

managed care



6 • 2003

12. September

Pflege und Ökonomie

Plädoyer für die Pflegeökonomie

Kosten und Nutzen der Infektionsprävention

Die Ökonomie der Zeit

Pflegende Angehörige

Ökonomie in der Pflegeausbildung

Das Bewusstsein für die Kosten der Pflege fördern –
eine Aufgabe der Berufsverbände?

Leistungserfassung in der Pflege

Finanzierung der Pflege – mehr als nur eine Frage
der Kostenverteilung

Agieren statt kontrollieren

Das Shared-Care-Modell

Selbstmord am Lebensende – Reflexionen aus ärztlicher Sicht

Früh benachteiligt – Kinderarbeit und Gesundheit

www.fmc.ch

www.medpoint.ch

en français:

www.managedcareinfo.net

Arzt und Management – ein Spannungsfeld?!

Christian Reize

Das Spannungsfeld «Arzt und Management» ist nur eines der vielen Spannungsfelder im Gesundheitswesen. Da der Arzt im Gesamtsystem «Gesundheitswesen» eine zentrale Rolle einnimmt, ist sein Verhältnis zum Management und sein Verständnis für Managementaufgaben jedoch hochrelevant.

Gemäss klassischem Verständnis benötigt der *Arzt* zur Ausübung seines Berufes vorrangig medizinisches Know-how und Fähigkeiten im Umgang mit dem Patienten als Individuum. Dieses Berufsverständnis widerspiegelt sich auch in der universitären Ausbildung, die den Fokus klar auf die medizinische Spezialausbildung legt.

Doch der Arzt benötigt nicht nur medizinische Fähigkeiten. Er benötigt auch Führungsfähigkeiten, das heisst, er muss auch Manager sein.

Der Begriff «*Management*» ist anfangs des 19. Jahrhunderts in England aufgetaucht [1]. Initial wurde er rollenbezogen und in Zusammenhang mit Unternehmen verwendet. Der «Duden» listet unter Management Synonyme auf wie: zustande bringen, führen, handhaben. Hans Ulrich [2] interpretiert Management als «Gestalten, Lenken (Steuern) und Weiterentwickeln zweckorientierter soziotechnischer Organisationen»¹.

Je weiter sich der Arzt in der Hierarchie nach oben bewegt, respektive je näher er der selbstständigen Tätigkeit in freier Praxis kommt, desto wesentlicher werden die unternehmerischen Aspekte und damit seine Managementfähigkeiten für seinen Erfolg. Es darf jedoch nicht ausser Acht gelassen werden, dass jeder Arzt (wie auch alle anderen Berufsgruppen im

¹ Der Begriff der Organisation ist hier weiter gefasst als der Begriff der Unternehmung. Er umfasst auch andere arbeitsteilige Institutionen wie zum Beispiel das IKRK, Spitäler und öffentliche Verwaltungen.

Gesundheitswesen) zugleich Mitarbeiter im «Gesamtunternehmen Gesundheitswesen Schweiz» ist. Als Teil des Gesamtsystems nimmt er idealerweise auch Managementfunktionen zugunsten dieses Systems wahr, um es am Leben zu halten.

Auf der einen Seite ist der Arzt also weiterhin als medizinischer Spezialist gefragt, der als Ziel das Wohl des Patienten verfolgt, auf der anderen Seite ist er gefragt als systemisch denkender Manager, der den Fokus auf die Gesundheit seines Unternehmens und des gesamten Gesundheitssystems legt. Diesen beiden Anforderungen gerecht zu werden, ist ohne Zweifel eine schwierige Aufgabe. Erschwerend kommt hinzu, dass die Ausbildung praktisch nur auf der Seite des medizinischen Fachwissens ansetzt; die Universitäten vertrauen hier auf die Gesellschaft und auf das autodidaktische Verhalten der Studenten, die sich das nötige Managementwissen studiums begleitend aneignen sollen.

In diesem Heft wird das aufgezeigte Spannungsfeld von vielen Seiten beleuchtet. Dadurch soll Anregung zu Diskussionen gegeben werden, die hoffentlich zu den dringend benötigten guten Ideen, Lösungen und Veränderungen führen.



