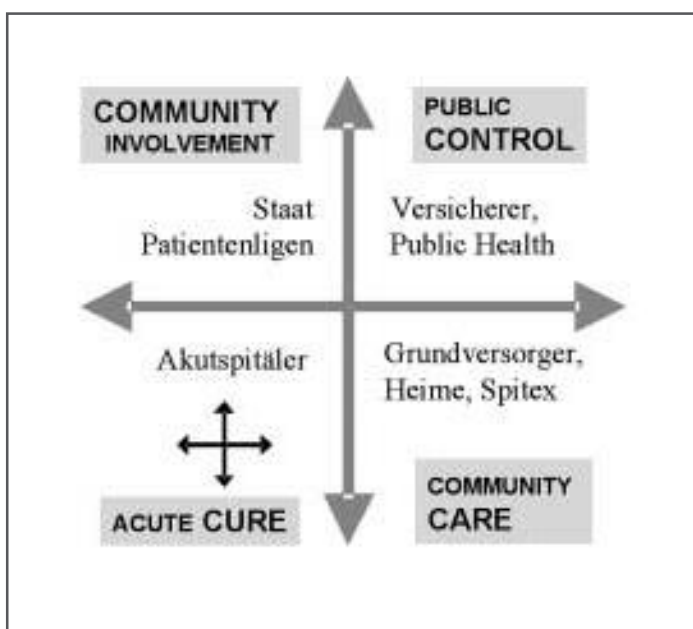


Abbildung 2

Auf der Stufe Gesundheitswesen ist ein analoges Bild auszumachen (Abbildung 2). Man braucht dazu nur das beschriebene Modell auf Systemebene anzuheben: Cure repräsentiert dann die Akutspitäler, Care die Grundversorger, Heime und Spitex, Control die Krankenkassen und regulierenden Instanzen sowie Community den Staat. Die beschriebenen Unterschiede treffen weitgehend auch hier zu, man braucht sich nur an eine Diskussion zwischen beispielsweise Krankenkassen und Ärz-

tevertretern oder Grundversorgern und Spitälern zu erinnern. Sie alle haben ihre eigenen Haltungen, Logiken sowie Wertvorstellungen, und sie zweifeln – mindestens im Konfliktfall – am Stellenwert der jeweils anderen!

... und wie daraus Nahtstellen werden

Der Schnittlinien sind also viele. Welche Verknüpfungsstrategien bieten sich an? Integration ist gefragt – auch im grundsätzlichen Sinn und in

verschiedenen Dimensionen: erstens ein integratives Verständnis, wobei es darum geht, unterschiedliche Haltungen und Wertvorstellungen als innere Logik der jeweils anderen Akteurguppen zu verstehen. Denn nur so lassen sich immer vorhandene gegenläufige Interessen konstruktiv überwinden.

Zweitens soll ein integratives Handeln, beispielsweise Projekte und Initiativen nicht nur im Licht der eigenen Anliegen, sondern unter Berücksichtigung der Interessen der beteiligten Akteure entwerfen und bearbeiten. Gerade die Managed-Care-Entwicklung in der Schweiz zeigt, dass selbst im fragmentierten Gesundheitswesen von unterschiedlichen Interessengruppen gemeinsam getragene Lösungen und Innovationen möglich sind. Lösungen und Innovationen übrigens, welche in umliegenden Gesundheitswesen kaum denkbar wären. Dem schweizerischen Sinn für Integration sei Dank. Drittens geht es um integrative Konzepte, also um koordinierte und aufeinander abgestimmte statt isolierter Massnahmen. Dieser Aspekt ist zur Überbrückung der ambulanten-stationären Schnittfläche mit Blick auf Patienten mit chronischen Krankheiten besonders bedeutsam. Denn komplexe Behandlungsabläufe lassen sich nur mit breit gefächerten Massnahmen und nicht mit punktuellen Eingriffen optimieren. ■

Autor:
PD Dr. Peter Berchtold
 Präsident Forum Managed Care
 Leiter College-M
 College für Management im
 Gesundheitswesen
 Freiburgerstrasse 41
 3010 Bern
 E-Mail:
 peter.berchtold@college-m.ch

Literatur:

1. Gloubermann S, Mintzberg H: Managing the care of health and the cure of disease. Health Care Manage Rev 2001, 26: 56-92.

Förderung der Zusammenarbeit über das Spital hinaus

Am Beispiel des fiktiven europäischen Landes Urbitopia zeigt der Autor aktuelle Tendenzen auf, wie die Gesundheitsversorgung über die Spitalgrenzen hinaus organisiert und koordiniert werden kann.

Andy Kennedy

In Urbitopia ist das Gesundheitsministerium seit geraumer Zeit über die steigenden Kosten besorgt. Es strebt danach, die Ausgaben für das Gesundheitswesen auf dem Niveau des EU-Durchschnitts zu halten, gleichzeitig soll den Wählern aber bestätigt werden, dass die bestehende Gesundheitsversorgung qualitativ ausgezeichnet ist. Dies ist ein schwieriges Unterfangen, obwohl das Ministerium in jüngster Zeit Erfolge bei Investitionen und Diversifikationen im Spitalsektor vorweisen konnte. Diese Bemühungen hatten zum Ziel, ein verbessertes Qualitätspaket im Bereich Service und Umwelt zu schnüren, die Wirksamkeit (auf der Linie des EU-Durchschnitts) zu erhöhen sowie einen einfacheren und rechtzeitigen Zugang zu angemessenen, spezialisierten Leistungen zu gewährleisten.

Die wichtigsten Massnahmen

Die Wähler machen jedoch noch immer die Regierung für das verantwortlich, was sie als Missstände in der Gesundheitsversorgung betrachten. Deshalb hat das Ministerium ein

neues Programm vorgelegt, mit dem Ziel, die Früherkennung und Prävention zu optimieren, den Bürgern mehr Mitspracherecht zu ermöglichen, Ungleichheiten zu bekämpfen sowie den Zugang zu kommunalen Dienstleistungen und die Unterstützung für Langzeitbedürftige zu verbessern. Eine Reihe unterschiedlicher Massnahmen sollte die Durchsetzung dieser Ziele gewährleisten. Die wichtigsten Massnahmen des Ministeriums waren:

- Hausärzte und Einkäufer von Gesundheitsleistungen sollen enger mit den lokalen und kommunalen sozialen Diensten zusammenarbeiten
 - die Bürger sollen alle notwendigen Informationen erhalten, um einen Hausarzt auswählen zu können und um über die lokalen sozialen Einrichtungen Kenntnisse zu erlangen
 - Bürger, die Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen müssen, sollen ihre Lebensführung aktiver gestalten und kontrollieren
 - Bürger mit besonderen Bedürfnissen – unter anderem junge Menschen, Mütter, Angehörige von ethnischen Minderheiten, Behinderte, Senioren und auch Straftäter – sollen jene Dienstleistungen erhalten, die sie benötigen
 - Gesundheitsleistungen sollen verstärkt im lokalen Umfeld bezogen werden
 - eine neue Generation von öffentlichen Spitälern soll entwickelt werden, die eng mit den Sozialdiensten verflochten sind
 - Anbieter von Leistungen in den Bereichen Gesundheit und Sozialdienst sollen regelmässig überprüft und aufgrund gegenseitiger Leistungsvereinbarungen evaluiert werden.
- Ein Sprecher des Ministeriums fasste



Andy Kennedy

die Initiativen wie folgt zusammen: «Wir wollen gewährleisten, dass die Bürger von Urbitopia mehr Kontrolle über Gesundheitsleistungen wahrnehmen, dass diese Leistungen angemessener und auf komplexe Bedürfnisse ausgerichtet sind und dass Leistungen im lokalen Umfeld der Betroffenen angeboten werden. Auf diese Weise erhalten die Bürger einen besseren Gegenwert für ihr Geld. Denn Leistungen auf kommunaler Ebene können unter Umständen um bis zu einem Drittel günstiger sein als die gleichen Leistungen in einem grossen Spital. Weiter sinkt der Bedarf an Spitalbetten, wenn Langzeitpflege innerhalb der kommunalen Gemeinschaft erbracht wird. Zusammengefasst möchte ich sagen, dass wir dafür Sorge tragen wollen, Gesundheits- und Sozialleistungen enger zu verzahnen und stärker in die kommunale Gemeinschaft zu integrieren.»

Tendenzen in der Gesundheitsversorgung

Dieses Beispiel veranschaulicht eine Reihe von Tendenzen aus jüngster

Zeit, wie eine Gesundheitsversorgung über die Spitalgrenzen hinaus organisiert und koordiniert werden kann. Dazu gehört die Bedeutung der Versicherten und Patienten: Sie werden stärker als Konsumenten betrachtet und wollen mehr mitentscheiden. Diese Konsumenten sind vielleicht nicht besonders gut informiert oder gebildet und haben deshalb ein Bedürfnis nach angemessenen Informationen, die ihnen ermöglichen, Entscheidungen zu treffen. Dazu sollen vor allem auch Informationen über gesunde Lebensführung und das Vermeiden von Krankheiten gehören. Mitgestaltung durch Patienten heisst auch, dass diese als Ko-Produzenten von Betreuungsleistungen angesehen werden, beispielsweise indem sie ihre Bedürfnisse artikulieren. Inzwischen wurde auch erkannt, dass es bestimmten Patientengruppen schwer fällt, eine solche Mitbestimmung wahrzunehmen. Daher muss zwischen verschiedenen Gruppen von Konsumenten differenziert, und allfällige Unzulänglichkeiten müssen beseitigt werden.

Innovation als Herausforderung

Die Bedeutung neuer Technologien für die klinische Praxis: Sie erlauben den sicheren Einsatz von komplexen technischen Interventionsmöglichkeiten auch ausserhalb eines hochtechnisierten Zentrumsspitals. Der einfachere Zugang zu effektiveren diagnostischen Prozeduren erlaubt frühzeitige Interventionen und insbesondere eine Betreuung von Personen mit gesundheitlichen Langzeitproblemen ausserhalb eines Spitals.

Viele Voraussetzungen im Beispiel des Gesundheitsministeriums von Urbitopia würden von Verantwortlichen der Gesundheitsversorgung in anderen europäischen Staaten als sinnvoll beurteilt, da ein solches Programm (wenn auch nur teilweise) ihren eigenen Vorstellungen oder einer sich entwickelnden Praxis entspricht. Trotzdem ist offensichtlich, dass Innovationen solcher Art in der Praxis und an der Front schwierig umzusetzen sind. Wenn wir uns vor Augen halten, wie schwierig es schon ist, grundsätzliche Verände-

rungen innerhalb eines Spitals zu implementieren, um wie viel grösser ist die Herausforderung, diese über organisatorische und institutionelle Grenzen hinweg zu erreichen.

(Zu) Viele Schnittstellen und fragmentierte Bereiche

Betrachten wir ein Spital von aussen, so scheint dieses auf starken Prinzipien, klarem Design und vor allem Geschlossenheit aufzubauen – greifbar in seiner Struktur aus Steinen, Ziegeln und Glas. Dem Laien können die einem Spital zu Grunde liegenden Ideen sowie die Organisation der Dienstleistungen und Funktionen rätselhaft und sogar einschüchternd erscheinen. Trotzdem gehen die meisten Menschen davon aus, dass diese Grundlagen zu effizienten und sogar humanen Arbeiten im Spital gehören, selbst wenn Effizienz und Menschlichkeit gelegentlich nicht leicht zu erkennen sind. Studien zu organisatorischen Prozessen in Spitälern haben jedoch (zu) viele Schnittstellen, fragmentierte Bereiche und unzusammenhängende Elemente aufgezeigt, dies häufig dann, wenn es darum ging, Innovationen und Veränderungen einzuführen. Glouberman und Mintzberg [3] haben diese Phänomene anhand der unterschiedlichen Haltungen von Pflegenden, Ärzten, Managern und «Vorständen» untersucht und eindrücklich dargestellt. Sie zeigen damit, wie herausfordernd Vernetzung in Spitälern und darüber hinaus ist. Die Erfahrung zeigt, dass sich sogar bei positiver Grundstimmung und prinzipiellem Einverständnis der verschiedenen professionellen Gruppen eine Einführung neuer Kooperationsformen in vorher getrennt arbeitenden Teams als sehr schwierig herausstellen kann.

Voraussetzungen für neue Kooperationsformen

Die so genannte Activity Theory [1] ist hilfreich, um zu verstehen, wie sich Aktivitätssysteme (Activity Systems) und Netzwerke über die Zeit verändern. Zusammenfassend findet Lernen als Voraussetzung zur Einführung neuer Kooperationsformen dann statt, wenn «Menschen über

das gesamte Aktivitätssystem nachdenken, die darin enthaltenen Spannungs- und Problemfelder erkennen, über pragmatische Möglichkeiten der Problemlösung nachdenken und wenn sie gemeinsam mit anderen praktische Schritte entwickeln».

Vorbedingung für eine erfolgreiche Entwicklung neuer Kooperationsformen und Vernetzungen über die Spitalgrenzen hinweg ist nicht allein ein positives politisches Umfeld, sondern auch eine Bereitschaft zur Reflektion und zum Dialog. Es ist Aufgabe all derjenigen, die bei Veränderungen führend mitwirken, in erster Linie die Neugier ihrer Mitarbeitenden auf Neues zu stärken, damit diese ihre eigene Tätigkeit als sehr wertvoll und als Voraussetzung für Weiterentwicklung verstehen. ■

Autor:

Andy Kennedy

Director of Lysis Consulting and advises senior executives

in the British health system.

12 College Rd, Reading,

RG6 1QB, UK

E-Mail: andy@lysisconsulting.co.uk

Übersetzung aus dem Englischen:

Kurt Meister

AoT Zürich

Die englische Originalversion finden Sie in der Online-Ausgabe von «Managed Care» 4/06.

Bibliografie:

1. Blackler F. and Kennedy A. (2004) The Design and Evaluation of a Leadership Programme for Experienced Chief Executives from the Public Sector Management Learning 35(2): Seite 181–203 (Design und Evaluierung eines Führungsprogramms für erfahrene leitende Angestellte im britischen Gesundheitswesen aus dem Management-Lernprogramm der öffentlichen Hand).
2. Department of Health, UK (2006) Our health, our care, our say: a new direction for community services (Unsere Gesundheit, unsere Fürsorge, unsere Stimme: eine neue Richtung für allgemeine Dienstleistungen), London: Crown Copyright.
3. Glouberman S. und Mintzberg H. (2001) Managing the Care of Health and the Cure of Disease (Das Management des Gesundheitssystems und die Heilung von Krankheiten), Health Care Management Review 26(1), 56–92.
4. OECD (2004) Towards High Performing Health Systems (Auf dem Weg zu Hochleistungsgesundheitssystemen), Paris: OECD.

Spitäler im lokalen Gesundheitsnetz

Die teuersten 20 Prozent der Erkrankten verursachten 2003 in der Schweiz rund 70 Prozent der Kosten des Gesundheitswesens.¹ Diese «teuersten» Patientengruppe setzt sich vor allem aus chronisch Erkrankten zusammen. Sie beziehen meist Leistungen verschiedener Ärzte und Institutionen und werden sowohl ambulant als auch stationär behandelt. Dadurch sind Chroniker mit einem der schwächsten Punkte des schweizerischen Gesundheitswesens konfrontiert: der mangelhaften Koordination von ambulanten und stationären Leistungen. Lokale Gesundheitsnetzwerke zwischen Hausärzten und regionalen Spitälern können diese Schnitt- in eine Nahtstelle verwandeln.

Leo Boos, Werner Widmer

Der Weg des kranken Menschen durch das Gesundheitswesen ist nicht koordiniert. Der

Kranke, der zur Linderung seiner Leiden nicht allein den Hausarzt benötigt, hat viele Schnittstellen zu überwinden. Denn die meisten Fachpersonen, denen er begegnet, gehen davon aus, er sei «ihr» Patient. Sie interessieren sich kaum dafür, was andere Fachpersonen gesagt und getan haben, die auch davon ausgingen, er wäre «ihr» Patient.

Koordination wird bestraft

Das Leistungsangebot im Gesundheitswesen wird zunehmend von spezialisierten Fachpersonen erbracht, die immer weniger voneinander wissen. Diese Fachpersonen sind unter den herrschenden Bedingungen nur wenig auf eine Absprache ihrer Leistungen erpicht, sonst hätten sie schon längst eine integrierte Versorgung mit Gesundheitsleistungen verwirklicht. Denn, und das ist allen klar, bei schwer und langwierig Erkrankten führt die Koordination zu qualitativ besseren Leistungen bei tieferen Kosten.

Die finanziellen Anreize der Leistungserbringer entsprechen aber weitgehend dem Konzept von «fee for service»: Bezahlt werden Einzelleistungen und nicht ihre Koordination. Koordination bedeutet zusätzlichen Aufwand ohne zusätzlichen Ertrag. Sie vernichtet damit aus Sicht der einzelnen Leistungserbringer Wert und ist wenn immer möglich zu vermeiden.

Der kranke Mensch ist nicht nur dankbar für die fachlichen Möglichkeiten der spezialisierten Leistungserbringer, er wäre auch froh, wenn die vielfältigen Leistungen aufeinander abgestimmt für ihn erbracht würden. Idealerweise würden die richtigen Leistungen zum richtigen Zeitpunkt



Leo Boos



Werner Widmer

am richtigen Ort und im richtigen Ausmass erbracht. Auf unnötige Leistungen würde dagegen verzichtet.

Integriertes Netzwerk als theoretische Antwort

Die Leistungen im Gesundheitswesen können durch die Leistungsempfänger selber oder durch die Leis-

¹ Laut einer Auswertung des Bundesamtes für Gesundheit

tungserbringer koordiniert werden. Beide Formen der Integration sind heute schon in der Schweiz anzutreffen. Doch ihre Bedeutung ist weder der Problemlage noch dem Optimierungspotenzial angemessen. Die theoretische Überzeugungskraft integrierter Netzwerke widerspiegelt sich nicht in einer grossen Verbreitung praktisch gelebter Modelle.

Eine Integration durch den Leistungsempfänger, den betroffenen Patienten selber, setzt voraus, dass er sehr viel von seiner Krankheit und den Behandlungsmöglichkeiten versteht, was bei chronisch Erkrankten allerdings nicht selten zutrifft. Denkbar wäre auf der Seite der Leistungsempfänger auch eine mittelbare Integration, bei der spezialisierte Firmen Case Management anbieten, ähnlich wie ein Reisebüro für den einzelnen Kunden aus Angeboten unterschiedlicher Dienstleister ein massgeschneidertes Ferienprogramm zusammenstellt. Im vorliegenden Text geht es aber um die Koordination durch die Leistungserbringer: Hausärzte und Spitäler.

Eine Integration auf der Seite der Leistungserbringer setzt integrationsfördernde finanzielle Anreize (Kopfpauschalen) und integrierte Organisationsformen (Netze) voraus. Gegenüber den Krankenversicherungen ist entweder das Hausärzte-Netzwerk oder das Spital der Vertragspartner für die (risikogerechte) Kopfpauschale pro Versicherten. Die Kopfpauschale kann sich auf Patienten mit bestimmten Diagnosen, zum Beispiel chronisch Erkrankte, beziehen oder ein Angebot für alle Patienten darstellen. Damit ergibt sich eine spezifische Matrix (siehe *Kasten*).