Christian Reize

Dr. med. Christian Reize

Klinikmanager/Stabsstelle Chefärztekonzferenz

Kantonsspital Olten

E-Mail: creize_ol@spital.ktso.ch

Literatur:

1. Steinmann, H., Schreyögg, G.: Management – Grundlagen der Unternehmensführung, 5. Auflage, Gabler Verlag, Wiesbaden 2000.
2. Ulrich H.: Management. Haupt, Bern, 1984.

SCHWERPUNKTTHEMA:

ARZT UND MANAGEMENT

- 5** **Reflexionen zum Thema «Arzt und/oder Manager» aus historischer Perspektive**
 Guido Schüpfer, Christoph Konrad
 Sind Arzt und Manager unvereinbare Gegenpole? Brauchen moderne Gesundheitssysteme Ärzte als Manager? Oder sind sie auf Manager mit volkswirtschaftlicher Grundausbildung angewiesen?
- 8** **Kosten- und Qualitätsmanagement: ein Muss für die HMO-Praxis, immer wichtiger auch für die konventionelle Praxis**
 Kurt Hess, Urs J. Philipp
 Mit zunehmender Grösse einer Gruppenpraxis nimmt auch die Bedeutung des Managements zu. Sind diesbezüglich Unterschiede zwischen HMO-Zentren und konventionellen Gruppenpraxen feststellbar?
- 11** **Die Stabsstelle als unterstützendes Element in der Spitalführung**
 Robert Rhiner, Hans Säuberli
 Eine Stabsstelle kann die Spitalleitung entlasten. Dies wird am Beispiel des Kantonsspitals Baden aufgezeigt.
- 15** **Gemeinsam die Ziele klären – Management im Ärztenetz**
 Interview mit Christian Marti
 Welche Managementaufgaben bestehen in einem Hausärztenetz, und wie werden sie gelöst? Christian Marti, Geschäftsleiter Wintimed, über Partizipation und Kontrolle, Betreuungsphilosophie und Kurskorrekturen.
- 18** **Organisations- und Mitarbeiterentwicklung im Spitalumfeld**
 Alexis Puhan, Ralph Werder
 Die Organisations- und die Mitarbeiterentwicklung spielen eine wichtige Rolle für den Unternehmenserfolg.
- 22** **Managementberatung im Gesundheitswesen – Tipps für die Auswahl des geeigneten Partners**
 Heinz Locher
 Beraterinnen und Berater spielen auch im Gesundheitswesen eine zunehmend wichtige Rolle. Doch nicht jeder Beratungsanbieter ist für jeden Auftrag geeignet.
- 24** **Marketing der Arztpraxis**
 Stefania M. Mojon-Azzi, Daniel S. Mojon
 Praxismarketing kann viel zu Patientenzufriedenheit, Behandlungsqualität und Praxiserfolg beitragen. Doch es muss auf die Zielgruppen und die Persönlichkeit des Arztes abgestimmt werden.

GESUNDHEITSÖKONOMIE

- 27** **Chancen und Risiken von Managed Care für das Zusammenspiel im Dreieck Arzt-Patient-Versicherer**
 Daniel Finsterwald
 Managed Care will, basierend auf gesundheitsökonomischen Erkenntnissen aus dem Bereich der Spieltheorie, die Regeln für das Zusammenspiel zwischen Auftraggebern und Auftragnehmern im Gesundheitswesen ändern.

HAUSARZTMODELLE

- 31** **Deutliche Hinweise auf echte Kostenersparnisse durch Hausarztmodelle**
 René Kühne, Georges Preiswerk, Fritz Weber
 Die wichtigsten Ergebnisse der Hausarztmodellstudie Aarau (HAMA), kommentiert von verschiedenen Projektbeteiligten.

PUBLIC HEALTH

- 34** **Psychiatrieplanung in einem fragmentierten Gesundheitssystem**
 Niklas Baer, Theodor Cahn
 Die Psychiatrieplanung des Kantons Basel-Landschaft zeigte neben einem positiven Gesamtbefund einige bemerkenswerte Probleme und Versorgungslücken.

BUCHBESPRECHUNG

39

Ergebnisse aus Patientensicht

Felix Huber

Reflexionen über das Buch «Outcomes Research and Economic Evaluation» von Silvia M. Ess.

VERANSTALTUNGSBERICHT

42

Finanzierung der Gesundheitsversorgung in einer alternden Gesellschaft

Alexandra Suter

Bericht über die fünfte Tagung des «Forum 2005 Santé • Gesundheit» vom 16. Januar in Montreux.