Gründe für die Theorie-Praxis-Lücke

Neben der Einzelleistungsvergütung im ambulanten Bereich wirken auch die kurzfristigen finanziellen Interessen der Spitäler im stationären Bereich gegen integrierte Organisationsformen. Stationär werden immer mehr Leistungsanbieter durch Fallpauschalen finanziert. Sie sind daher nicht mehr an einer maximalen Zahl einzelner Leistungen interessiert. Diese Veränderung öffnet bereits

Kasten:
Integrationsfördernde finanzielle Anreize und integrierte Organisationsformen

	Hausärzte-Netzwerk als Vertragspartner gegenüber Versicherungen	Spital als Vertragspartner gegenüber Versicherungen
Kopfpauschalen für bestimmte Diagnosen, z.B. chronische Erkrankungen		
Kopfpauschalen für alle Versicherten, unabhängig von der Diagnose		

Raum für eine vermehrte Abstimmung zwischen niedergelassenen Ärzten und Spitalern zum Beispiel durch abgesprochene Voruntersuchungen und Entlassungen. Dadurch gelingt es im beiderseitigen Interesse, die Verweildauer zu verkürzen.

Doch das Interesse an einer maximalen Zahl stationärer Patienten bleibt auch unter Fallpauschalen bestehen. Das wirkt gegen eine medizinisch mögliche Förderung der ambulanten Behandlung und begründet einen Interessenkonflikt zwischen Hausärzten-Netzwerken und Spitalern. Chronisch kranke Patienten haben keine finanziellen Vorteile aus der Koordination der Leistungen, und sie sind von Ärzten und Spitalern abhängig. Dies mag ein Grund dafür sein, dass sie nicht den notwendigen Druck entwickeln, um gegen die finanziellen Anreize der Leistungserbringer für eine vermehrte Absprache der Behandlungen durch integrierte Netzwerke zu sorgen.

L'intégration – ça existe!

Würde man die oben aufgeführten finanziellen Anreize zum Nennwert nehmen, könnten die existierenden schweizerischen Netzwerke allein durch ideelle Motive erklärt werden. Tatsächlich wirken solche Motive. Zusätzlich aber wollen die beteiligten Ärzte nicht länger immer neuen Regelungen ausgesetzt sein, sondern selbst gestalten und durch Netzwerke ihre Verhandlungsposition gegenüber den Versicherern stärken. Zum Laufen kamen solche Netzwerke bisher aber nur, wenn die beteiligten Ärzte – selbstbestimmt – im Rahmen von Kopfpauschalen die

Verantwortung für das finanzielle Ergebnis übernahmen. Mit diesem Schritt wurden Netzwerke zu verbindlichen Formen, und aus Einzelkämpfern entstand ein gemeinsames regionales oder lokales Team.

Mit der finanziellen Verantwortung geraten auch die übrigen Leistungserbringer – allen voran die Spitäler – ins Blickfeld der Ärzte-Netzwerke. Da stationäre Behandlungen teuer sind, bevorzugen ergebnisverantwortliche Netze für ihre Patienten Leistungen von kostengünstigen, qualitativ guten stationären Institutionen. Solche finden sie in den öffentlichen Regionalspitalern, die typischerweise deutlich tiefere Preise bei gleichen Leistungen verlangen als Zentrums- oder Privatspitäler. Langfristig am wirtschaftlichen Erfolg orientierte öffentliche Spitäler werden sich trotz oberflächlich widersprechenden finanziellen Interessen direkt mit Ärzte-Netzwerken zu verbinden suchen. Im Idealfall sinkt die Zahl der stationären Patienten der gesamten Region durch Netzwerke. Doch wenn sich lokale Ärzte-Netzwerke und das regionale öffentliche Spital finden, kann die Zahl der stationären Patienten im Regionalspital trotzdem steigen, da dank der verbesserten Absprache statt heute nur 40 Prozent in Zukunft 60 Prozent aller Patienten das Regionalspital wählen werden.

Wertschöpfung durch Koordination

Die Erfahrung zeigt, dass erfolgreiche lokale Gesundheitsnetzwerke das Resultat im Wesentlichen durch Ärzte bestimmter Veränderungsprozesse sind.

Sie können weder von oben verordnet noch von aussen erzwungen werden.

Es lassen sich folgende Bedingungen für einen guten Start formulieren:

- Eine Gruppe von Hausärzten muss Träger der neuen Organisation sein, weil nur mit ihnen die Leistungen besser zu koordinieren sind. Ohne oder gar gegen die Hausärzte können die Leistungen zwischen dem ambulanten und stationären Bereich nicht abgestimmt werden.

- Das regionale Spital und Spitalärzte sollen unterstützend mitwirken. Dazu wäre auch eine finanzielle Minderheitsbeteiligung des Spitals an der Netzwerk-Betriebsgesellschaft wünschenswert.

- Im Zentrum der gemeinsamen Unternehmung muss die verbesserte Abstimmung der Patientenprozesse stehen. Spital und Hausärzte sollen mittels Qualitätszirkeln gemeinsame, Institutionen übergreifende Behandlungsrichtlinien und Regeln der Koordination definieren.

- Kopfpauschalen für den ambulanten und stationären Bereich können in einem zweiten Schritt die Qualitätsorientierung absichern.

- Die Versicherten sollen finanzielle Vorteile durch integrierte Angebote, aber – noch wichtiger – immer auch die Wahl unter verschiedenen Modellen haben. Denn integrierte Versorgungsnetzwerke müssen aus Sicht der Versicherten und Patienten in erster Linie durch bessere Qualität im Vergleich zum Status quo überzeugen, sonst haben sie keine Existenzberechtigung.

In der Schweiz ist uns kein integriertes Netzwerk bekannt, bei dem ein Spital der Vertragspartner der Versicherungen für die Kopfpauschale ist. Theoretisch könnten die Initiative zur Bildung und die Führung eines Netzwerkes aber auch vom Regionalspital ausgehen, insbesondere dort, wo die Hausärzte selber nichts in dieser Hinsicht unternehmen und das Spital über eine entsprechende Verankerung verfügt.

Beim Start eines integrierten Netzwerkes ist es sinnvoll, den Schwerpunkt der Koordinationsbemühungen auf chronisch Kranke und auf

sehr aufwändige nichtchronische Krankheiten zu legen. Dies, weil koordinative Tätigkeiten sehr im Interesse der chronisch Kranken sind, unter der herkömmlichen Einzelleistungsvergütung den Leistungserbringern aber auf das wirtschaftliche Ergebnis drücken. Je grösser das Koordinationspotenzial, desto mehr verwandeln Netzwerke Koordination in eine auch finanziell wertschöpfende Aktivität für die mitwirkenden Leistungserbringer. Ihr ganzes Potenzial an qualitativer und finanzieller Wertschöpfung entfalten die Netzwerke dann, wenn mittels gemeinsamer Behandlungsschemata die Leistungen zwischen Hausärzten und Spitälern koordiniert werden und die Versicherungen das Netzwerk durch (risikogerechte) Kopfpauschale finanzieren: Was gegenüber dem Status quo an unnötigen Leistungen und an unproduktivem Aufwand sowie Reibungsverlust zwi-

schen den verschiedenen Leistungsanbietern vermieden wird, erhöht die Lebensqualität der Patienten und bleibt als finanzieller Gewinn des Netzwerkes übrig. ■

Autoren:

Dr. oec. Leo Boos

Direktor des Spitals Limmattal

Spital Limmattal

Urdorferstrasse 100

8952 Schlieren

E-Mail:

leo.boose@spital-limmattal.ch

Dr. rer. pol. Werner Widmer

Direktor der Stiftung

Diakoniewerk Neumünster –

Schweizerische Pflegerinnenschule

Zollikerberg und Zürich

Trichtenhauserstrasse 24

8125 Zollikerberg

E-Mail:

w.widmer@diakoniewerk-

neumuenster.ch

Integrierte psychiatrische Versorgung: von der Stammklinik zur **Netzwerkklinik**

Managed Care in der Psychiatrie war lange kein Thema. Das hat sich seit kurzem geändert. Nach der Anstaltsära und der sozialpsychiatrischen Wende läuft die «third revolution» [1]. Psychiatrieversorgung wird versachlicht, datengelenkt, evidenzbasiert und ins medizinische Gesundheitssystem einbezogen. Angestrebt wird eine durchgreifende fachliche, soziale und budgetäre Integration aller Versorgungsleistungen.

Andreas Andreae

Die dritte Revolution setzt auf moderne Möglichkeiten der Kommunikation und Vernetzung, zu Gunsten frühzeitiger, massgeschneiderter und koordinierter Behandlungen im Lebensumfeld. Patientenorientierung, Ambulantisierung und Lebensqualität sind die Zielgrößen [2]. Gleichzeitig müssen Angebot, Nachfrage und Finanzierung auch in der Psychiatrie besser verknüpft, die Leistungen koordiniert und einheitlich gelenkt werden. Sparpolitik wird überraschend zur qualitativen Chance. Modelle von integrierter Versorgung entstehen, welche nicht nur Servicequalität und Kosteneffizienz fördern, sondern auch

Diskriminierung und Stigmatisierung entschärfen [3]. Dabei sind Umsicht und Sorgfalt in den Massnahmen unabdingbar. Die schlechten Beispiele vom neuen psychiatrischen Gesundheitsmanagement sind bereits da.

Auslaufmodell Stammklinik

Wie viele Betten und Kliniken sind, bemessen an Patientenbedürfnissen, Wirksamkeit und Effizienz im optimierten Gesundheitssystem der Zukunft, sinnvoll und notwendig, lautet nun auch die Frage in der gemanagten Psychiatrieversorgung. Die WHO empfiehlt die Schliessung grosser Kliniken zu Gunsten ausbalancierter ambulanter, intermediärer und stationärer Strukturen [4]. Die Schweiz weist gegenüber den meisten europäischen und angloamerikanischen Ländern mehrfach höhere Bettenziffern aus. Das Gebäude- und Bettendenken und das Stammklinikprinzip dominieren weit herum die gesundheitspolitische Planung und Finanzierung. Das neue Zürcher Psychiatriekonzept setzt auf das Ambulanzprimat [5]. Im Modellprojekt Integrierte Psychiatrie Winterthur ipw hat der Kanton Zürich den Klinikabbau und die Integration von ambulant-stationären Strukturen, Leistungen und Schnittstellen ausgetestet [6]. Die Zürcher Gesundheitsdirektion übergab mit der Schliessung der Inselklinik Rheinau und der Gründung der ipw die Versorgungsorganisation nicht mehr einer Stammklinik, sondern einer übergreifenden Dachorganisation, die alle Angebote umfasst.

Flexible Netzwerkklinik

In der Netzwerkorganisation, wie sie die ipw für die Region Winterthur anstrebt, übernimmt die Kli-



Andreas Andreae

nik eine neue Funktion. Sie wird als Netzwerkklinik zur gemeindenahen diskreten Klinikeinheit, welche sich in die anderen neun, im Lebensalltag der Bevölkerung angebotenen, ipw-Zentren reiht, ohne diese zu dominieren (siehe *Abbildung 1*). Alle ipw-Zentren sind gleichwertig, bedarfsgerecht spezialisiert, untereinander verwoben, geben gesamthaft den ambulanten Behandlungen den Vorrang und stimmen sich flexibel im Gesamtnetzwerk der regionalen Psychiatrieanbieter ab. Der Patient und seine Behandlungsbedürfnisse stehen im Zentrum, das Netzwerk stimmt zielwirksame Behandlungspfade ab, stationäre Interventionen sind darin ein variables Glied [7]. Die Klinik ist nur mehr ein Teil des Ganzen und übernimmt keine Leaderfunktion mehr. Sie ist anpassungsfähig und aufs Engste in die Abläufe der integrierten Versorgung einbezogen.

Ausbalancierter klinischer Bedarf

Die Netzwerkklinik soll ihr Angebot optimal im System ausbalancieren

[8]. Der klinische Bettenbedarf für die Versorgungsregion wird in der subsidiären Unterstützung und horizontalen Steuerung des regionalen Versorgungssystems durch die ipw zu einer relativen und dynamischen Grösse. Er richtet sich nach dem Erfolg der verbesserten primären Interventionsstufen und ihrer Koordination in Praxen und Ambulatorien, in Tageskliniken und Krisenzentren, in Konsiliardiensten, Case Managements und zuhause aufsuchender Hilfe (siehe *Abbildung 2*). Die Netzwerklinik muss überdies zeitgemässe Kompetenzeinheiten für Behandlungen anbieten, welche stationäre Intensivbedingungen voraussetzen, etwa für starke Depressionen, Angst und Borderline-Erkrankungen. Zudem hat sie Betten in gemeindebasierte und ökologisch valide Settings abzugeben: Kriseninterventionszentrum in der Stadtmitte, inklusive Hospitalisationseinheit für zielorientierte Erkrankungsbewältigung und Integration, lern- und lebensgemeinschaftliche Psychotherapiestation für junge Erwachsene. Die Netzwerklinik ist aber als variables Element in der Versorgung erst dann optimal zu steuern, wenn Politik und Finanzierer nicht mehr die Betten als Hauptmessziffer der Versorgung einsetzen, sondern gleichwertige Behandlungsplätze von ambulant bis stationär [9].

Schnittstellenprobleme

Im Stammklinikmodell zeichnen sich die Schnittstellen gegenüber dem Lebensalltag, der Primärversorgung und der Rehabilitation durch Brüche aus: in den Übergängen der Hospitalisierung, in der Abstimmung und Kontinuität von Information, Prozedere und Behandlung, in der Betreuungskonstanz, in Beziehungen mit Bezugspersonen, in der sozialen Integration. Die Mängel perpetuieren Rehospitalisationen besonders bei Schwerkranken. In der vormaligen Stammklinik Rheinau beanspruchten allein knapp hundert so genannte Heavy Users über einen Zeitraum von 30 Monaten mit Wiedereintritten und hoher Verweildauer die Hälfte des stationären Akut- und Rehabilitationsangebotes. Gut 60 Prozent der Akuthospi-

talisationen waren mit instabilen Settings, fehlender Compliance und ungelösten Sozialfaktoren erklärbar. Abläufe und Zusammenarbeit vor, während und nach den Hospitalisationen litten unter den weitgehend fehlenden systemischen Berührungspunkten und gegenseitigen persönlichen Kontakten der involvierten Akteure, unter einer einzelkämpferischen Behandlungskultur ohne Koordinationsarbeit und unter dem gemeindefernen Standort der Klinik. Unterstützende organisatorische Netzwerkstrukturen mit Kooperations- und Partnerschaftsverbindlichkeit bestanden nicht.

Nahtstellen der integrierten Versorgung

In der neuen Integrierten Psychiatrie Winterthur werden die Schnittstellen mit Fallkoordination, Triage, abgestuften Interventionseinheiten, gemeindebasierten Angeboten, Sozialmassnahmen und Systemsteuerung moduliert (siehe *Kasten*). Fall- und versorgungsorientierte Zusammenarbeit im Gesamtnetzwerk aller Versorgungsebenen ist verbindlich organisiert, auf der Basis von Leistungsaufträgen, Kooperationsverträgen und Vereinsstrukturen. Eine Psychiatriekommission aus Vertretern aller organisierten Versorgungspartner reguliert Abläufe, Bedürfnisse und Mängel im Versorgungssystem (siehe *Abbildung 3*). Ihre Geschäftsstelle ist Teil der Koordinationsstelle des Netzwerkes zur Unterstützung der Systemsteuerung und Fallsteuerungen. Mobiles intensives Case Management mit Brokerage, Support und Advocacy erweist sich im Pilotversuch als gewinnbringend in der gesundheitlichen Stabili-

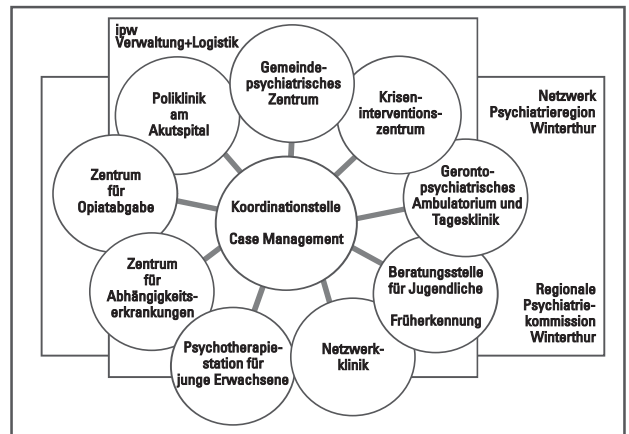


Abbildung 1: Vernetzte dezentrale Angebote der Integrierten Psychiatrie Winterthur

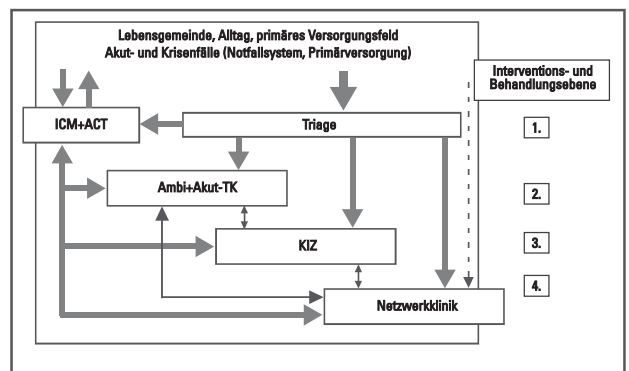


Abbildung 2: Integrierte Versorgung mit verschiedenen Interventionsebenen, patientenzentriertes Prinzip, ambulant vor stationär (Organisation der Integrierten Psychiatrie Winterthur). ICM: Intensive Case Management, ACT: Assertive Community Treatment, teamorientierte aufsuchende Hilfe, TK: Tagesklinik, KIZ: Kriseninterventionszentrum.

sierung, Lebensqualität und allokativen Bilanz, mit Reduktion von Hospitalisationstagen um 50 Prozent [10]. Früherkennungsverfahren und eine einheitliche elektronische Patientenakte in der ipw unterstützen klare Behandlungspfade bei kritischen und längerfristigen Fallkarrieren. Die Netzwerklinik wird zum kooperativen, kurz dauernd einsetzbaren Relais für vernetzt betreute Patienten in gut installierten zielbestimmten Prozedere.