RUBRIKEN

10

Forum Managed Care

Hinweis auf die nächste Mitgliederversammlung.

21

Kolumne

Taugen Ärzte fürs Management? (Von Christian A. Ludwig, Mitglied des Redaktionellen Beirats der Zeitschrift «Managed Care»)

26

Seite von med-swiss.net

Arzterating – Bericht über den Podiums Anlass vom 20. März 2003.

30

Firmeninformation/redaktionsunabhängige Texte

45

Resonanz

Von Managern lernen • Gentests fördern biologisches Krankheitsverständnis • Netzwerke auf Druck der Versicherten • «Sonderlösungen schwächen Betroffene»

46

Veranstaltungskalender

Veranstaltungen/Weiter- und Fortbildung

48

In Kürze

Fortschrittsfreundliche Pflegedienstleitende • Einklagbare Rechte für Privatversicherte • Gesundheitskarte im Test • Qualität in Schweizer Spitälern *** Vorschau: Soziale Unterschiede und Gesundheit

managed
care

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

Verlag:

Rosenfluh Publikationen
Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen

Redaktioneller Beirat:

Georges Ackermann, Richard Altorfer, Lorenz Borer, Otto Brändli, Leo Buchs, Martin Denz, Kurt E. Hersberger, Kurt Hess, Claudio Heusser, Karl Kunz, Christian A. Ludwig, Christian Marti, Josef Müller, Regula Ricka, Stefan Schindler, Hans Schmidt, Heidi Schriber, Ruedi Wartmann, Mechthild Willi Studer, Rolf Zwygart

Redaktionsausschuss:

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

Betreuung des Schwerpunktthemas:

Christian Reize

Redaktion:

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

Redaktionssekretariat:

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

Anzeigenregie:

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

Anzeigenverkauf:

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

DTP und Layout dieser Ausgabe:

Rosenfluh Publikationen, Willum Møller

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

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

Diese Zeitschrift wird im
EMBASE/Excerpta Medica indexiert.

7. 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.

medpoint.ch

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

RUBRIKEN

Reflexionen zum Thema «Arzt und/oder Manager?» aus historischer Perspektive

Verträgt sich die Rolle des Arztes mit jener des Managers? Der folgende Beitrag geht dieser Frage aus historischer Perspektive nach, und er zeigt auf, dass die Medizin in der Lage ist, rasch relevantes Management-Know-how zu integrieren.

**Guido Schüpfer,
Christoph Konrad**

«**H**eilen ist eine Kunst, Medizin eine Wissenschaft, und das Gesundheitswesen ist ein Geschäft.» (anonym) – Sind Arzt und Manager unvereinbare Gegenpole? Brauchen moderne Gesundheitssysteme Ärzte als Manager? Oder kann es nur Managern mit volkswirtschaftlicher Grundausbildung gelingen, die ausufernden Kosten der Medizin in den Griff zu bekommen? Braucht es Manager, um Ärzten als Mediziner die nötigen betrieblichen Strukturen und Organisationen zu verpassen, damit Risikokapital bedient (d.h. Aktienkapital zur Verfügung gestellt) wird? Über die Fragestellung «Arzt und/oder Manager» wird nachfolgend aus einer historischen Perspektive reflektiert.

Die Entwicklung der Arzt-Patient-Beziehung

Die Medizin ist in eine sich stetig wandelnde Gesellschaft eingebettet. In vielen Staaten ist die medizinische

Versorgung das Kronjuwel des Wohlfahrtsstaates. Die im Verlaufe von rund 150 Jahren erworbenen zivilen und bürgerlichen wurden mit sozialen Rechten erweitert. Seither haben alle Bürger Anteil am sozialen und öffentlichen Leben. Viele Regierungen haben sich bis in die Achtzigerjahre dem (je nach Staat unterschiedlich finanzierten) «Service Publique» verpflichtet gefühlt (siehe auch *Kasten 1*).

Kasten 1:

Sind Gesundheitsangebote für die Gesundheit wichtig?

Gesundheit ist im Wesentlichen ein Produkt des sozialen, kulturellen und ökonomischen Kontextes. Zu einem geringeren Teil wird sie durch den individuellen Lebensstil geprägt. Gesundheitsangebote mögen für den Betroffenen zwar wichtig sein, aber ihre Bedeutung für die Gesundheit ist möglicherweise gering. Zudem haben *heutige* Patienten zunehmend die Kompetenz, Behandlungen selbst zu monitorisieren oder gar selber vorzunehmen.