Optimierungsbedarf

Die Zielerreichung im Winterthurer Modellprojekt darf als sehr zufriedenstellend betrachtet werden. Es gelang, eine konsensfähige durchgreifende Konzeption eines regional integrierten

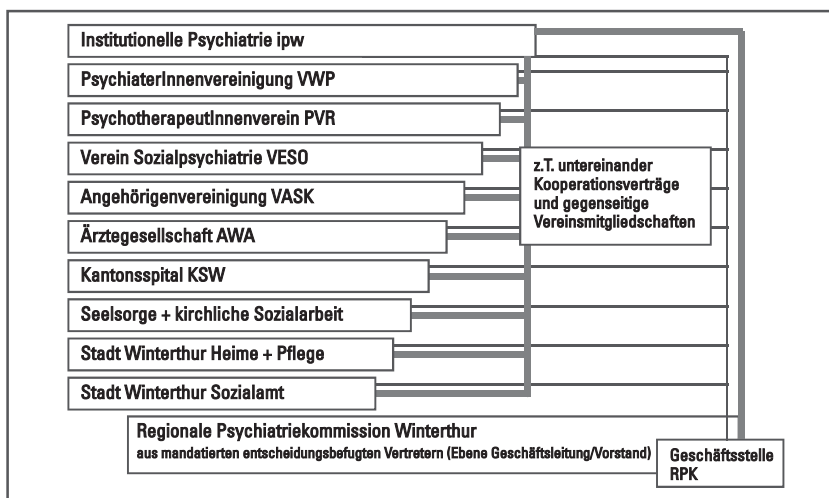


Abbildung 3: Psychiatriekommission der integrierten Versorgung der Psychiatrieregion Winterthur

Versorgungsmodells zu festigen. Kooperation und Koordination kann mit wenig Mitteln nachhaltig unterstützt werden. Als entscheidende Elemente im kooperationsbasierten integrierten Versorgungssystem etablierten sich eine konsequent am Subsidiaritätsprinzip orientierte staatliche Dachorganisation von dezentralen Angeboten, die strategische regionale Psychiatriekommission organisierter Versorgungspartner, subregionale sozialpsychiatrische Foren, Träger-schaftskontrakte und die Koordinationsstelle der Netzarbeit mit Case

Management. Die Netzwerkklinik findet zu ihrer Funktion, spezialisierte Stationen erhalten Profil und sind gemeinnah verfügbar, die Ambulantisierung im Akut- und Krisenbereich greift zunehmend, die akutklinischen Prozesse werden vermehrt integriert gesteuert, die stationäre Aufenthaltsdauer sinkt markant. Unklar ist die langfristige energetische Stabilität von Netzwerkarbeit, welche auch ermüden kann und nicht von allen mitgetragen wird. Hier fehlen finanzielle Anreizsysteme. Auf der To-Do-Liste stehen Aufgaben wie das Durchsetzen von evidenzbasierten Leitlinien und Interventionsalgorithmen im Gesamtsystem [11], die Implementierung eines psychiatrischen Case Managements [12], teamorientierte aufsuchende Hilfe [13] und frühzeitig ansetzende Erfassung, Support und Integration bei psychisch erkrankten Arbeitnehmern. Als Fernziele sind neue Tarifmodelle, die das Ambulanzprimat fördern, und pauschalierte Entgeltungssysteme, welche Behandlungspfade und Kooperationen unterstützen, anzustreben [14]. ■

Autor:

Dr. med. Andreas Andreae

Chefarzt

Ipw Integrierte Psychiatrie

Winterthur

8408 Winterthur

E-Mail: andreas.andreae@ipwin.ch

Literatur:

1. Talbott JA: Deinstitutionalization, emergency services and the third revolution in mental health services in the United States. In: De Clercq M, Lamarre S, Vergouwen H (Eds.): Emergency Psychiatry and mental health policy: an international point of view. Elsevier Science B. 1998.
2. Weinmann S, Gaebel W: Versorgungserfordernisse bei schweren psychischen Erkrankungen. Wissenschaftliche Evidenz zur Integration von klinischer Psychiatrie und Gemeindepsychiatrie. Nervenarzt 2005, 76: 809-821.
3. Reynolds A, Thornicroft G: Managing mental health services. Buckingham, Open University Press, 1999.
4. World Health Organization: The world health report 2001: mental health – new understanding, new hope. WHO, Geneva, 2001.
5. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (Hrsg.): Zürcher Psychiatrie. Psychiatriekonzept – Leitbild und Rahmenkonzept. Zürich, 1999.
6. Andreae A: Reformprojekt Integrierte Psychiatrie Winterthur/Zürich 1999-2004 – Entwicklung und Erprobung eines qualitativ hoch stehenden gemeindenahen regionalen Versorgungsmodells mit Koordination und Vernetzung aller Versorgungsebenen. Abstract zum Referat am Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, DGPPN 2005.
7. Andreae A, Schröder S: Patientenorientierung in der Integrierten Psychiatrie Winterthur. Managed Care 7: 18.20, 2004.
8. Thornicroft G, Tansella M: Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. Brit J Psychiat 185: 283-290, 2004.
9. Brenner H, Rössler W, Fromm U: Die moderne evidenzbasierte psychiatrische Versorgung: welche Wege nimmt die institutionelle Schweizer Psychiatrie? Schweizerische Ärztezeitung 84/35: 1777-1782, 2003.
10. Andreae A, Schröder S, Schuetz C: Intensive Case Management im Modellprojekt Integrierte Psychiatrie Winterthur (Zürich/Schweiz): Evaluation eines 3-jährigen Pilotversuches. Posterbeitrag am Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, DGPPN 2005.
11. Dick B, Sitter H, Blau E, Lind N, Wege-Heuser E, Kopp I: Behandlungspfade in Psychiatrie und Psychotherapie. Nervenarzt 77: 12-22, 2006.
12. Bundesministerium f. Gesundheit: Modellprojekt Psychiatrisches Case Management. Schriftenreihe BfG Band 133. Baden-Baden: Nomos, 2000.
13. Weaver T et al.: Assessing the value of assertive outreach. Qualitative study of process and outcome generation in the UK700 trial. Br J Psychiatry. 2003 Nov; 183: 437-45.
14. Melchinger H, Rössler W, Machleidt W: Aufgaben in der psychiatrischen Versorgung. Ist die Verteilung der Ressourcen am Bedarf orientiert? Nervenarzt 2006, 77: 73-80.

Kasten:

Elemente der Versorgungsintegration

patientenzentriert

- Case Management
- Aufsuchende Hilfe im Team
- Triage
- Betreutes Wohnen

strukturell

- Akuttagesklinik
- Kriseninterventionszentrum
- Gemeindebasierte Station
- Dachorganisation Psychiatrieangebote

systemisch

- Regionale Psychiatriekommission
- Koordinations- und Beratungsstelle
- Sozialpsychiatrische Foren
- Interinstitutionelle Kooperation

Integrierte Prozesssteuerung aus Versicherersicht

Lediglich ein sehr kleiner Teil der Ärzteschaft oder auch der Spitäler beteiligt sich in der Schweiz an Programmen oder Vernetzungsprojekten, die entweder unabhängig von Risikostrukturen der Zielgruppen der reinen Optimierung von Versorgungsprozessen dienen, oder gezielt zu einer qualitativ besseren Betreuung der Patienten im Sinne von Disease Management (DM) führen sollen. Die Absenz der Ärzte im Bereich der Disease-Management-Programme¹ wird unter anderem damit begründet, dass die medizinische Evidenz für DM-Programme fehle. Es bestehe die Gefahr, dass dem Arzt seine Patienten weggenommen würden, oder dass er die Verantwortung für sie verlöre.

Andreas Rippmann

Weiter wird argumentiert, der administrative Aufwand sei viel zu hoch, und im Übrigen

sei das Vertrauen zu einzelnen Versicherern als Grundlage für eine erspriessliche Zusammenarbeit ohnehin gestört. Zudem hätten verschiedene medizinische Entscheidungsträger von Anfang an in die Planungs- und Entwicklungsprozesse miteinbezogen werden müssen, was nicht der Fall sei.

Notwendige Anreize fehlen

Die Ursache für diesen – im Hinblick auf das in unserer Gesellschaft rasch anwachsende Risikopotenzial und die damit zu erwartenden enormen Kosten – unhaltbaren Zustand liegt einzig und allein darin, dass wir bis heute nicht in der Lage waren, in unserem Gesundheitsversorgungssystem die notwendigen Anreize zu setzen. In diesem System stehen genügend Mittel zur Verfügung. Wir haben es jedoch bis heute nicht geschafft zu verhindern, dass nach wie vor am falschen Ort zu viel verdient wird, oder dafür zu sorgen, dass das Geld dort zum Einsatz gelangt, wo es die grösste Wirkung erzielt.

Einseitige Mehrbelastung

Ärzte sind nach wie vor kaum dafür zu gewinnen, ohne die entsprechende zusätzliche Abgeltung Mehrleistungen zu erbringen. Den Krankenversicherern ist es heute sicherlich möglich, zusätzliche Leistungen, beispielsweise in der Umsetzung von Disease-Management-Programmen erbrachte Leistungen oder im Tarmed nicht tarifierte Leistungen zu bezahlen. Dies führt jedoch zu einer einseitigen Mehrbelastung der Krankenversicherer und damit zu einer Erhöhung der Gesamtkosten. Dies heisst, dass alle Aktivitäten für eine Verbesserung der Versorgungs-



Andreas Rippmann

prozesse im Sinne von Integration, Outcome-Qualität, Patientenführung und -information automatisch zu einer einseitigen Mehrbelastung der Krankenversicherer führen.

Kein Wunder also, dass auch Krankenversicherer in ihrem Engagement für Integrationsstrategien generell sehr zurückhaltend sind. Hinzu kommt, dass die Versicherer nicht besonders daran interessiert sind, für Leute mit chronischen, zum grossen Teil auch schwer wiegenden Leiden, die über Jahre enorme Kosten verursachen, besonders attraktiv zu erscheinen (Reverse Selection).

Ausrichtung auf die wichtigsten Risiken

Es braucht für die fachgerechte, effiziente und wirtschaftliche Behandlung einer Blinddarmentzündung in einem modernen Gesundheitsversorgungssystem wohl keine besonderen Integrationsanstrengungen. Das-

¹ Disease Management: Krankheitsspezifische Gestaltung und Koordination der Leistungsprozesse auf der Basis wissenschaftlicher Evidenz (Guidelines).

selbe gilt wohl auch für die Versorgung eines Patienten mit einer schweren Coxarthrose, obwohl hierbei je nach Disposition des Patienten allenfalls auch nachgelagerte Versorgungsbereiche involviert sind. Die blosser Vernetzung führt auch nicht zwangsläufig zu einer qualitativen Verbesserung der medizinischen Versorgung oder zu tieferen Kosten. Allzu oft dient sie lediglich zur Stabilisierung bestehender Strukturen.

Vernetzung und Integration sind in erster Linie dann sinnvoll, wenn sie sich auf die wichtigsten Risiken in der Bevölkerung konzentrieren. Im Vordergrund stehen dabei Diabetes, COPD, Herzinsuffizienz, koronare

«Vernetzung und Integration sind in erster Linie dann sinnvoll, wenn sie sich auf die wichtigsten Risiken in der Bevölkerung konzentrieren.»

Herzerkrankung, Asthma, Bluthochdruck, Adipositas, Osteoporose, Brustkrebs und Depression. Erforderlich ist darüber hinaus die entsprechende Spezialisierung von daran beteiligten Leistungserbringern. Disease Management ist ohne den Einbezug von entsprechend spezialisierten Ärzten, sei es generell als Kompetenzträger zum Beispiel in Qualitätszirkeln, als Anlaufstelle für ärztliche Reviewprozesse oder für die Betreuung besonders komplexer Fälle, wesentlich schwieriger wirksam umzusetzen.

Bessere Abbildung der Risiken

Die bisherigen Initiativen im Zusammenhang mit Disease Management gehen von vereinzelt unentwegten Abteilungen grösserer Versicherungen oder einigen unbeirrbareren Managed-Care-Pionieren in der Ärzteschaft aus. Aus diesem Grund ist es wohl nur dann möglich, diese Instrumente zu einer tragfähigen Säule der medizinischen Versorgung der wichtigsten Risiken in unserer Bevölkerung auszubauen, wenn dafür

ausreichend finanzielle Mittel eingesetzt würden.

Eine mögliche Finanzierungsquelle stellt der Risikoausgleich dar. Abgesehen davon, dass eine Differenzierung im Sinne einer besseren Abbildung der Risiken dringend notwendig ist, dienen die im Rahmen des Risikoausgleichs fliessenden Gelder den Versicherern mehrheitlich dazu, Prämienpolitik zu betreiben. Eine gesetzlich vorgeschriebene Zweckbindung der im Rahmen des Risikoausgleichs verfügbaren Mittel (zum Beispiel im Umfang von 1 bis 2% zur Anreiz- und Systemfinanzierung für das Management grosser Risiken) könnte die Umsetzung integrierter Systeme im Sinne von Disease-Management-Programmen enorm begünstigen. Jedoch bringt eine gesetzlich vorgeschriebene zweckgebundene Mittelverwendung sicherlich die staatliche Kontrolle und Überwachung mit sich, was die meisten Krankenversicherer (u.a. auch Helsana) strikt ablehnen, da dies ein zu starker Eingriff in die unternehmerische Freiheit der Krankenversicherungen bedeutet.

Zweckgebundene Mittelverwendung

Die tarifliche Besserstellung für die an spezifischen Programmen beteiligten Leistungserbringer könnte die nötigen Anreize zur Verhaltensänderung von Ärzten und Spitälern herbeiführen. Allerdings dürfte diese Besserstellung nicht zu einer Netto-Mehrbelastung der Krankenversicherung führen. Das hiesse jedoch, dass generell diejenigen Leistungserbringer, die sich weder an Disease-Management-Programmen noch an anderen der Verbesserung der Versorgungsprozesse dienenden Aktivitäten beteiligen, vom Gesetzgeber tariflich schlechter zu stellen sind. Aus den damit frei werdenden Mitteln liessen sich die Mehrleistungen der in den Integrationsprozessen engagierten Leistungserbringer finanzieren.

Eine weitere Möglichkeit der Mittelbeschaffung besteht darin, 1 Prozent des ambulanten Leistungskostenvolumens gezielt für den Aufbau von DMP und die entsprechende Anreiz-

gestaltung für Patienten und Ärzte zweckgebunden einzusetzen. Die Analogie zu Deutschland ist offensichtlich, jedoch sollten die Mittel nach strengeren Vorgaben, gezielt fokussiert auf Hauptrisikogruppen wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und so weiter eingesetzt werden. Allerdings besteht natürlich auch hier die Aussicht auf verstärkte staatliche Einflussnahme und Steuerung.

Anreizgestaltung

Im Vordergrund stehen für alle Beteiligten finanzielle Anreize. Das Engagement eines Krankenversicherers zur Umsetzung von Disease-Management-Programmen ist davon abhängig, wie viel finanzielle Mittel er dafür aufzubringen hat und mit welchen längerfristigen Einsparungen er rechnen kann. Darüber hinaus interessiert er sich für die Entwicklung

«Das Engagement eines Krankenversicherers zur Umsetzung von Disease-Management-Programmen ist davon abhängig, wie viel finanzielle Mittel er dafür aufzubringen hat und mit welchen längerfristigen Einsparungen er rechnen kann.»

seiner Attraktivität für Risikogruppen. Die damit verbundenen finanziellen Risiken müssten entsprechend gemildert werden können (Verbesserung des Risikoausgleichs).

Die Versicherten sind vermehrt in die Verantwortung einzubinden, da sie in nicht geringem Ausmass durch Lebensstil und Verhalten ihren Gesundheitszustand beeinflussen. Für den Versicherten beziehungsweise Patienten sind die Auswirkungen seines Verhaltens auf seine Krankenversicherungsprämie wohl der wirkungsvollste Anreiz, dieses zu ändern. So liessen sich risikogerechtere Prämien in der Grundversicherung

beispielsweise mit Zuschlägen auf den Prämien für Raucher, Übergewichtige sowie Bewegungsmuffel generieren mit dem Ziel, deren Verhalten zu beeinflussen.

Darüber hinaus liesse sich ein Anreizsystem für den Versicherten in Form qualitativ objektiver besserer Versorgung aufbauen, zum Beispiel über bedarfsspezifische Versicherungsprodukte oder über der Ziel-

«So liessen sich risikogerechtere Prämien in der Grundversicherung beispielsweise mit Zuschlägen auf den Prämien für Raucher, Übergewichtige sowie Bewegungsmuffel generieren mit dem Ziel, deren Verhalten zu beeinflussen.»

gruppe entsprechende Leistungsangebote. Auch hierfür braucht es allerdings Leistungserbringer, die bereit sind, mit den Krankenversicherern zusammenzuarbeiten.

Dass ein Arzt in einem System der integrierten Prozesssteuerung für seine Mehrleistungen auch bezahlt wird und er von seiner Kooperationsbereitschaft mit den Versicherern auch profitieren will, ist legitim. Dafür müssen die notwendigen Mittel bereitgestellt und die vertraglichen Grundlagen erarbeitet werden. Ein Arzt jedoch, der sich gegenüber den entsprechenden Anstrengungen verschliesst, jede Mit- oder Zusammenarbeit verweigert, kann nicht auf gleicher Grundlage die Abgeltung seiner Leistungen verlangen. Eine solche Differenzierung der Leistungsabgeltung ist ernsthaft in Erwägung zu ziehen und erlangt insbesondere auch in der Diskussion um den Kontrahierungszwang zusätzliche Bedeutung.

Professionelle Vermittlung der Inhalte

Grundlage für jede Form einer wirklichen Patientensteuerung oder eben integrierten Prozesssteuerung in op-

timalen Versorgungsprozessen ist neben den passenden Leistungsangeboten eine konsequente, intensive Schulung und laufende Information von entsprechenden Zielgruppen. Auch hierfür sind die erforderlichen Mittel aus dem System aufzubringen, um die notwendigen Anreize zu setzen.

Voraussetzung für die Wirksamkeit von Schulung und Information ist eine professionelle, moderne Vermittlung der Inhalte. So steht neben einer konsequenten Zielgruppenorientierung der Selbstmanagementansatz anstelle von primärer Wissensvermittlung und Theorie im Vordergrund. Das persönliche Erleben und die Relevanz des Erlernten im Alltag, das Erarbeiten und Ausprobieren sind die Merkmale einer Erfolg versprechenden Schulung, die auch die Grundlage für die «Compliance» der Patienten darstellt. Es muss in der Schulung auch möglich sein, die Vor- und Nachteile bestimmter Therapieempfehlungen zu vermitteln und gegeneinander abzuwägen, dies unter Berücksichtigung von Problemen der Therapiedurchführung im Alltag.

Eine derartige Schulung setzt Professionalität voraus und lässt sich im hausärztlichen Praxisalltag wohl kaum in angemessener Form umsetzen. Jedoch auch dafür braucht es die nötigen finanziellen Mittel. Schulungsprogramme und -Inhalte müssen erarbeitet, hinsichtlich Outcome-Variablen evaluiert, zertifiziert und durch entsprechend ausgebildete Kursleiter vermittelt werden.

Lösungen durch Zusammenarbeit

Integrierte Prozesssteuerung setzt die Bereitschaft zur Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern untereinander und Krankenversicherern voraus. Insbesondere auch die Tatsache, dass ein einzelner Krankenversicherer die notwendigen Ressourcen für eine erfolgreiche Umsetzung von Disease Management nicht aufbringen kann, zeigt, dass eine erfolgreiche Förderung entsprechender Programme nur im Rahmen einer Interessengemeinschaft Disease Management (IGDM) erfolgen kann. Diese stellt in erster Linie die Bünde-

lung der gemeinsamen Interessen gegenüber Dritten und der Öffentlichkeit sowie die Identifikation und Auswahl der Programme, Partner und Anbieter sicher. Mitglieder der IGDM sind bis heute Helsana, CSS, Visana, Groupe Mutuel, Sana Care und Wincare.

Ein integriertes Versorgungssystem zwischen den einzelnen Institutionen (ärztliche Praxis, Krankenhäuser, Pflegeheime, Spitex) und den medizinischen Fachgebieten, die die Gesundheitsversorgung über den gesamten Krankheitsverlauf koordinieren, ist Grundlage für die Umsetzung von Disease Management. Dabei sind das Wissen über Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachbetreuung einer Krankheit sowie eine kontinuierliche Auswertung der Outcome-Resultate (evidenzbasierte Medizin) die wesentlichen Elemente.