Nach dem Ölschock von 1973 wurden orthodoxe Stimmen lauter, die glaubten, einzig Marktkräfte seien in der Lage, mit utilitaristischem Verhalten von Individuen effizient umzugehen. In jedem Fall aber sei die ausgleichende Fähigkeit des Marktes jener administrativer Systeme überlegen. Diese *neoklassische Ökonomie* brachte Deregulierung, Dezentralisierung, Privatisierung, Wettbewerb, interne Märkte, Kontrakte und neue Werkzeuge, um Expertenorganisationen (wie sie die Medizin und Ärzte darstellen) zu kontrollieren [1, 2]. Nachfrager und Einkäufer wurden in



Guido Schüpfer



Christoph Konrad

verschiedenen Gesundheitssystemen in unterschiedlicher Ausprägung aufgetrennt, und *Managed-Care-Modelle* wurden erprobt. Sprache schafft Wirklichkeit. Sie gibt die soziale, ökonomische und politische Realität wieder. Entsprechend hielt auch die Sprache der Ökonomie Einzug ins Gesundheitssystem: Gesundheitsgüter und -dienstleistungen sind, wie in jedem

Kasten 2:

Ärzte als Manager – eine Voraussetzung für faire Marktwirtschaft?

Grundsätzlich können Organisationen in einer Gesellschaft über drei Mechanismen kontrolliert werden: durch Bürokratie mit administrativen Prozessen (öffentliche Verwaltung), durch Vertrauen (Kirche, Universitäten) oder durch den Markt. Die traditionellen Gesundheitssysteme haben als bürokratische Systeme auf der folgenden Wertehierarchie basiert: Zuerst standen die Legalität und dann die Gleichheit; erst nachher folgten Effektivität, Effizienz und letztlich die Wirtschaftlichkeit. Die Marktwirtschaft kehrte diese Hierarchie um: Wirtschaftlichkeit und Effizienz sind dominante Werte. Arzt und Manager sind somit Rollen, die sich möglicherweise ausschliessen.

Da aber die Komponenten der klinischen und organisationalen Effektivität bei (realistisch betrachtet immer) beschränkten Ressourcen balanciert werden müssen, erfordert die politische Vernunft soziale Gerechtigkeit. So betrachtet, schliessen sich aber die Arzt- und die Managerrolle nicht mehr aus, sondern das Zusammenwirken beider Rollen bildet die Voraussetzung für ein gut funktionierendes Gesundheitssystem. Nur Letzteres offeriert die Basis für das Vertrauen in den Staat, ohne das jeder Regierung die Legitimität zum Regieren fehlt.

anderen Sektor, zu kaufen und zu verkaufen. In diesem Paradigma der neoklassischen Ökonomie werden Ärzte und Pflegende zu Produzenten und Patienten zu Konsumenten, also in die Begriffe «Angebot» und «Nachfrage» reflektiert. Als Konsequenz aus dieser Paradigmaverschiebung wurde beklagt, dass der Arztberuf ein Teil einer Gesundheitsindustrie wird [3]. Diesem Paradigma zufolge sind Manager nötig. Sie stehen im Gegensatz zu den Professionen (Ärzte, Pflegende) der Gesundheitsindustrie.

Vor diesem Hintergrund ist nun auch die Diskussion zu verstehen, ob «Patient» die richtige Bezeichnung für eine aktiv am Gesundheitssystem teilnehmende Person ist. Denn «Patient» bedeutet stilles Leiden und Passivität. Allerdings wurden Begriffe wie Klient, Konsument, Kunde oder Nutzer genauso als falsch verdammt [4, 5]. Tatsächlich stammt der Begriff «Patient» aus dem ausklingenden 18. Jahrhundert, als die

Chirurgie sich als medizinische Disziplin etablierte und den «Patienten» als sich passiv verhaltenden Körper wahrnahm. Seit der Mitte des 19. Jahrhunderts wird zusätzlich das physikalische Umfeld berücksichtigt, und seit der Mitte des 20. Jahrhunderts die subjektive Persönlichkeit.