Flächendeckende Förderung

Ein rascher Informationsaustausch zwischen den beteiligten Organisationen betreffend Qualitäts- und Ergebnisdaten, aber auch ökonomischer Daten, stellt die laufende Verbesserung und Kontrolle der Versorgungsmuster sicher. Klinisch und administrativ computergestützte Informationssysteme sind dafür die notwendige technische Voraussetzung. Dabei ist nicht nur die Kooperation zwischen verschiedenen Leistungserbringern und Krankenversicherern gefordert, sondern auch die Ausrichtung auf gemeinsame Lösungen für alle beteiligten Versicherer, im Sinne einer flächendeckenden Förderung von Disease-Management-Programmen. Dies nicht zuletzt deshalb, um falsche Anreize für Versicherte zu vermeiden (Reverse Selection). ■

Autor:

Andreas Rippmann

Stab Versorgungs-Management

Helsana Versicherungen AG

Postfach

8081 Zürich

E-Mail:

Andreas.Rippmann@helsana.ch

eHealth:

Die Werkzeuge sind vorhanden – aber wollen wir sie auch einsetzen?

Die Informations- und Kommunikationstechnologien (ICT) sind das Mittel der Wahl für Branchen mit hoher Informationsdichte und mit Bedarf für Koordination und Prozessoptimierung. Diese Kriterien treffen auch auf das Gesundheitswesen zu: Es zeichnet sich durch eine besonders hohe Datendichte und -komplexität aus, Medienbrüche und Redundanzen sind die Regel, das massive Informations- und Koordinationsdefizit zwischen allen Beteiligten erweist sich gar als lebensbedrohlich [1].

Martin D. Denz

eHealth ist die konsequente Integration der ICT ins Gesundheitswesen, um die Qualität und Sicherheit zu verbessern, die Effizienz zu steigern und die Kosten zu optimieren. Dafür müssen Prozesse verändert, neue geschaffen und die hohe Informationsdichte bewältigt werden. Noch viel wichtiger ist es, die Koordination und die Kommunikation zwischen den massgeblichen Akteuren zu verbessern. Dabei wird deutlich, dass es sich bei eHealth

nicht um technologischen Selbstzweck handelt, sondern um den unterstützenden Einsatz technologischer Hilfsmittel und Methoden. Die ICT sind somit ein «Enabler», der zur besseren Organisation verhilft, zur Gestaltung, Unterstützung und Vernetzung aller Prozesse und Teilnehmenden in unserem Gesundheitswesen.

eHealth als Organisationskonzept

Kostensenkungen sind nur ein Teilaspekt eines weit grösseren Potenzials von eHealth. Dieser Mehrwert ist von der Weiterentwicklung unverzichtbarer Dienstleistungen abzuleiten, so beispielsweise der Betreuung chronisch kranker Patienten zu Hause, der Integration der Versorgungsprozesse über die Primär-, Sekundär- und Tertiärversorgung hinaus, bis hin zur Sozialbetreuung. Im Bereich des Gesundheitswesens werden wir infolge der demografischen Altersentwicklung (Zunahme chronischer und multimorbider Erkrankungen) immer mehr mit organisatorischen, logistischen und die Koordination betreffenden Problemen konfrontiert werden, welche nur mithilfe der ICT zu bewältigen sind. Das Verständnis von eHealth als Organisationskonzept ist ganz entscheidend. Denn in der Gesundheitsbranche wurde zwar bisher überdurchschnittlich viel in ICT investiert, aber ohne übergeordnetes Konzept. Es ist keine ICT-Architektur für das gesamte Gesundheitswesen vorhanden. Wir verfügen zwar über innovative Elemente, aber unsere Kernprozesse entsprechen noch immer denjenigen einer primär papierbasierten Industrie des ausgehenden 19. Jahrhunderts.



Martin D. Denz

Höhere Wertschöpfung möglich

In unserem Gesundheitswesen wurden zwar grosszügige ICT-Investitionen getätigt, oft aber nicht zum Nutzen der klinisch-medizinischen Herausforderungen, sondern in der Administration und des elektronischen Zahlungsverkehrs. Das ist nicht weiter überraschend, weil in diesen Bereichen sich wiederholende Aufgaben mit strukturierten Daten und Vorgängen überwiegen. Weit schwieriger ist die Automatisierbarkeit im Bereich von kreativen Aufgaben, wo das Vergleichen, Beurteilen, Entscheiden und Beraten im Vordergrund steht. Mit den ICT sind strukturierte Prozesse einfach zu beschleunigen, dies ergibt aber einen geringen Beitrag zur Wertschöpfung [2]. Mit den weniger automatisierbaren Prozessen, typischerweise klinisch-diagnostische Aktivitäten im Gesundheitswesen, ist jedoch eine unvergleichlich höhere Wertschöpfung zu erzielen. Zwar diskutieren wir über Qualitätsmanagement und Evidence based Medicine, aber aus-

gerechnet in diesen Bereichen des Informations- und Wissensmanagements erfolgten bisher keine angemessenen ICT-Investitionen.

In der Grundversorgung, das heisst am Ort der grössten Wertschöpfung, erfolgten bisher am wenigsten Investitionen in die ICT. Dies, obwohl beim niedergelassenen Arzt der Patienten-Erstkontakt stattfindet, der im wahrsten Sinne des Wortes weichenstellend für den nachfolgenden Versorgungsprozess ist. Der Arzt wird mit einer riesigen Menge zum Teil unklarer Informationen konfrontiert, welche er erfassen, bewerten und filtern muss, bis er zu einer ersten Diagnose kommt. Die Kosten des weiteren diagnostisch-therapeutischen Prozesses hängen entscheidend vom Erstkontakt mit dem Grundversorger und dessen erfolgreichem Informationsmanagement ab. Dies gilt erst recht, wenn integrierte Versorgungsprozesse umgesetzt werden sollen. Die dafür notwendigen Steuerungsinstrumente sind wiederum bei den ICT zu finden.

Nationale eHealth-Strategie

Die Schweiz hat sich bisher in ihrer «Splendid Isolation» wenig darum gekümmert, dass unsere Nachbarländer erfolgreich daran sind, ihre eHealth-Roadmap voranzutreiben [3]. Aber die Schweiz ist Vollmitglied bei der WHO, welche anlässlich ihrer 58. World Health Assembly vom 25. Mai 2005 eine eHealth-Strategie verabschiedet hat, also eine Vorgabe (auch) für die Schweiz [4]. Auf diesem Hintergrund ist zu verstehen, dass der Bundesrat am 18. Januar 2006 das Update seiner «Strategie des Bundesrates für eine Informationsgesellschaft in der Schweiz» verabschiedet hat [5], worin neu ein Kapitel «eHealth» für Gesundheit und Gesundheitswesen enthalten ist. Darin erhält das EDI (somit das BAG) den Auftrag, bis Ende 2006 eine nationale eHealth-Strategie samt Aktionsplan vorzulegen, welche insbesondere Aufschluss über die Ziele, die Handlungsbereiche, die Kosten, die Partnerschaften, die Vorgehensweise und den Zeitplan gibt. Diese Strategie wird auch Empfehlungen für Bausteine enthalten, wel-

che Teile eines Bauplans für eine nationale eHealth-Architektur bilden werden. Darin werden technische Elemente zu finden sein wie:

- Sicherheitsmechanismen und -infrastruktur (nationale PKI [Public Key Infrastructure] und Gesundheitskarte)
- Das patienteneigene, lebenslange elektronische Patientendossier.

Dazu gehören aber auch normative Elemente wie:

- Definition der Qualität von Gesundheitsinformationen (im Internet)
- Definition von nationalen Standards und Interoperabilität.

Ebenso zählen dazu organisatorische Elemente wie:

- Schaffung einer nationalen Koordinationsinstanz
- Aufbau von eHealth-Bildungsmassnahmen.

Auf den vorerwähnten Grundlagen können dann Dienstleistungen aufbauen wie:

- Elektronische Medikamentenverschreibung
- Telehealth und Telehomecare.

Am Beispiel der elektronischen Standards im Gesundheitswesen kann verdeutlicht werden, wie vermeintlich technische Fragen in direkter Beziehung zu Managed Care stehen: Standard bedeuten nichts mehr oder weniger als die Beschreibung der Nahtstellen, die für elektronisch durchgeführte Interaktionen notwendig sind [6]. So wie das Vorhandensein vieler Sprachen keine Garantie für gute Kommunikation gewährleistet, so reicht das Vorhandensein von Standards auch nicht aus: Wesentlich ist ihre Interoperabilität. Dabei können technische Strukturen eine Rolle spielen, entscheidend ist jedoch der Wille zur Kommunikation und die Fähigkeit zur Konsensbildung – dies gilt besonders für das Gesundheitswesen. Jeder Standard ist somit das Resultat eines Verhandlungsprozesses. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine Konsensusfindung nicht gleichbedeutend mit Einstimmigkeit sein muss.

Welche Visionen haben wir?

Wenn wir gemeinsam ein besseres Gesundheitswesen entwerfen wollen, ist es wichtig, eine gemeinsame Vorstellung über den Endzustand des Gebäudes zu entwickeln, über die Ausstattung der Räume, über die darin enthaltenen Funktionalitäten, oder auch darüber, wer darin wohnen soll. Diese Architekturvorstellung kann auch als gesundheitspolitische Vision bezeichnet werden. Eine Vision, beispielsweise davon, wie unser Gesundheitswesen in zehn oder zwanzig Jahren aussehen sollte. Daraus folgt die Frage, wie dieses Ziel erreicht werden kann und wie viel Ressourcen für die Umsetzung dieser Vision notwendig sein werden – falls wir bereit sind, in die Zukunft zu investieren. Erst ganz am Schluss taucht die Frage auf nach den dafür notwendigen Werkzeugen. Die Etablierung von eHealth war stets in denjenigen Ländern erfolgreich, in denen eHealth als unterstützendes Element einer Gesundheitsreform eingeführt worden war. Welche Vision haben wir? Ist die Schweiz bereit, ein neues Gesundheitsgebäude zu entwerfen? ■

Autor:
Dr. med. Martin D. Denz
Partner Executive Master
in eGovernance EPFL
Grubenweg 8
4153 Reinach
E-Mail: martin.denz@epfl.ch

1. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M (eds.): *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. National Academies Press 2000.
2. Grossmaier, Rätzsch: *Lehrbuch der Wirtschaftsinformatik*, 2002.
3. e-Health – making healthcare better for European citizens: An action plan for a European e-Health Area. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions COM (2004) 356 final. Brussels, 30.4.2004.
4. WHO eHealth Strategy. Resolution 58.28 of the World Health Assembly. WHA58.28, Ninth plenary meeting, 25 May 2005, Geneva.
5. <http://www.bakom.ch/dokumentation/medieninformationen/00471/index.html?lang=de&msg-id=2252>
6. Current and future standardization issues in the eHealth domain: Achieving interoperability. Report from the CEN/ISSS eHealth Standardization Focus Group. Final version 2005-03-01.

«Wer kümmert sich wie und wo um mich?»

Ein Klinikaufenthalt ist für die meisten psychisch Kranken ein einschneidendes Erlebnis. Viele gehen ja auch nicht freiwillig in die Klinik, sondern weil die ambulante Behandlung nicht ausreichend hilft. Gedanken aus Sicht von Betroffenen zu Begegnungs- und Dialogstellen zwischen Spital und Praxis am Beispiel der Psychiatrie.

Ruedi Josuran

Psychiatrie Kliniken haben sehr unterschiedliche Konzepte, sowohl was Medikamente wie auch was die Psychotherapie oder andere Therapien angeht. Bei den einen dauert der Aufenthalt ganz kurz, in anderen Kliniken Monate. Darum gibt es «den Eintritt» in «die Klinik» nicht – kennt man die eine Klinik, so heisst das noch lange nicht, dass anderswo auch so gearbeitet wird. Für den Patienten ist unklar, was auf ihn zukommt, zur psychischen Krankheit kommt so noch Unsicherheit dazu. Der einweisende Arzt kann auch nicht immer sagen, was einen erwartet oder wer zuständig sein wird. Während der Klinikarzt oft ausführliche Informationen über den Patienten bekommt, hat der Patient keine oder nur unklare Vorstellungen, was auf ihn zukommt.

Was erwartet mich nach der Klinik?

Nicht alle Patienten haben Erfahrung mit ambulanter Behandlung, wenn sie aus einer Klinik entlassen werden. Wie sie Psychotherapie beurteilen, hängt stark davon ab, welche Erfahrungen sie in der Klinik gemacht haben. Oft kann ihnen in der Klinik nicht gesagt werden, wie ihr Therapeut draussen arbeiten wird. Dies bewirkt bei einigen Patienten, dass sie sich gar nicht erst um eine ambulante Therapie bemühen. Wäre es sinnvoll, dass die ambulant arbeitenden und die klinisch tätigen Ärzte ihre Informationen über Arbeitsweise und Haltung austauschen, damit der Patient jeweils vorbereitet werden kann auf das, was ihn erwartet? Würde das den Patienten helfen? Hat das einen Einfluss auf den Erfolg der Behandlung?

Es gibt unterschiedliche Auffassungen, an welcher Thematik in der Klinik gearbeitet werden sollte, von einer Aufarbeitung der Vergangenheit bis hin zur Beschränkung auf die Stabilisierung in der gegenwärtigen Konfliktsituation kann das Spektrum reichen. Oft sind die Behandlungsansätze zwischen der Klinik und dem ambulanten Psychiater verschieden. Diese Umstellung ist nicht immer einfach, manchmal möchte man vielleicht auch den Psychiater wechseln, aber traut sich nicht – wer hilft einem da? Wer weiss überhaupt, welcher Psychiater/Psychotherapeut wie arbeitet?

Es gibt also eine ganze Reihe von grundsätzlichen Problemen und Konfliktpotenzialen, die sich an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Psychotherapie ergeben:



Ruedi Josuran

- Unterschiedliche strukturelle Bedingungen
- Indikationsentscheidungen
- Informations- und Kommunikationsprobleme
- Probleme des Übergangs für den Patienten vom einen Setting in das andere
- Gegenseitige Erwartungen der beteiligten Parteien.

Informationsaustausch

Häufig wird von Ärzten der Wunsch geäussert, dass mehr oder ganz bestimmte Informationen weitergegeben werden. Im Entlassungsbericht stünden nur Dinge über den Patienten, die man schon wisse. So sei man ganz auf den Bericht des Patienten angewiesen. Hier ist anzufügen, dass es einigen Patienten sehr unangenehm ist, wenn Berichte vom Psychiater oder der Klinik an nachbehandelnde Ärzte gehen, und dass sie es darum auch untersagen, dass ein Bericht geschickt wird. Ihre Privatsphäre ist ihnen wichtiger als eine kontinuierliche Behandlung. Auch ein Patient kann eine Schnittstelle sein!

Sind viele Ärzte involviert, ist es für den Patienten oft unklar, wer jetzt was weiss. Muss ich meiner Hausärztin nun sagen, dass sie mein Blut kontrollieren soll, oder sagt ihr das der Psychiater? Hat mein Hausarzt dem Psychiater mitgeteilt, dass ich erhöhten Blutzucker habe? Wenn mich die Psychiaterin einweist in eine Klinik, schreibt sie dem Klinikarzt, dass ich Betablocker für mein Herz nehmen muss? Als Patient bekommt man manchmal ein bisschen den Eindruck, keiner weiss alles. Was Hausarztmodelle angeht: Wenn man mehr beim Psychiater als beim Hausarzt ist, dann wäre einem lieber, der Psychiater wäre der Gatekeeper und nicht der Hausarzt! Aber Psychiater wollen und können vielleicht nicht für das «Körperliche» verantwortlich sein.

Der ambulante Arzt als Begleiter in der Klinik

Patienten machen in der Klinik Erfahrungen mit sich und mit Beziehungen zu anderen Menschen in einem Setting, das nicht ihrer Alltagsrealität entspricht, innerhalb bestimmter Strukturen, die bestimmte Möglichkeiten des Verhaltens und Fühlens fördern oder erschweren. Wie kann das auf das Leben nach der Klinik übertragen werden? Ein beliebtes Bild bei Patienten ist das der Käseglocke für den besonderen Schonraum in der Klinik und die harte Realität, die sie draussen erwartet.

Hier wäre für viele Patienten hilfreich, ambulante Therapeuten betreuten ihre Patienten in der Klinik weiter, oder Patienten könnten während des Klinikaufenthaltes auch

Gespräche mit dem ambulanten Therapeuten führen. Die Formen des Dialogs sind zum Teil von der Entfernung zwischen Klinik und Praxis abhängig. Aber vielleicht wäre ja auch der Kontakt über E-Mail oder Videofon möglich. Ein Klinikaufenthalt ist zugleich sehr belastend und entlastend. Für viele Patienten wäre es gleichzeitig eine Beruhigung und eine Herausforderung, mit der «Fachperson der Aussenwelt» regelmässigen Kontakt zu haben. ■

Autor:

Ruedi Josuran

Moderator und Redaktor

Radio DRS 1

Sonnenwiesweg 2

8712 Stäfa

E-Mail: ruedi.josuran@gmx.ch

Interdisziplinäres Qualitätsmanagement im Spital

Um die Qualität im Spital bereichsübergreifend messen zu können, haben die Autoren eine Qualitätspyramide entwickelt. Die zugehörigen Indikatoren liefern die Daten, mit denen die Qualität gesteuert werden kann. Qualitätscontrolling am Beispiel des Kantospitals Luzern.

Thomas Kaufmann, Stefan Hunziker, Guido Schüpfer

Viele Spitäler in der Schweiz sind daran, umfassende Qualitätssysteme aufzubauen. Die einzelnen Disziplinen kennen bereits eigene Methoden, um die fachliche Qualität sicherzustellen; beispielsweise mit dem Konzept «Evidence Based Medicine» für den Arztdienst. Neu ist, dass der Qualitätsgedanke auf Stufe Gesamtspital Fuss gefasst hat [1]. In der Wirtschaft ist anerkannt, dass gute Qualität auch Kosten spart [2]. Für das Gesundheitswesen konnten Studien bereits beweisen, dass optimierte Prozesse Geld sparen und Leben retten [3]. Nicht zuletzt fordert auch der Gesetzgeber im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes und der dazugehörigen Krankenverordnung eine transparente Qualität [4]. Der vorliegende Artikel zeigt auf, wie die Qualität im Spital bereichsübergreifend gemessen und gesteuert (Controlling) werden kann. Dazu haben wir das bewährte Qualitäts-

managementkonzept nach Donabedian um eine Qualitätspyramide und die Mitarbeiterzufriedenheit erweitert.

Qualitätspyramide: fachliche Qualität und Kundenzufriedenheit

Die Dienstleister im Gesundheitsbereich haben eine Verantwortung, wirklich gute Medizin anzubieten und nicht die Medizin, welche der Patient wünscht oder welche gerade «en vogue» ist. Fachliche Qualität und Qualität aus Sicht des Kunden ergänzen sich jedoch. So konnte Jon Meliones am Duke Children's Hospital in Durham, North Carolina, USA, durch Optimierung der Struktur- und Prozessqualität die Rehospitalisationsrate von 7 auf 3 Prozent senken. Gleichzeitig stieg die Kundenzufriedenheit um 18 Prozent [7]. Die von uns entwickelte Qualitätspyramide zeigt auf, wie fachliche Qualität, subjektive und objektive Patientenzufriedenheit aufeinander aufbauen (siehe *Abbildung 1*). Alle drei Stufen können gemessen werden: die fachliche Qualität anhand von Indikatoren wie Mortalität und Rehospitalisationsraten; die objektive Patientenzufriedenheit wird beispielsweise durch Zuweisungsstatistiken oder Wartezeiten beschrieben; die subjektive Patientenzufriedenheit wird direkt gemessen [5].

Die Qualitätskategorien

Donabedian hat die heute gebräuchlichen Kategorien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität geschaffen [6]. Unserer Meinung nach ist zudem die Qualität in der Indikationsstellung eine sinnvolle Ergänzung dieses Konzepts. Die Struktur-



Thomas Kaufmann



Stefan Hunziker



Guido Schüpfer

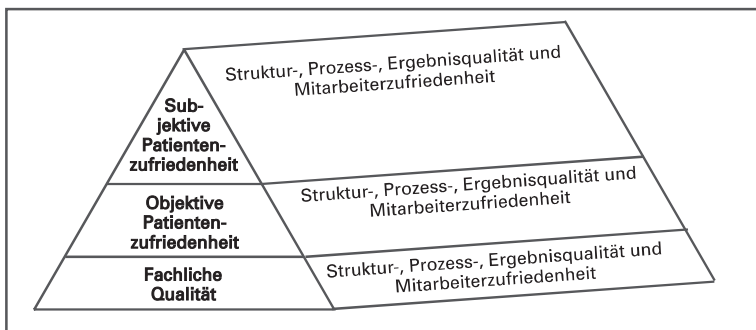


Abbildung 1: Die Qualitätspyramide

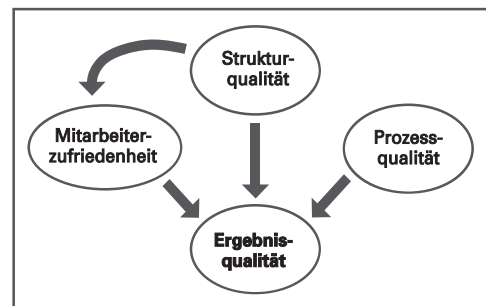


Abbildung 2: Die Interaktion der Qualitätskategorien und der Mitarbeiterzufriedenheit

und Prozessqualität beeinflussen das Ergebnis direkt. Weil die Mitarbeiterzufriedenheit ebenfalls direkt auf die Ergebnisqualität einwirkt [7, 8], ist sie in unserem Verständnis gleichrangig der Struktur- und Prozessqualität (siehe *Abbildung 2*).

Die Qualitätspyramide ergänzt das gängige Qualitätsmodell von Donabedian. Die Kategorien Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität strukturieren die Qualität horizontal, während die Qualitätspyramide vertikal strukturiert. Dabei betrachten wir für jede Stufe der Pyramide das gesamte Spektrum der Qualitätskategorien. Eine gemäss der Qualitätspyramide erfolgreiche Behandlung, beispielsweise einer Sprunggelenkfraktur, umfasst also die drei Stufen: eine anatomische korrekte Reposition mit Wiederherstellung der Funktionalität (fachliche Qualität); der Patient kann wieder gehen und laufen, und die Narbe ist ästhetisch ansprechend (objektive Patientenzufriedenheit); subjektiv nimmt der Patient wahr, ob die Schmerztherapie und die pflegerische sowie medizinische Begleitung bedürfnisgerecht waren.

Strukturqualität

Zur Strukturqualität zählen Art, Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter. So ist bekannt, dass die Präsenz eines qualifizierten Anästhesisten im Operationssaal die 30-Tage-Mortalität¹ signifikant senkt [9]. Für die Erhaltung der Qualifikation ist primär der Mitarbeiter zuständig, die Rahmenbedingungen müssen jedoch vom Arbeitgeber optimiert werden. Zur Strukturqualität gehören auch materielle Elemente

wie die medizintechnischen Einrichtungen, die geeigneten Räumlichkeiten und organisatorische Elemente wie die Aufbauorganisation [10].

Die Anzahl durchgeführter Operationen eines bestimmten Eingriffstyps an einem Spital (Volumen) gehört ebenfalls zur Strukturqualität. Die Anzahl gewisser Operationen pro Chirurg korreliert mit der Mortalität. Aber noch entscheidender ist das Volumen, das ein Spital generiert. Fallvolumen und Behandlungsergebnis korrelieren miteinander.

Prozessqualität

Die Prozessqualität umfasst alle Massnahmen, die im Lauf der Behandlung unter Berücksichtigung der spezifischen Situation ergriffen werden. Eine häufig verwendete Prozesskennzahl ist die Anästhesiedauer im Verhältnis zur Schnitt-Naht-Zeit², die sich zwischen 1,5 und 2 bewegt. Die Verbesserung der Prozessqualität erfordert primär eine Analyse. Im historisch gewachsenen Spital existieren häufig verschiedene Prozesse, welche schliesslich zum gleichen Ziel führen. Deshalb ist eine Standardisierung anzustreben, wodurch die Fehlerquote massiv gesenkt werden kann [11]. In Luzern verbesserte sich die Operationsadministration durch eine neue Software.

Mitarbeiterzufriedenheit

In der Pflege konnte nachgewiesen werden, dass die Mitarbeiterzufriedenheit mit dem Outcome korreliert [13, 14]. Die Zufriedenheit aller Mitarbeiter im gesamten Spital wird gemessen und den Vorge-

setzten anonymisiert zur Verfügung gestellt. Die direkten Vorgesetzten zeigen sich zuständig für die Anerkennung und die Möglichkeiten sozialer Kontakte der Mitarbeitenden [12].

Ein objektiver Parameter für die Mitarbeiterzufriedenheit kann die Absenzenrate sein. Deshalb wird sie der Pflegedirektion für jede Station, verglichen mit Vormonat und vergleichbaren Stationen, regelmässig rapportiert. Das Pflegekader analysiert Auffälligkeiten und ergreift Massnahmen.

Ergebnisqualität

Das Ergebnis wird als Outcome angegeben und ist der direkte Indikator für die Qualität der Versorgungsleistung. Das Outcome beinhaltet die fachliche Qualität, aber auch die objektive und subjektive Patientenzufriedenheit. Die Schwierigkeit in der Outcome-Messung besteht darin, validierte Indikatoren zu finden, welche möglichst einen definierten Prozess messen. Damit die Ergebnisse aussagekräftig sind, müssen Benchmarkzahlen bekannt sein. Für die Outcome-Messungen griffen wir auf breit abgestützte und validierte Indikatoren des britischen National Health Service NHS zurück, die so genannten NHS-Performance-Indikatoren.

Von der Qualitätsmessung zum Qualitätscontrolling

Die Qualitätsmessung allein hat keinen Einfluss auf das Outcome. An-

¹ Mortalität: Sterblichkeit

² Schnitt-Naht-Zeit: Zeitdauer der Operation vom ersten Schnitt an, bis die Wunde wieder verschlossen ist (Naht).

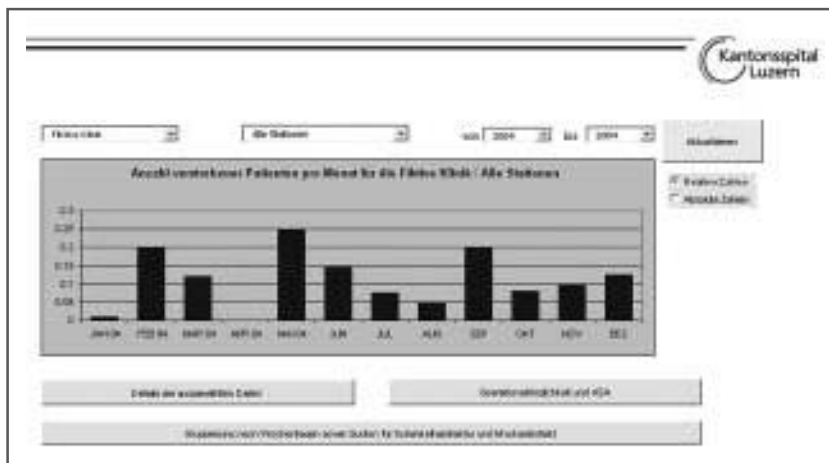


Abbildung 3: Die Mortalitätsstatistik aller Stationen der «Fiktiven Klinik» (fiktive Zahlen).

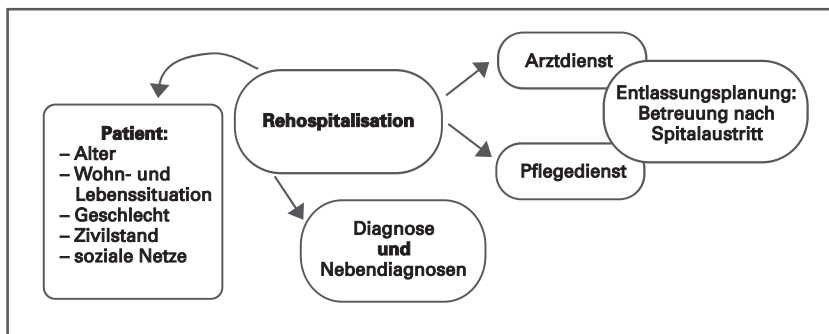


Abbildung 4: Die Rehospitalisation hängt von beeinflussbaren und nicht beeinflussbaren Faktoren ab.

zustreben ist daher ein abgestuftes Qualitätscontrolling, das heisst die Qualität wird nicht einfach kontrolliert, sondern die Messungen werden zur Steuerung des Unternehmens verwendet. Zwei Beispiele zur Illustration:

■ *Von der Patientenzufriedenheit zum zufriedenen Patienten*

Während der Hospitalisation hat der Patient die Möglichkeit, Unzulänglichkeiten zu melden. Das Beschwerdemanagement ist so ausgelegt, dass Korrekturen noch während der Hospitalisation stattfinden.

■ *Der unzufriedene Kunde sagt nichts – wir fragen ihn*

Im Bereich der Chirurgie werden Ausreisser im Zuweiserverhalten analysiert. Dies ermöglicht, den Zuweiser darauf anzusprechen, weshalb er uns seine Patienten nicht mehr zuweist.

Kursabweichungen erkennen

Bei den gesammelten Daten müssen die Abweichungen erkannt werden. Wir setzen dafür eine Software ein, welche einen Gesamtüberblick über die ausgewählten Qualitätsindikatoren zeigt und die effiziente Analyse von abweichenden Werten erlaubt. Die Daten sind in vorverarbeiteter Form in einer Datenbank abgelegt und stammen aus dem Klinikinformationssystem. Damit müssen die Daten nicht speziell erhoben werden, und es entstehen keine Mehrkosten. Die Daten entstammen allesamt der medizinischen Dokumentation und der Patientenadministration. Anhand der Indikatoren Mortalität und Rehospitalisation soll das Vorgehen erklärt werden.

Mortalität

Die Anzahl der Patienten wird ausgewiesen, welche innerhalb von 30

Tagen nach Eintritt versterben³. Für bestimmte Diagnosen wie Myokardinfarkt und Schenkelhalsfraktur werden detaillierte Rapporte erstellt. Die Mortalität beschreibt die Basisqualität und zeigt sich insbesondere bei Diagnosen mit einer Mortalität von 10 und mehr Prozent als signifikanter Parameter für die Qualität des Behandlungs- und Therapieprozesses [13]. Bei nur kleinen Abweichungen kann per Mausclick die Krankengeschichte aufgerufen und der Fall manuell analysiert werden. Weil die Daten im Klinikinformationssystem seit 1999 erfasst werden und die Daten jederzeit online verfügbar sind, wird eine Trendanalyse möglich: Eine lineare Regression⁴ errechnet aus den monatlichen Mortalitätszahlen den entsprechenden Trend über das Jahr. Ein Trendbruch ist frühzeitig erkennbar, auch wenn noch keine augenfälligen Ausreisser vorliegen.

Abbildung 3 zeigt die Anzahl verstorbenen Patienten pro Monat über alle Kliniken (fiktive Zahlen). Von dieser Ansicht aus wählen wir eine Klinik, zum Beispiel die Medizin. Wir können die gesamte Medizin anschauen oder die einzelnen Stationen. Ebenso kontrollieren wir regelmässig die Mortalität im Zusammenhang mit der Operationsdringlichkeit.

Rehospitalisation

Die Rehospitalisationsfrequenz gilt als Qualitätsparameter [7, 14]. Sie misst die fachliche Qualität des Entlassungsprozesses, zusätzlich aber auch der subjektiven Patientenzufriedenheit, weil die Rehospitalisation als Reklamation betrachtet werden kann. Leider sind diverse Faktoren für die absolute Rehospitalisationsfrequenz ausschlaggebend [15] (Abbildung 4), deshalb ermöglicht es die Software, die entsprechenden Krankengeschichten direkt aufzurufen. Als Grundlage dienen

³ Definition der Mortalitätsfrequenz gemäss NHS: «(Anzahl Patienten, welche innerhalb von 0 bis 29 Tagen nach Notfalleintritt oder nach Operation im Spital versterben) geteilt durch (Anzahl der Patienten, welche als Notfall eintraten, bzw. operiert wurden) mal hundert.» Wir unterteilen in weitere Untergruppen, nach Operationsdringlichkeit und Diagnosen.

⁴ Lineare Regression: Analytisches statistisches Verfahren, das hilft, den Trend zu errechnen.

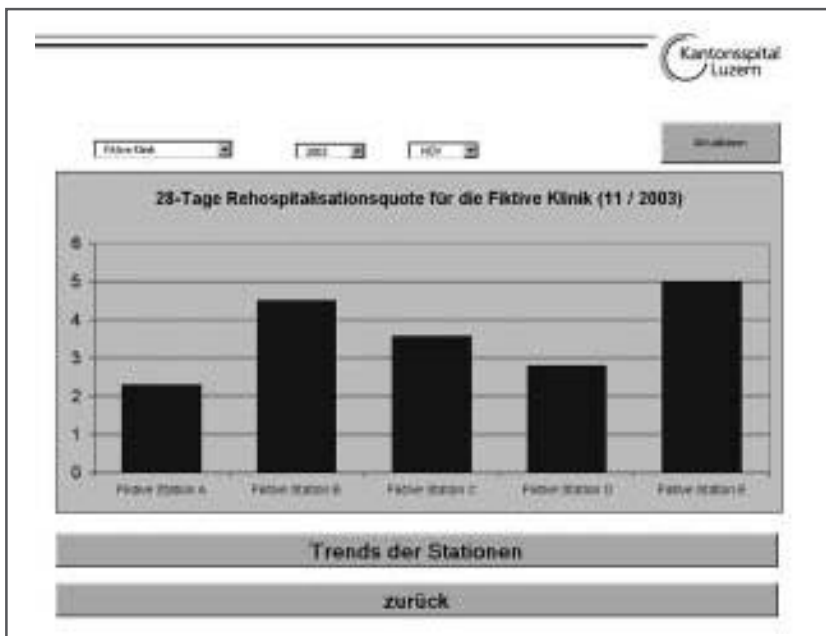


Abbildung 5: Die Gegenüberstellung der einzelnen Stationen der «Fiktiven Klinik» erlauben, nichtbeeinflussbare Faktoren der Rehospitalisationsfrequenz zu eliminieren. Mit Klick auf «Trends der Stationen» können auffällige Stationen näher analysiert werden.

hier wieder die validierten Definitionen des NHS⁵, wodurch auch zum Beispiel zweizeitige Operationen oder zwei unterschiedliche Erkrankungen in die Statistik mit einfließen.

«Vorausgesetzt, dass das Qualitätsmanagement stufengerecht mit Einbezug aller Betroffenen eingeführt wird, profitiert nicht nur der Patient.»

sen. Gerade beim im Sterben liegenden Patienten kann jedoch die Abgrenzung schwer fallen. Die Rehospitalisationsquote ist ein wertvoller, aber auch delikater Indikator. Es werden deshalb Stationen der gleichen Klinik und die Trends der einzelnen Station verglichen (Abbildung 5). Die Daten werden so konsistenter und robuster.

⁵ Definiton der Rehospitalisationsquote gemäss des NHS: «(Anzahl Patienten, welche als Notfall wiedereintreten, nachdem sie in den letzten 0–27 Tagen das Spital verlassen haben) geteilt durch (Anzahl der entlassenen Patienten) mal hundert.» Explizit ausgenommen sind Geburten und gynäkologische Erkrankungen.

Alle profitieren vom Qualitätsmanagement

Vorausgesetzt, dass das Qualitätsmanagement stufengerecht mit Einbezug aller Betroffenen eingeführt wird, profitiert nicht nur der Patient. Die Mitarbeitenden sind zufriedener, weil die Weiterbildung gefördert und eine Kultur der Anerkennung und des Respekts gepflegt wird. Damit steigt das Outcome. Für die Unternehmensführung wird Transparenz geschaffen, und dies ist die Basis für Erfolg [16]. Das Qualitätsmanagement visualisiert Erfolge und unterstützt damit jeden Führungsverantwortlichen im Spital. ■

Autoren:
Thomas Kaufmann
Stefan Hunziker
Guido Schüpfer

Korrespondenzadresse:
 Dr. med. Thomas Kaufmann,
 MAS MTEC ETH Zürich
 Medizin- und Pflegeinformatik
 Medizinische Stabsdienste
 Kantonsspital Luzern

6000 Luzern 16
 E-Mail: thomas.kaufmann@ksl.ch

Literatur:

1. Schönenberger M. Strategisches Management im Spital, SAEZ 2005; 86(9): 562–573.
2. Liker J.K. The Toyota way, McGraw-Hill Companies, 2003.
3. Meliones J. Saving money, saving lives, Harvard Business Review, 2000.
4. KVG Art. 581 und KKV Art. 771.
5. Danobedian A. The quality of care. JAMA. 1988; 260(12): 1743–1748.
6. Donabedian A. The criteria and standards of quality: 2, Foundation of the Amer College, 1980
7. Aiken LH, Smith HL, Lake ET. Lower medicare morbidity among a set of hospital known for good nursing care. Med Care. 1994; 32: 771–787.
8. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital restructuring: Does it adversely affect care and outcomes? J Nurs Adm 2000;30(10): 457–465.
9. Silber J, Kennedy S. Anesthesiologist board certification and patient outcomes. Anesthesiology 2002, 96(5): 1044–1052.
10. Gutzwiller F, Kocher G. Die Qualität medizinischer Leistungen: Konkrete Möglichkeiten der Qualitätsmessung, -kontrolle und -förderung. Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik, Nr. 5, Zürich, 1982, 15–26.
11. Spear S, Bowen HK. Decoding the DANN of the Toyota Production System. Harv Bus Rev. 1999; 77(5): 96–106.
12. Maslow A. Five-level hierarchy of needs pyramid, 1954.
13. Dimick JH, Welch HG, Birkmeyer, JD. Surgical Mortality as an Indicator of Hospital Quality. JAMA Aug 2004; 292 (7): 847–851.
14. Heberer M et al. Welche Kennzahlen braucht die Spitalführung? Schweizerische Ärztezeitung, 2002; 83(9): 425–434.
15. Vincent C, Moorthy K. et al. System approaches to surgical quality and safety: from concept to measurement. An Surg 2004, 239(4): 475–482.
16. Morrell M, Capparell S. Shackletons Führungskunst. Rowohlt, 2003.

Wissensmanagement im Gesundheitswesen

Gesundheitsfachleute müssen viel Wissen mit kurzer Halbwertszeit verarbeiten. «Wissensmanagement» soll dabei helfen. Ein Ratgeber für private und öffentliche Institutionen im Gesundheitswesen betrachtet nun theoretisch und praktisch den Umgang mit Wissen.

Wally Achtermann

Modernes Wissensmanagement gehört seit den Neunzigerjahren zum guten Ton eines jeden grösseren Unternehmens. Dabei geht es nicht einfach darum, Informationen weiterzugeben. Wissen soll vielmehr so bewahrt und weitergegeben werden, dass zukunftsgerichtetes, innovatives und qualitätsorientiertes Handeln möglich wird. Wissen, insbesondere Fachwissen zu generieren, ist teuer. Der Grund für ein modernes Wissensmanagement liegt auf der Hand: Der Wissensverlust durch die Kündigung von Mitarbeitenden soll in Grenzen gehalten werden.

Das Buch «Wissensmanagement im Gesundheitswesen» von Andreas Greulich ist dieser betriebswirtschaftlichen Idee des modernen Wissensmanagements verpflichtet. Die neun Autoren und eine Autorin des Buches kommen mehrheitlich aus der Sparte Betriebswirtschaft, Organisationsentwicklung und Personalmanagement.

Gesundheitswesen: wissensintensiv und unter Kostendruck

Wissensmanagement lässt sich in jeder Art von Unternehmen anwenden, auch im Gesundheitswesen. Dieses ist ein besonders wissensintensiver Bereich, wo die Produktlebenszyklen immer kürzer werden und das damit verbundene Wissen immer rascher aktualisiert werden muss. Auch ist das Gesundheitswesen seit längerem schon einem anhaltenden Kostendruck ausgesetzt, der nach wirtschaftlichen Massnahmen ruft. Greulichs Buch versteht sich vor diesem Hintergrund als praktischer Ratgeber für private und öffentliche Unternehmen des Gesundheitswesens. Es richtet sich vor allem an die administrativen, medizinischen und personellen LeiterInnen sozialmedizinischer Institutionen wie Spitäler (lernendes Krankenhaus) und Pflegeheime, ist somit also stark auf den medizinischen Versorgungsbereich ausgerichtet.

Wissensmanagement praktisch

Ein grosser Vorteil des Buches ist, dass es die Instrumente und Prozesse des Wissensmanagements nicht nur theoretisch betrachtet, sondern sie anhand praktischer Beispiele erklärt. So zeigt es wie:

- eine «Wissensbilanz» im Spital erstellt wird
- Prozessinnovationen in der Qualitätszirkelarbeit generiert werden
- die Medikamentenversorgung an einem Universitätsspital verbessert wird
- ein EDV-gestütztes Wissensmanagementsystem, auf der Grundlage von definierten Hauptprozessen, in einer Einrichtung der Alten-, Kranken- und Behindertenhilfe realisiert wird.



Wally Achtermann

■ Und schliesslich beinhaltet das Buch auch einen Praxisleitfaden für den Aufbau und Betrieb virtueller Communities.

Aus der Schweiz liessen sich weitere Beispiele anfügen: Das DRG-Abrechnungssystem (diagnosebezogenes Klassifikationssystem als Grundlage eines Pauschalpreissystems), das gegenwärtig eine Pilotphase durchläuft oder das Data-Warehouse des Walliser Gesundheitsobservatoriums, mit dem unter anderem die administrativen Daten der Walliser Spitäler und die klinischen Daten der Patientinnen und Patienten elektronisch verarbeitet werden. Auf nationaler Ebene sei das Projekt «Versichertenkarte» beziehungsweise «Patientenkarte» erwähnt. Aber auch integrierte Versorgungsnetze würden sich hervorragend als Spielwiese für Instrumente und Prozesse des Wissensmanagements anbieten.

Es fällt allzu leicht, sich beim Thema Wissensmanagement auf moderne elektronische Produkte abzustützen wie beispielsweise auf ein Data-Warehouse (zentrale Datensammlung;

meist eine Datenbank, deren Inhalt sich aus Daten von unterschiedlichen Datenquellen zusammensetzt), auf virtuelle Communities (Gemeinschaften von Leuten, die gemeinsame Interessen, Ideen und Empfindungen über das Internet oder andere kollaborative Netzwerke teilen), auf das Intranet (Rechnernetzwerk, das auf den gleichen Techniken wie das Internet basiert, jedoch nur von einer festgelegten Gruppe von Mitgliedern einer Organisation genutzt werden kann) oder auf ein Content Management System (ermöglicht das elektronische Erstellen, Pflegen, Strukturieren und Auffinden von Inhalten). Ohne Zweifel haben diese neuen Informationstechnologien (IT) dazu beigetragen, die immer grösser werdende Fülle von Erkenntnissen zu dokumentieren und einen raschen Zugang zu gewährleisten. Die damit verbundene Hoffnung, dank IT Wissen in Handlungen umzusetzen, hat sich nicht erfüllt. Nach rund zehn

Jahren macht sich daher so etwas wie Ratlosigkeit breit.

Motivation ist alles

Trotz vorhandener Instrumente, Werkzeuge und Datenbanken sind auch heute noch viele Mitarbeitende nicht bereit, ihr Wissen mit anderen zu teilen. Erfolgreiches Wissensmanagement beginnt bei motivierten Mitarbeitenden, dies hält Andreas Greulich in seinem Vorwort fest. Es ist eine Stärke des Buches, dass es der Frage nachgeht, wie Mitarbeitende motiviert werden können, ihr Wissen weiterzugeben. Denn hier dürfte die eigentliche Herausforderung für ein erfolgreiches Wissensmanagement liegen. In einem separaten Beitrag von Volker Schade geht deshalb das Buch der Frage nach, wie Mitarbeitende über gute Führung, gute betriebliche Rahmenbedingungen und insbesondere über die Arbeitsgestaltung dazu motiviert werden können, Wissen weiterzugeben und zu nutzen.

Volker Schade räumt mit dem Zauber «Wissensmanagement» etwas auf und relativiert Hoffnungen auf allzu leichte Erfolge, die in den Neunzigerjahren an die Idee Wissensmanagement geknüpft waren. Gemäss Schade findet Wissensmanagement schon seit Menschengedenken statt. Am Schluss fragt er dann auch provokativ: «Braucht es eigentlich den Begriff Wissensmanagement, wenn man mit Wissen besser umgehen möchte?» ■

Autorin:

Wally Achtermann

Expertin Gesundheitspolitische
Strategien Schweiz
Bundesamt für Gesundheit
3003 Bern
E-Mail:
wally.achtermann@bag.admin.ch

Literatur:

Andreas Greulich (Hrsg.). Wissensmanagement im Gesundheitswesen. Economica Verlag, Heidelberg 2005. 313 Seiten. ISBN 3-87081-368-7. 98 Franken.

Hausärzte: «Wir sind Gold wert!»

von **Bea Heim,**
Nationalrätin SP



Bea Heim

Kundgebungen vor dem Bundeshaus sind nichts Aussergewöhnliches. Früher waren es Gewerkschaften, Friedensbewegte, Frauenrechtlerinnen oder Umweltaktivisten, welche die politische Öffentlichkeit mit Transparenten, Megaphonen und Sprechchören auf ihre Anliegen aufmerksam machten. Am ersten April dieses Jahres war es anders. Die Zuschauer auf dem Bundesplatz und zuhause vor den Fernsehgeräten werden sich an dergleichen Auftritte erst gewöhnen müssen: Die «Götter in Weiss» sind zu tausenden nach Bern gepilgert, um ihrer Unzufriedenheit und ihrer Besorgnis Luft zu machen.

Sie war eindrücklich, die Demonstration. Die Stimmen der Hausärzteschaft ist wahrgenommen worden. Der drohende Ärztemangel ist definitiv zum Politikum geworden. Der Grossaufmarsch hat gezeigt, dass Massnahmen wie der Zulassungsstopp für neue Arztpraxen oder der Numerus Clausus beim Medizinstudium kaum dazu geeignet sind, die Gesundheitskosten zu dämpfen.

Unter dem Aspekt der Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten stellt sich mittlerweile die Frage der Versorgungssicherheit, wenn die Wege zur nächsten Praxis immer weiter werden. Und wie steht es um die Versorgungsqualität, wenn das Gespräch mit den Kranken weiter reduziert werden muss, damit ja keine angeblich «unnötigen» Kosten entstehen?

Eigentlich ist es klar: So lässt sich kaum sparen. Eine Zunahme der Fallkosten ist damit geradezu vorgeplant. Überhaupt darf sich Gesundheitspolitik nicht auf die reine Kostendiskussion reduzieren. Viel wichtiger wäre es, politische Entscheide auf der Basis von fundiertem Wissen und vorgängiger Analysen zu treffen. Was vermutet wird, ist zu belegen: Zum Beispiel dass in zahlreichen Regionen für einzelne Fachgebiete eine Unterversorgung besteht, etwa in der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder im Bereich der Rehabilitation älterer grundversicherter Menschen. Auch über die Versorgungssituation von chronisch Kranken weiss man zu wenig, ungeachtet der Pionierarbeit, die mit Managed Care und dessen integriertem Versorgungsansatz geleistet wird. Es gibt zu viele weisse Flecken auf der Landkarte unseres Gesundheitswesens. Für den Bereich der ambulanten Versorgung liegen kaum evaluierte statistische Informationen vor.

Die Konsequenzen sind gravierend. Vermeintliche Lösungsansätze verkehren sich ins Gegenteil, zulasten der Ärzteschaft und letztlich der Patientenschaft. Gerade mit Blick auf die Sicherstellung einer guten Gesundheitsversorgung für alle ist

darum die Forderung der Ärzteschaft nach einer umfassenden Mitsprachemöglichkeit bei gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen von zentraler Bedeutung. Sie dient allen. Nebst dem Aspekt der Transparenz geht es dabei auch um Anerkennung und Wertschätzung unserer Hausärztinnen und Hausärzte. «Wir sind Gold wert!», stand auf einem der Transparente an der Demo in Bern. Das ist unbestritten wahr, die Teilnahme zahlreicher Patienten an der Berner Demonstration und deren Unterschriften auf den Petitionsbögen bestätigen dies. Ich bin überzeugt, dass auch im Parlament die Wertschätzung der Hausarztmedizin gross ist. Parlamentarisch lässt sich wohl kaum viel zum Abbau der beklagten Bürokratie beitragen. Aber die Politik hat dafür zu sorgen, dass gesundheitspolitische Entscheide auf eine solidere Basis gestellt werden. In der Gesundheitsversorgung stehen Wirtschaftlichkeit und Qualität in engem Zusammenhang. Bei pauschalierten Vergütungen ist die Beachtung des Patientenmix ebenso wichtig wie die Schaffung positiver Anreize zur Anerkennung der zwingend notwendigen Bemühungen zur Sicherung der Behandlungsqualität. Diese Kultur der Anerkennung will erkämpft sein.

Bea Heim
Nationalrätin SP Kanton Solothurn
Mitglied Staatspolitische Kommission
Ersatzmitglied
Sozial- und Gesundheitskommission
Untere Kohliweidstrasse 27
4656 Starrkirch-Wil
E-Mail: bea.heim@parl.ch

Spitalfinanzierung und Ärztenetzwerke

Vorankündigung und Einladung zum Podiumsanzlass

Donnerstag, 31. August 2006, 16.15 Uhr

Landesmuseum, Museumstrasse 2, Zürich, Salon rouge

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

Der Ständerat hat vor kurzem vorgeschlagen, dass auch die Spitalbehandlungen unter Umverteilung der Bundessubventionen von den Versicherern allein finanziert werden (monistische Spitalfinanzierung). Damit fände der unnatürliche Finanzierungsunterschied zwischen ambulanter und stationärer Behandlung ein Ende.

Weshalb ist die monistische Spitalfinanzierung für Ärztenetzwerke so wichtig?

Wenn Patientinnen und Patienten Hospitalisationen durch qualitätsbewusste ambulante Behandlungen erspart werden können, sinken die Kosten massiv.

Mit dem heutigen Abrechnungssystem profitieren die Kantone zu rund 50 Prozent. Die Einsparung verbleibt damit nicht im Versicherungssystem. Den Versicherungen und insbesondere den mit Budgetmitverantwortung arbeitenden Ärztenetzwerken bleibt das Nachsehen.

Für uns Ärztenetzwerke sind deshalb Reformen in diesem Bereich von zentraler Bedeutung.

Wir möchten, dass die Diskussion nicht versandet und wollen mit einem Podiumsgespräch das Thema neu lancieren.

Frau SR Erika Forster-Vannini, Präsidentin der parlamentarischen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK), wird den ständerätlichen Vorschlag erläutern.

Das anspruchsvolle Thema werden wir mit ausgewählten Meinungsbildern aus Politik, Versicherungsbranche und Ärzteschaft diskutieren.

Diskussionsleiter ist Herr Hans Fahrländer, Chefredaktor «Aargauer Zeitung».

Wenn Sie am Schicksal des Schweizer Gesundheitswesens und den daraus hervorgehenden Managed-Care-Fragen interessiert sind, so reservieren Sie sich schon jetzt diesen Termin.

Anmeldungen sind erbeten an info@med-swiss.net

Vorstand med-swiss.net



Die Schweizer Netzwerkarbeit wird von den folgenden Firmen in verdankenswerter Weise unterstützt:
Galexis, Novartis, Ecosol, IBSA, MSD, Bluecare, Spirig, Nycomed, sanofi aventis, AstraZeneca, Pfizer



Anmeldetalon Podiumsanzlass 31. August 2006 Spitalfinanzierung und Ärztenetzwerke

Bitte kreuzen Sie Ihre Zugehörigkeit an:

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Presse | <input type="checkbox"/> Nationalrat | <input type="checkbox"/> Ständerat |
| <input type="checkbox"/> Versicherung | <input type="checkbox"/> Standesorganisation | <input type="checkbox"/> Netzwerkmitglieder und Interessenten |
| <input type="checkbox"/> Bundesamt | <input type="checkbox"/> Patientenorganisation | <input type="checkbox"/> andere..... |

Firma: PLZ/ Ort:

Name: Tel.:

Vorname: E-Mail:

Adresse: Anzahl Teilnehmer:

Bitte Anmeldung bis spätestens
29. August 2006 an die
Faxnummer **044-280 44 03**

oder per Post an
med-swiss.net
Grütlistr. 36
8002 Zürich

Onkologie: Die Mittel richtig einsetzen

Krebsmedikamente können viel und kosten viel. An den Luzerner Trendtagen Gesundheit diskutierten die ExpertInnen über die ökonomischen Grenzen der Onkologie. Prävention, Kosten-Nutzen-Überlegungen und Rationalisieren kommen noch vor einer Rationierung, so das Fazit der Veranstaltung.

Lorenz Borer

Das Medikamentenbudget am Universitätsspital Zürich stieg im Jahr 2004 um 1,9 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Die Onkologika¹ hingegen legten im gleichen Zeitraum um 20 Prozent zu. Dies konstatierte Ferenc Follath, ehemaliger Leiter der Inneren Medizin am Universitätsspital Zürich, an den Luzerner Trendtagen Gesundheit vom 23. und 24. März 2006. Und Reto Obrist, Onkologe und Direktor von Oncosuisse, doppelte nach und meinte dass die Onkologika die Medikamentenbudgets der Spitäler aufessen.

In der Spezialveranstaltung «Möglichkeiten und Grenzen in der Onkologie» erörterten Experten die aufgrund der steigenden Kosten drängenden Fragen: Sind teure Krebsmedikamente wirksam und wirtschaftlich? Oder führen die kostenträchtigen onkologi-

schen Behandlungen zu einem Kollaps des Gesundheitssystems? Wo kann gespart werden, und wo nicht? Müssen die Onkologika rationiert werden, und falls ja, von wem? Tatsache ist, dass seit einigen Jahren innovative Therapien auf den Markt drängen, die zu einem hohen Preis einen potenziell hohen Nutzen erbringen, wenn sie gezielt den richtigen Patienten gegeben werden. Das führt zusammen mit verbesserter diagnostischer, chirurgischer und Bestrahlungstherapie zu eindrucklichen Fortschritten.

Erfolge in Krebsbehandlung und Prävention

Die Überlebenszeit bei metastasierendem Dickdarmkrebs wurde vervierfacht; Prostatakrebs, vor einiger Zeit fast immer tödlich verlaufend, gilt heute generell als heilbar. Reto Obrist mit Blick auf die Kostenspirale in der Onkologie: «Die moderne Onkologie ist Opfer ihres eigenen Erfolgs geworden.» Praktisch alle

«Krebs ist daran, zu einer normalen chronischen Krankheit zu werden.»

Krebsarten gehen in der Häufigkeit zurück, und die Diagnose Krebs kommt auch keinem Todesurteil mehr gleich. Krebs ist daran, zu einer normalen chronischen Krankheit zu werden. Das führt dazu, dass unter Fachleuten und Laien die These weit verbreitet ist, dass man den Krebs, an dem im Lauf des Lebens immerhin 40 Prozent der Bevölkerung erkranken wird, zwar

überleben kann – aber dann stirbt man einfach den Herztod. Und sollte auch der dank guter genetischer Disposition, effektiver Prävention oder einfach glücklicher Fügung ausbleiben, droht uns allen die Demenz. Felix Gutzwiller, Präventivmediziner der Universität Zürich, stellte jedoch diese populäre These der Morbiditätskaskade in der Diskus-

«Obwohl der Nutzen des systematischen Brustkrebscreenings gut belegt ist, wird es nur in Westschweizer Kantonen flächendeckend angeboten.»

sion in Frage. Daten aus Schweden und den USA weisen darauf hin, dass Hochbetagte oft günstiger sterben. Insofern sei die Investition in die eigene Psyche und Physis ein sehr prüfenswertes Lebenskonzept. Ausserdem werden wir nicht nur immer älter, sondern geniessen im Durchschnitt auch eine deutlich längere Lebensspanne bei guter Gesundheit als unsere Vorfahren.

Das nationale Krebsprogramm 2005–2010 beruht auf den vier Pfeilern Prävention, Früherkennung, Behandlung und Pflege. Dieses beleuchtete Thomas Cerny, Chefarzt Onkologie am Kantonsspital St. Gallen und Präsident der Krebsliga Schweiz. Besonderes Augenmerk liegt in der ersten Phase auf der Tabakprävention und auf dem Screening für Brust-, Darm-

¹ Onkologika: Medikamente zur Bekämpfung von Krebserkrankungen



Reto Obrist, Onkologe und Direktor von Oncosuisse: «Die moderne Onkologie ist Opfer ihres eigenen Erfolgs geworden.»



Thomas Cerny, Chefarzt Onkologie am Kantonsspital St. Gallen und Präsident der Krebsliga Schweiz: «Die Mittel am richtigen Ort einsetzen, nämlich in der Prävention und im Screening!»

und Muttermundkrebs. Obwohl der Nutzen des systematischen Brustkrebsscreenings gut belegt ist, wird es nur in Westschweizer Kantonen flächendeckend angeboten. Entsprechend ist dort auch die Wahrscheinlichkeit kleiner, an Brustkrebs zu sterben. Dass flächendeckend Früherkennungsprogramme zu tieferen Kosten zu haben sind als das heute praktizierte so genannte opportunistische Screening², wurde am Beispiel des Muttermundkrebses demonstriert. Cerny folgerte: «Wenn schon sparen, dann wenigstens die Mittel am richtigen Ort einsetzen, nämlich

² Opportunistisches Screening: Früherkennung im Rahmen individueller Vorsorgeuntersuchungen. Nachteile sind einerseits weniger rigide Qualitätsstandards, andererseits die Unterversorgung gewisser Bevölkerungsgruppen (Personen mit tiefem sozioökonomischem Status, Migrantinnen etc.).

³ QALY: «Quality Adjusted Life Year», die Bewertung eines Lebensjahrs in Relation zur Lebensqualität. Die Qualität des Überlebens (ein Wert zwischen 1 [perfekte Gesundheit] und 0 [Tod]) wird mit der Dauer des Überlebens in Jahren multipliziert. Die so erhaltenen QALY können in Relation zu den Kosten gesetzt werden.

bei der Prävention und beim Screening! Das ist eine Investition in die nächste Generation.»

Prioritäten setzen

Ein anderer richtiger Ort, um das Geld einzusetzen, ist die spezialisierte Onkologiepflege. Diese Meinung vertrat Irène Bachmann, Präsidentin der Onkologiepflege Schweiz. Teure Therapien seien nur dann sinnvoll, wenn auch eine Spitzenpflege damit verbunden ist. Damit meinte sie die evidenzbasierte Pflegepraxis oder ein patientenorientiertes Organisationssystem, in dem eine Pflegende für den gesamten Pflegeprozess Verantwortung trägt. Auf gar keinen Fall könne es sein, dass man mit ungenügender Stellenbesetzung, tiefer Fachkompetenz oder überlangen Arbeitszeiten die Kosten zu optimieren versuche. Alle Untersuchungen zeigten, so Bachmann, dass unterhalb eines kritischen Niveaus die Qualität der Pflege leide. Damit gehen mehr Medikamentenfehler, Stürze und Infektionen einher, und die Patientenzufriedenheit sinkt rapide.

Einig waren sich die Referenten, dass der Rückgang der öffentlichen Forschung sehr zu bedauern ist. Zwar investiert die Industrie beträchtliche Mittel in die Forschung. Davon profitieren aber vorab «lukrative» Krankheitsbilder, und es werden Fragen beantwortet, die direkt für die Vermarktung von Produkten nützlich sind. Felix Gutzwiller: «Es braucht öffentliche Gelder für die Forschung, um Fragen zu beantworten, die die Industrie nicht beantwortet.» Und bei Forschung, die durch die Industrie finanziert wird, brauche es Transparenz und klare Regeln. Allgemein wurde auch der Niedergang der klinischen Forschung in der Schweiz bedauert, gehörte doch unser Land bis vor wenigen Jahren noch zur internationalen Spitze. Fehlende Finanzen und eine überbordende Regelungsdichte machen die Forschung hierzulande unattraktiv.

Können uns gesundheitsökonomische Ansätze helfen, die richtigen Therapieentscheidungen zu treffen? Jürg Nadig, Präsident der Schweizerischen

Gesellschaft für medizinische Onkologie, gab eine positive Antwort. Wenn Mittel knapp sind, müssen die Prioritäten aufgrund möglichst objektiver Daten gefällt werden. Dann kann es nämlich auch passieren, dass eine vermeintlich sehr teure Therapie kostenmässig besser dasteht als eine wohl günstigste Therapie, die aber jahrzehnt-

«Wenn Mittel knapp sind, müssen die Prioritäten aufgrund möglichst objektiver Daten gefällt werden.»

telang beibehalten werden muss. Wenn jemand mit 40 Jahren eine Therapie für 200 000 Franken erhält und anschliessend gesund mit 80 Jahren stirbt, ist das eine bessere Investition (5000 Franken pro QALY³) als



Irène Bachmann, Präsidentin Onkologiepflege Schweiz: «Teure Therapien sind nur dann sinnvoll, wenn auch eine Spitzenpflege damit verbunden ist.»



Ferenc Follath, ehemaliger Leiter der Inneren Medizin am Unispital Zürich: «Wer soll über die Verteilung der knappen Mittel im Gesundheitswesen entscheiden?»



Jürg Nadig, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für medizinische Onkologie: Im politischen Diskurs soll festgelegt werden, welche Mittel in der Grundversicherung zur Verfügung stehen, «sonst ist der Patient der Willkür des Arztes am Krankenbett oder dem Krankenkassenfunktionär ausgeliefert».



Jürg Vontobel, Chef Leistungsmanagement Concordia: «Rationierung wäre eine Bankrotterklärung für ein reiches und innovatives Land wie die Schweiz.»

eine Therapie, die das Leben einer Achtzigjährigen bei eingeschränkter Lebensqualität um sechs Monate verlängert und 10000 Franken kostet (> 5000 Franken pro QALY). Die Frage, ob man sich bei den modernen Krebstherapien eher im ersten oder im zweiten Beispiel bewegt, musste offen bleiben. Zu unterschiedlich sind die jeweiligen Schicksale in der Praxis.

Sparen durch Rationalisieren, diese Meinung vertrat Jürg Vontobel, Chef Leistungsmanagement von Concordia. Er ortet so viel Rationalisierungspotenzial, dass die Rationierungsdebatte in die mittlere Zukunft aufgeschoben werden kann. So könne man zum Beispiel die diagnostischen Geräte in der Onkologie wirtschaftlicher auslasten, die Strahlentherapie besser planen und verhin-

dern, dass Medikamente ausserhalb der zugelassenen Indikation eingesetzt werden. Dies spart bereits viel Geld. Vontobel: «Wir gehen verschwenderisch mit unseren Mitteln um, was zu einer Unterversorgung in anderen Bereichen führt.»

Über Rationierung nachdenken

Vontobels Aussagen blieben zwar nicht unwidersprochen. Aber sämtliche Referenten waren sich explizit einig, dass weder unser Gesundheitssystem noch unser Sozialversicherungssystem wegen der Fortschritte in der Onkologie vor dem Kollaps stehe. Die finanzielle Seite sei aber ein seriöses Problem für einen grossen Teil der Bevölkerung. Gleichzeitig halten Bürgerinnen und Bürger wenig davon, zu Gunsten tieferer Kassenprämien auf innovative Therapien zu verzichten, dies machte Reto Obrist anhand der Plaut-Studie deutlich.

Jürg Nadig plädierte dafür, die Rationierungsgrundsätze jetzt zu erarbeiten und die Entscheidungsgrund-

«Weder unser Gesundheitssystem noch unser Sozialversicherungssystem stehen wegen der Fortschritte in der Onkologie vor dem Kollaps.»»

lagen für eine allfällige Rationierung zu schaffen, damit diese ohne unmittelbaren Druck durch die Öffentlichkeit diskutiert werden können. Eine Kardinalfrage dazu warf Ferenc Follath auf: Wer soll letztlich über die Zuteilung der knappen Mittel im Gesundheitswesen entscheiden? Die Antwort blieb er zwar schuldig, er wehrte sich jedoch vehement dagegen, dies dem einzelnen Arzt zu überantworten, da dadurch das Verhältnis zum Patienten ernsthaft gefährdet, wenn nicht gar zerstört würde. Einerseits wäre so der Willkür Tür und Tor geöffnet, so Follath, andererseits könnte der Patient dem Arzt nicht mehr vertrauen, dass dieser das Beste für den Patien-

ten im Auge behält. Eine klare Antwort hingegen hatte Jürg Nadig auf Follaths Frage, wer die Rationierungsentscheidungen treffen soll: Welche Mittel dem Patienten in der Grundversicherung zur Verfügung stehen, dies müsse im politischen Diskurs festgelegt werden. Nur so sei eine transparente und nachvollziehbare Festlegung gewährleistet. Die Tagung zeigte eindruckliche medizinische Fortschritte einerseits, ökonomische Konsequenzen, die sich daraus ergeben, andererseits. Dass nur eine komplette Sicht der Kosten-Nutzen-Relation auch zu einem vollständigen Bild der Errungenschaften moderner Medizin führt, war zwar nicht neu, aber dennoch richtig. Auch dann bleiben noch eine Menge ethischer Fragen im Raum, besonders, wenn das Schreckgespenst «Rationierung» doch noch lauter an die Tür klopfen sollte. ■

Autor:

Lorenz Borer

Mitglied Redaktioneller Ausschuss der Zeitschrift «Managed Care»

Manager Healthcare Affairs

Merck Sharp & Dohme

Schaffhauserstrasse 136

8152 Glattbrugg

E-Mail: lorenz_borer@merck.com

Fotos:

Forum Gesundheit Luzern

Stimmen zu Entwicklungen im Gesundheitswesen

Ideen zu einer neuen nationalen Gesundheitspolitik

«Eine neue nationale Gesundheitspolitik soll die zielorientierte und verfassungsmässige Grundlage bilden, um die Kompetenzen von Bund und Kantonen neu zu regeln. Nicht mehr 26, sondern zum Beispiel fünf Versorgungsräume sollen über politische Grenzen hinweg nach funktionalen, patientengerechten Kriterien die Grundversorgung sicherstellen.» Dies schreibt Peter Saladin, Präsident von Hplus, in den «Public Health Schweiz News» zum Thema Gesundheitsziele. Nationalrätin Christine Egerszegi weist in der gleichen Ausgabe darauf hin, dass die Kräfte nicht nur in den 26 Kantonen, sondern zum Beispiel auch in der Prävention verzettelt sind: «Es wird auf diesem Gebiet viel – auch ehrenamtlich – gearbeitet. Nur – wie viel sinnvoller wäre es, wenn alles Geld zusammengelegt würde, um eine koordinierte und zielgerichtete Prävention zu betreiben!» Egerszegi wünscht eine «Gesundheitsverfassung», ähnlich der neuen Bildungssysteme harmonisiert.

Und Ignazio Cassis, Präsident von Public Health Schweiz, fordert, dass Gesundheitsdeterminanten wie Arbeit, Verkehr und Umwelt bei allen politischen Entscheiden berücksichtigt werden. Cassis: «Diese multisektorielle Verantwortung ist ein Gesundheitsziel in sich.» (bc)

Quelle: Peter Saladin: Für eine konsistente nationale Gesundheitspolitik. Und: Christine Egerszegi: Wir brauchen eine zielorientierte Gesundheitspolitik. Und: Ignazio Cassis: Gesundheitsziele als Mittel für eine aufgeklärte Gesundheitspolitik. Alle in: News Public Health Schweiz, Nr. 1, 2006.

Mündige Bürger

Die Hausärzte sind unzufrieden. Bundesrat Pascal Couchepin äusserte sich zum ärztlichen Protest im Interview mit der NZZ: «Wenn sich Ärzte an den Hals des Staates werfen, ist dies kein Fortschritt.» Couchepin anerkennt, dass Veränderungen nötig sind: «Es braucht (...) Strukturen, die es den Ärzten erlauben, Beruf und Privatleben miteinander vernünftig

zu vereinbaren. Auch Ärzte leben heute nicht mehr ausschliesslich für ihren Beruf – eine Entwicklung, die nicht zuletzt mit dem wachsenden Frauenanteil in der Medizin zu tun hat.» Und: «Ziel ist es, ein besseres Versorgungsnetz bei höherer Versorgungsqualität ohne Kostensteigerungen im bisherigen Ausmass zu erhalten.» Den Bürgerinnen und Bürger kommt gemäss Couchepin dabei eine wichtige Rolle zu: «Wir leben in einer Gesellschaft mündiger Bürger, in der man fähig sein muss, seinen Anwalt, seinen Architekten oder seinen politischen Vertreter auszuwählen. Ich habe grösstes Vertrauen in die Bürger, dass sie auch die Leistungen ihres Arztes beurteilen können.» (bc)

Quelle: Couchepin: «Die Ärzte verstehen sich kaum mehr als liberaler Berufsstand». FMH-Präsident Jacques de Haller und Gesundheitsminister Pascal Couchepin im Streitgespräch über die Zukunft der Ärzteschaft. In: Neue Zürcher Zeitung, 31. März 2006.

Kein neues Kniegelenk für Übergewichtige

Pech für übergewichtige PatientInnen, die einen Gelenkersatz benötigen und im britischen East Suffolk leben: Bei einem Body-Mass-Index höher als 30 werden sie wegen des Spardrucks seit November 2005 nicht mehr operiert. Dies meldet die medizinische Zeitschrift «The Lancet». Auch in den USA haben es Übergewichtige nicht leicht mit den Chirurgen: Sei es, dass sie vor der Operation abnehmen müssen, oder sei es, dass sie gar nicht operiert werden. Hier allerdings aus medizinischen Gründen: Längere Operationsdauer, mehr Blutverlust, schlechterer Heilungsverlauf und mehr Komplikationen werden angeführt. Und dies kostet auch mehr. Aber gerade Übergewicht belastet Gelenke, die Autoren verweisen auf den Teufelskreis: Je dicker und älter die Bevölkerung wird, je mehr Gelenkersatzoperationen sind nötig. 40 Prozent der von der British Medical Association befragten Ärzte stimmen zu, dass Rationierung bei Übergewichtigen, Rauchern und Trinkern angebracht ist – denn diese hätten ei-

nen Lebensstil gewählt, welcher die Gesundheit schädigt, was bei Behandlungsentscheiden zu berücksichtigen sei. Die Autoren haben dabei ethische Bedenken: «Medizin ist kein Business wie jedes andere. Übergewichtige verdienen es genau wie Normalgewichtige, medizinisch behandelt zu werden.» (bc)

Quelle: The weighty matter of care for all. Editorial. In: The Lancet, Nr. 367: 876. 18. März 2006.

Spitzenmedizin und Lebensqualität

Kinder, welche vor der 30. Schwangerschaftswoche zur Welt kommen und dank Spitzenmedizin überleben, haben ein Entwicklungsrisiko. Remo Largo, Professor und soeben zurückgetretener Leiter der Abteilung Wachstum und Entwicklung am Kinderspital Zürich, hat ethische Vorbehalte wegen der Langzeitschäden: «Medizinisch und ethisch ist diese Medizin nur zu verantworten, wenn die langfristigen Auswirkungen bekannt sind. Wer Spitzenmedizin betreibt, muss auch bereit sein, den Follow-up zu bezahlen.» Studien, nicht nur bei zu früh Geborenen, sondern auch bei Kindern mit schweren Herzfehlern, sollen zeigen, wie die Entwicklung dieser Kinder verläuft. Largo: «Alles andere ist erstens unverantwortlich den Kindern und Familien gegenüber, zweitens schlägt es aufs Gesundheitssystem und die Wissenschaft zurück. Die Bevölkerung wird eine Spitzenmedizin auf die Dauer nicht akzeptieren, wenn sie realisiert, dass die Lebensqualität unzureichend ist.» (bc)

Quelle: Irène Dietschi: «Die Bedeutung von Erziehungstheorien wird überschätzt», Interview mit Remo Largo. In: Horizonte, Magazin des Schweizerischen Nationalfonds, März 2006.

Managed Care auf dem Prüfstand

Managed Care, oft in Funktionsweise und Zielsetzung nicht richtig verstanden, stellt für manche eine Bedrohung dar, für andere ist es die Allerweltslösung für das Gesundheitswesen. Zwischen diesen beiden Polen kann aber auch wissenschaftlich nüchtern analysiert werden, sei es mit Fokus auf die Versorgungsmodelle (HMO, Hausarztmodelle) oder das Steuerungsinstrumentarium (Gatekeeping, Case Management, Guidelines, Disease Management, Demand Management, unterschiedliche Vergütungsformen). Die zentrale Frage ist diejenige nach der Kosteneffektivität bei einer Qualität, die den konventionellen Versorgungsmustern ebenbürtig ist. Die Autoren haben im Auftrag von Obsan¹ eine systematische Literaturliteraturanalyse zu dieser Fragestellung durchgeführt und weisen interessante Erkenntnisse, aber auch Forschungsbedarf nach.

Zu diesem Zweck wurde die Vielzahl der einschlägigen Publikationen gesichtet und nach der wissenschaftlichen Evidenz analysiert. Aus anfänglich 1500 Publikationen sind auf der Basis von wissenschaftlichen Einschlusskriterien 45 für diese Analyse identifiziert und ausgewertet worden. Einschlusskriterien waren einerseits schweizerische Studien mit vergleichenden Analysen zwischen Managed Care und konventioneller Versorgung, andererseits systematische Reviews, randomisierte, kontrollierte Studien und Kohortenstudien aus europäischen Ländern. Wegen der eingeschränkten Übertragbarkeit auf schweizerische Verhältnisse sind amerikani-

sche Arbeiten nicht berücksichtigt worden.

Unter den Managed-Care-Modellen sind in der Schweiz Hausarztnetze und HMO von besonderer Bedeutung. Für die HMO-Modelle wird in der Literatur erstaunlich konsistent ein «echtes», das heisst risikokorrigiertes Einsparpotenzial von 20 bis 30 Prozent nachgewiesen. Dieses wird in den meisten Arbeiten dem Gatekeeping und den alternativen Vergütungsformen wie beispielsweise Capitation zugeschrieben. Mit hoher Wahrscheinlichkeit ist das Einsparpotenzial der HMO-Modelle substanzial höher als dasjenige der Hausarztmodelle. Man kann aus den untersuchten Arbeiten schliessen, dass die Kosteneffektivität mit dem Organisationsgrad des Modells und der finanziellen Einbindung der Ärzteschaft steigt.

Unter den Managed-Care-Instrumenten werden vor allem Guidelines beziehungsweise Behandlungsleitlinien durch die Literatur gestützt. Viele Arbeiten belegen, dass die aktive Erarbeitung von Guidelines Outcome, Effektivität und Effizienz der Behandlung zu optimieren vermag. Eine ausschliesslich passive Verbreitung von Guidelines (z.B. Publikation in Fachzeitschriften) löst allerdings wenig Verhaltensänderung aus. Disease Management kommt im europäischen Raum erst allmählich zu einer breiteren Anwendung, entsprechend finden sich noch kaum Studien zu diesem Instrument. Zur Frage, ob andere Managed-Care-Instrumente, wie Case Management oder Demand Management, eine relevante Steuerungswirkung entfalten, findet sich in der Literatur –

trotz mehrerer Studien – nur spärlich wissenschaftliche Evidenz.

Zu einer abschliessenden Beurteilung der Wirtschaftlichkeit solcher Modelle und Instrumente sind allerdings auch Informationen zur klinischen Qualität erforderlich. Einsparungen können sowohl verhinderten Unnötigkeiten wie auch unterlassenen Notwendigkeiten entspringen. Zu diesem Zusammenhang gibt es eine einzige ältere Outcome-Studie, die den HMO der ersten Stunde einen ökonomischeren Ressourceneinsatz bei gleicher Ergebnisqualität attestieren.

Hier besteht ein evidenter Forschungsbedarf, der in der ungenügenden Datenbasis im traditionellen ambulanten Sektor und im Fehlen validierter und allseits akzeptierter Bemessungssysteme für die klinische Qualität liegt. Vor dem Hintergrund der KVG-Revisionen und aufgrund der gefundenen Studienresultate befürworten die Autoren eine Fokussierung auf den engen Zusammenhang zwischen den ökonomischen und qualitativen Versorgungsergebnissen. Ferner empfehlen sie die Forcierung der Aktivitäten vor allem in den Bereichen Hausarztmodelle, Disease Management und alternative Vergütungsformen. (kh)

Peter Berchtold, Kurt Hess: Evidenz für Managed Care. Europäische Literaturliteraturanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Schweiz: Wirkung von Versorgungssteuerung auf Qualität und Kosteneffektivität; Arbeitsdokument Nr. 16 des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Neuchâtel, Fr. 15.– ISBN 3-907872-29-0 und 978-3-907872-29-1

¹ Obsan: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Datum, Ort	Veranstaltung	Kontaktadresse
31. Mai–2. Juni, Frankfurt (D)	Praxis der Informationsverarbeitung im Krankenhaus und in Versorgungsnetzen	Prof. Dr. Paul Schmücker, Hochschule Mannheim, Fakultät für Informatik, Lehrgebiet Medizinische Informatik, Windeckstrasse 110, D-68163 Mannheim. Tel. 0621-292 6206. Fax 0621-292 662061. E-Mail: p.schmuecker@hs-mannheim.de; Internet: www.informatik.fh-mannheim.de/KIS2006
1.–2. Juni, Luzern	1. Jahrestagung Pharma- und Gesundheitsmarkt Schweiz: Generika – Chancen und Risiken im Gesundheitswesen	Euroforum Handelszeitung Konferenz AG, Postfach, Seestrasse 344, 8027 Zürich. Tel. 044-288 94 63. Fax 044-288 94 71. E-Mail: anmeldungch@euroforum.com; Internet: www.euroforum.com
7.–9. Juni, San Diego (USA)	AHIP's Annual Meeting	America's Health Insurance Plans AHIP, P.O. Box 7247-6327, Philadelphia, PA, USA. Tel. 001 877-291 22 47. Fax 001 202-778 85 06. Internet: www.ahip.org/links/institute2006
8. Juni, Luzern	Bio, Health und Wellness: Was haben Spitäler, Versicherer und Patienten davon?	Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis, Universität St. Gallen, Bodanstrasse 4, 9000 St. Gallen. Tel. 071-224 24 24. Fax 071-224 28 83. E-Mail: irp-ch@unisg.ch; Internet: www.irp.unisg.ch
8. Juni, Bern	Zukünftiger Bedarf an Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Generalsekretariat, Petersplatz 13, 4051 Basel. Tel. 061-269 90 30. Fax 061-269 90 39. E-Mail: mail@samw.ch; Internet: www.samw.ch
12.–14. Juni, Atlanta (USA)	2 nd Annual International Summit on Redesigning Hospital Care	Institute for Healthcare Improvement. Internet: www.ihl.org/IHI/Programs/ConferencesAndTraining
14. Juni, Zürich	Symposium Forum Managed Care	Forum Managed Care, c/o BlueCare, Pflanzschulstrasse 3, 8400 Winterthur. Tel. 052-235 19 35. Fax 052-235 19 20. E-Mail: info@forummanagedcare.ch; Internet: www.forummanagedcare.ch
20.–21. Juni, Hamburg (D)	Medizinische Versorgungszentren und Integrierte Versorgung	Euroforum Deutschland GmbH, Postfach 11 12 34, D-40512 Düsseldorf. Tel. 0049 211-9686 3637. Fax 0049 211-9686 4040. E-Mail: info@euroforum.com; Internet: www.euroforum.com
3.–5. August, Baltimore (USA)	Research in Healthcare Financial Management: International Symposium & Workshop	RHFM, The Tasco Building, 6600 York Road, Suite 107, Baltimore, MD 21212, USA. Tel. 001 305-348 2861. Fax 001 810-815 5378. E-Mail: workshop@RHFM.org; Internet: www.RHFM.org
23.–26. August, Lausanne	EASST Conference: Reviewing Humanness: Bodies, Technologies and Spaces	EASST 2006, University of Lausanne, IEPI, Bat. Humense, 1015 Lausanne. Fax 021-693 84 77. E-Mail: easst2006@unil.ch; Internet: www2.unil.ch/easst2006
26. August, Winterthur	Evidence based Medicine	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG, Im Park, Georgenstrasse 70, Postfach 958, 8401 Winterthur. E-Mail: caroline.tiedemann@zhwin.ch; Internet: www.wig.ch
30. August–1. September, Genf	Geneva Health Forum – Towards Global Access to Health	MCI Suisse, P.O. Box 502, 1211 Genève 13. Tel. 022-339 95 81. Fax 022-339 96 01. E-Mail: genevahealthforum2006@mci-group.com; Internet: www.hcuge.ch/genevahealthforum/
4. September, Zürich	Interdisziplinäre ethische Entscheidungsfindung in Medizin und Pflege (Ethikkonsilium)	Dialog Ethik, Sonneggstrasse 88, 8006 Zürich. Tel. 044-252 42 01. Fax 044-252 42 13. E-Mail: info@dialog-ethik.ch; Internet: www.dialog-ethik.ch
11.–13. September, Adelaide (AUS)	Creating Healthy Societies through Inclusion and Equity	ISEqH International Society for Equity in Health, 263 McCaul Street, 4 th floor, Toronto, Canada, M5T 1W7. Tel. 001 416-978 3763. Fax 001 416-946 3147. E-Mail: iseqh.info@utoronto.ca; Internet: www.iseqh.org
27.–29. September, St. Gallen	2. World Ageing & Generations Congress	World Demographic Association, Unterstrasse 16, Postfach 2239, 9001 St. Gallen. Tel. 071-242 79 79. Fax 071-242 79 78. E-Mail: info@wdassociation.org; Internet: www.wdassociation.org
28.–29. September, Nottwil	6. Schweizerischer eHealthcare Kongress	eHealthcare.ch, Josef Müller-Weg 2, 6210 Sursee. Tel. 041-925 76 89. Fax 041-925 76 80. E-Mail: info@ehealthcare.ch; Internet: www.ehealthcare.ch
3. Oktober, Zürich	Fallpauschalen: Qualität zum Abschluss freigegeben?	Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP, Postfach 2160, 8026 Zürich. Tel. 043-243 92 20. E-Mail: info@sggp.ch; Internet: www.sggp.ch
16.–17. Oktober, München (D)	5. Europäischer Gesundheitskongress	Interplan Congress, Meeting & Event Management AG, Christine Hense, Albert Rosshaupter-Strasse 65, D-81369 München. Tel. 0049 89-54 82 34 50. Fax 0049 89-54 82 34 43. E-Mail: info@gesundheitskongress.de; Internet: www.gesundheitskongress.de
22.–25. Oktober, London (UK)	23 rd International Conference: Improving Healthcare: The Challenge of Continuous Change	ISQua, The International Society for Quality in Health Care. Fax 0061 3-9417 6851. E-Mail: isqua@isqua.org; Internet: www.isqua.org
29. Oktober–2. November, Cairo (Egypt)	Global Forum for Health Research: Combating disease and promoting health	Global Forum for Health Research, c/o Ecumenical Centre/ Centre Oecuménique, 1–5 route des Morillons, 1211 Genève. Tel. 022-791 42 60. Fax 022-791 43 94. E-Mail: info@globalforumhealth.org; Internet: www.globalforumhealth.org
2. November, Basel	Symposium der Schweizerischen Gesundheitszusammenarbeit	Medicus Mundi Schweiz, Murbacherstrasse 34, 4013 Basel. Tel. 061-383 18 10. E-Mail: info@medicusmundi.ch; Internet: www.medicusmundi.ch

Datum, Ort	Veranstaltung	Kontaktadresse
16.–18. November, Montreux	14 th European Conference on Public Health, Politics, Policies and / or the Public's Health	Organizers Switzerland Ltd., c/o EUPHA Conference 2006, Obere Egg 2, 4312 Magden/Basel. Tel. 061-836 98 76. Fax 061-836 98 77. E-Mail: eupha06@organizers.ch; Internet: www.eupha.org
25. November, Winterthur	Evidence based Medicine	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG, Im Park, Georgenstrasse 70, Postfach 958, 8401 Winterthur. E-Mail: caroline.tiedemann@zhwin.ch; Internet: www.wig.ch
25. November, Zürich	Warum brauche ich eine Patientenverfügung?	Dialog Ethik, Sonneggstrasse 88, 8006 Zürich. Tel. 044-252 42 01. Fax 044-252 42 13. E-Mail: info@dialog-ethik.ch; Internet: www.dialog-ethik.ch

Datum, Ort	Weiter- und Fortbildung	Kontaktadresse
Beginn: 17. Mai (20 Tage), St. Gallen	eHealthcare	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: 12. Juni, Basel	Health District Management	Swiss Tropical Institute, Course Secretariat, Socinstrasse 57, P.O. Box, 4002 Basel. Tel. 061-284 82 80. Fax 061 284 81 06. E-Mail: courses-sti@unibas.ch; Internet: www.sti.ch
Beginn: 26. Juni (40 Tage), Aarau	Interdisziplinäre Führung	Hplus Bildung, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. E-Mail: bildung@hplus.ch; Internet: www.hplus.ch
Beginn: 28. August (10 Tage), Ifakara (Tansania)	Rational Medicine Management	Swiss Tropical Institute, Course Secretariat, Socinstrasse 57, P.O. Box, 4002 Basel. Tel. 061-284 82 80. Fax 061 284 81 06. E-Mail: courses-sti@unibas.ch; Internet: www.sti.ch
Beginn: 30. August, Bern	Wirksam managen im Gesundheitssystem	College-M, Freiburgstrasse 41, 3010 Bern. Tel. 031-632 30 26. Fax 031-632 30 25. E-Mail: info@college-m.ch; Internet: www.college-m.ch
Beginn: 4. September (40 Tage), Aarau	Management in Gesundheitsinstitutionen	Hplus Bildung, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. E-Mail: bildung@hplus.ch; Internet: www.hplus.ch
Beginn: 4. September (12 Tage), Zürich	Interdisziplinäre ethische Entscheidungsfindung	Dialog Ethik, Sonneggstrasse 88, 8006 Zürich. Tel. 044-252 42 01. Fax 044-252 42 13. E-Mail: info@dialog-ethik.ch; Internet: www.dialog-ethik.ch
Beginn: 22. September, Zürich	Ethische Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen	Dialog Ethik, Sonneggstrasse 88, 8006 Zürich. Tel. 044-252 42 01. Fax 044-252 42 13. E-Mail: info@dialog-ethik.ch; Internet: www.dialog-ethik.ch
Beginn: 29. September (15 Tage), Winterthur	Gesundheitsökonomie	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG, Im Park, Georgenstrasse 70, Postfach 958, 8401 Winterthur. E-Mail: caroline.tiedemann@zhwin.ch; Internet: www.wig.ch
Beginn: 9. Oktober (40 Tage), Aarau	Interdisziplinäre Führung	Hplus Bildung, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. E-Mail: bildung@hplus.ch; Internet: www.hplus.ch
Beginn: 19. Oktober (20 Tage), St. Gallen	Management und Politik im Gesundheitswesen	FHS Hochschule für Technik, Wirtschaft und Soziale Arbeit St. Gallen, Management-Weiterbildungszentrum, Teufenerstrasse 2, Postfach 630, 9001 St. Gallen. Tel. 071-228 63 28. Fax 071-228 63 20. E-Mail: management@fhsg.ch; Internet: www.fhsg.ch/management
Beginn: Oktober, St. Gallen	Integrales Spitalmanagement	FHS Hochschule für Technik, Wirtschaft und Soziale Arbeit St. Gallen, Management-Weiterbildungszentrum, Teufenerstrasse 2, Postfach 630, 9001 St. Gallen. Tel. 071-228 63 28. Fax 071-228 63 20. E-Mail: management@fhsg.ch; Internet: www.fhsg.ch/management
Beginn: 9. November (20 Tage), St. Gallen	Leadership und Führung im Gesundheitswesen	FHS Hochschule für Technik, Wirtschaft und Soziale Arbeit St. Gallen, Management-Weiterbildungszentrum, Teufenerstrasse 2, Postfach 630, 9001 St. Gallen. Tel. 071-228 63 28. Fax 071-228 63 20. E-Mail: management@fhsg.ch; Internet: www.fhsg.ch/management

Hinweise erwünscht:

Hinweise auf Publikationen und Veranstaltungen rund um Managed Care, Care Management und Public Health senden Sie bitte an: Redaktion «Managed Care», Brigitte Casanova, Rue Denis-de-Rougemont 36, 2000 Neuchâtel. Fax 044-431 73 56. E-Mail: b.casanova@rosenfluh.ch. Über die Aufnahme in die Hinweisseite entscheidet die Redaktion.

Territorialitätsprinzipien

Ein Pilotprojekt in Basel soll zeigen, ob die kontrollierte Öffnung des Territorialprinzips Wettbewerbsdruck auf die Schweizer Spitäler und Ärzte erzeugt und so Kosten spart. Dazu kommen Lörracher Kliniken auf die Basler Spitalliste, und die Lörracher Bevölkerung kann sich im Gegenzug auch in den Basler Spitälern behandeln lassen. Für den deutschen Landkreis Lörrach ist es interessant, spezialisierte Leistungen im Universitätsspital Basel einzukaufen, und Basel möchte akutmedizinische Leistungen im süddeutschen Raum beziehen. Das Pilotprojekt kam auf Initiative der Region zustande. Somit werden die Landesgrenzen einfacher aufgelöst als kantonale Hürden. Thomas Zeltner, Direktor des Bundesamts für Gesundheit, meint dazu: «Tatsächlich wäre es logischer gewesen, zuerst die kantonalen Grenzen aufzuweichen.» Da komme jedoch die Planungshoheit der Kantone in die Quere. (bc)

Quelle: René Lenzin: «Zurzeit findet kein Exodus statt», Interview mit Thomas Zeltner. In: Tages-Anzeiger, 20. März 2006.

Gesundheitliche Weichenstellung im jungen Erwachsenenalter

Junge Erwachsene sind vergleichsweise gesund. Nur 10 Prozent der jungen Männer und 13 Prozent der jungen Frauen (zwischen 18–29 Jahren) in Deutschland beurteilen ihre Gesundheit als mittelmässig, schlecht oder sehr schlecht. In diesem Alter treten die Jungen ins Erwerbsleben ein, sie werden für einen eigenen Haushalt verantwortlich und gründen Familien: Dies sind entscheidende Übergangspassagen, schreibt Thomas Lampert vom Robert-Koch-Institut in Berlin. Viele jungen Frauen und Männer zeigen dabei gesundheitsriskante Verhaltensmuster, die für einen Grossteil von späteren Krankheiten verantwortlich sind: Rauchen, übermässiger Alkoholkonsum und Gebrauch illegaler Substanzen. Je niedriger die Schulbildung, je häufiger das schädliche Verhalten. Der Lebensabschnitt zwischen 20 und 30 stellt also oft die Weichen für die spätere Gesundheit, wie Studien zeigen. Dementsprechend gross, so Lampert, sei das «unzureichend aus-

geschöpfte Potenzial» der Gesundheitsförderung und Prävention für die jungen Erwachsenen. (bc)

Quelle: Thomas Lampert: *Gesundheitliche Risiken und Ressourcen junger Erwachsener*. In: *Forum Public Health* Nr. 50, Seite 16–18. Februar 2006.

USA: Ungenügende medizinische Qualität für alle

Nur knapp 55 Prozent aller PatientInnen, die in den letzten zwei Jahren in den USA einen Arzt besuchten, erhielten die empfohlene Behandlung. Dies ist das Resultat einer Studie von Steven Asch et al., die kürzlich im «New England Journal of Medicine» veröffentlicht wurde. Bei Frauen war das Ergebnis leicht besser als bei Männern (56,6 versus 52,3%), auch die unter 31-Jährigen erhielten etwas öfters die medizinisch empfohlene Behandlung als über 64-Jährige. Schwarze und Spanisch-Stämmige hatten leicht bessere Resultate als Weisse, ebenso die Gruppe mit höheren Einkommen. Viel wesentlicher als die Unterschiede in den soziodemografischen Untergruppen, so Asch et al., ist der Unterschied zwischen der empfohlenen und tatsächlich erhaltenen Qualität der medizinischen Behandlung insgesamt. Er deutet auf ein systeminhärentes Problem der medizinischen Qualität hin. Zu lösen, so schliessen die Autoren der Studie, ist es nur über einen Ansatz, welcher das ganze medizinische System einbezieht. (bc)

Quelle: Steven M. Asch et al.: *Who Is at Greatest Risk for Receiving Poor-Quality Health Care?* In: *New England Journal of Medicine*, Volume 354: 1147–1156, 16. März 2006.

Leitlinien für die Grundversorgung?

Nach einem Hirnschlag soll der Blutdruck medikamentös gesenkt werden. So lautet die britische und internationale Empfehlung, die aufgrund der PROGRESS-Studie gemacht wurde. Diese Guideline wird nun von Jonathan Mant et al. für die Grundversorgung angezweifelt. Sie konnten zeigen, dass zwischen den Teilnehmenden der PROGRESS-Studie und den typischen Hirnschlag-PatientInnen in der Hausarztpraxis wesentliche Unterschiede bestehen: Sie sind

VORSCHAU

Schwerpunktthema: ALTER – GERIATRIE – ÖKONOMIE

Erscheinungsdatum: 7. Juli 2006

Die Entwicklung der Geriatrie in der Schweiz – geschichtliche Entwicklung und aktueller Stand

Der hoch betagte Patient aus Sicht der Krankenkassen

Die Spitex und die Herausforderung des demografischen Wandels

Die Hausärzte im Umgang mit älteren Patienten

Die medizinischen Bedürfnisse der älteren Bevölkerung – aus der Perspektive der Betroffenen selbst

Das veränderte Verhalten der modernen Alten

Case Management in der Geriatrie – die Empfehlungen einer interdisziplinären Arbeitsgruppe

durchschnittlich zwölf Jahre älter, zweimal so häufig Frauen, der Hirnschlag ist bereits zweieinhalb Jahre her (acht Monate in der PROGRESS-Studie), und auch die Blutdruckwerte unterschieden sich wesentlich. Für die medikamentöse Blutdrucksenkung spielen diese Unterschiede eine wichtige Rolle. Es ist dringend nötig, so die AutorInnen, Studien mit ähnlichen Patientengruppen wie in der Grundversorgung durchzuführen, bevor Leitlinien für die Hausarztpraxen herausgegeben werden. Sharon Mickan und Deborah Askew schreiben im zugehörigen Editorial, dass gute Guidelines die Grundlage für individuelle klinischen Entscheide bilden, welche den Patienten mit einbeziehen. Die Leitlinien zum Hirnschlag seien für die Grundversorgung jedoch nicht zu empfehlen. (bc)

Quelle: Jonathan Mant, Richard J McManus, Rachel Hare: *Applicability to primary care of national clinical guidelines on blood pressure lowering for people with stroke: cross sectional study*. In: *British Medical Journal* 332: 635–637. 18. März 2006. Und: Sharon Mickan, Deborah Askew: *What sort of evidence do we need in primary care?* In: *British Medical Journal* 332: 619–620. 18. März 2006.