Werden Patienten zu Kunden, dann fallen sie alle relevanten Behandlungsentscheide: Experten werden nach Bedarf zugezogen und Informationen nach Nützlichkeit bewertet. In dieser Rolle sind die Professionen im Gesundheitswesen tatsächlich Lieferanten oder Produzenten, die Patienten allerdings tragen die volle Verantwortung für alle Entscheidungen. Solche Austauschprozesse müssten gemanagt werden: Die Rollen des Arztes und des Managers sind hier gegensätzlich und schliessen sich aus. Allerdings kann die Rolle des Arztes in folgenden Kategorien gesehen werden: 1. Paternalist – 2. geteilte Entscheidungsfindung mit dem Patienten

– 3. blosser Informant. Das Patientenverhalten wird komplementär wie folgt kategorisiert: 1. sich unterwerfend – 2. geteilte Entscheidungsfindung mit dem Arzt – 3. dominant. Es drängt sich auf, dass in Zukunft Kollaboration und Partnerschaft die Arzt-Patient-Beziehung prägen sollten. Arzt und Patient werden zu Managern.

Da in heutigen Gesundheitssystemen Patienten notwendigerweise an Entscheidungen teilhaben, ist auch eine Machtverschiebung weg von den Gesundheitsprofessionen und Managern nötig. Gleichzeitig dürfen aber Patienten mit belastenden Entscheidungen in schwierigen Situationen mit unsicherem Ausgang nicht allein gelassen werden. Dies ist letztlich eine genuin ärztliche Aufgabe, die auch in einem ökonomischen Spannungsfeld stattfindet. So gesehen schliessen sich die Rollen von Arzt und Manager nicht aus, sie bedingen einander (siehe auch *Kasten 2*).

Gesundheitsversorgung und Komplexitätsbewältigung

Die Medizin hat eine starke Zunahme der Spezialisierung erfahren: Chirurgie und Medizin haben sich in zahlreiche Subspezialitäten aufgespalten. Zugleich erhöht sich der Kostendruck aufgrund der bestens bekannten Faktoren (Demografie, neue Techniken und Medikamente usw.) in allen Gesundheitssystemen. Zur Bewältigung sind Managementinstrumente nötig.

Allerdings hat sich die Managementlehre weit gehend aus der produzierenden Industrie entwickelt, und sie hat die Dienstleister lange vernachlässigt. Die leistungserbrin-

Tabelle:

Managementaufgaben für Ärzte bei Gesundheitsdienstleistern

Bereich	Beispiele
Strategische Planung	Unternehmensplanung, Entwicklung von neuen Programmen, Ressourcenallokation
Liaison-Funktion	Verbindungsfunktion zwischen Administration, medizinischem Fachpersonal und Verwaltungsrat
Klinische Operationen	Direkte Supervision, Budgetprozess, Zielsetzungen, Management by Objectives
Qualitätsmanagement	Messung, Sicherung, Planung und Lenkung der Qualität der klinischen Behandlungsprozesse
Personalmanagement	Spezifisches professionelles Personalmanagement (Kompetenzregelungen zwischen Fachdisziplinen, Facharzttraining, Ausbildung von Ärzten), Coaching, Mentoring

genden Organisationen weisen in ihrer Ausgestaltung als Expertenorganisationen sehr spezifische Merkmale auf. Im Gegensatz zu vielen anderen Branchen ist eine Betriebsführung nicht von den produzierenden Experten (z.B. Ärzte und Pflegenden) zu trennen, da deren Expertise unabdingbar nötig ist (vgl. Tabelle).

Die Medizin ist keine einheitliche Wissenschaft, sondern ein Fachgebiet, das in der Lage ist, rasch relevantes Know-how aus verschiedenen Disziplinen zu integrieren. So wurden etwa die Mendelschen Vererbungsgesetze aus der Botanik in ihrer Bedeutung erkannt, und sie wurden beispielsweise in der Forensischen Medizin mit dem Vaterschaftsnachweis über die Blutgruppenvererbung weiterentwickelt. Auch die grundlegenden Arbeiten der analytischen Statistik wurden von der Medizin aufgenommen und zu einer eigenen Disziplin, nämlich der Biostatistik, weiterentwickelt.

Gleiches lässt sich nun für Managementwissen feststellen. So wurden die Managementkenntnisse aus der Luftfahrtindustrie beispielsweise vom Fachgebiet Anästhesie adaptiert und zu einem der Medizin angepassten Risikomanagement umgebaut [6]. Viele komplexe medizinische und ärztliche Handlungen haben dadurch eine Risikoreduktion erfahren (sicherlich haben auch die Formalisierung der Weiterbildung und eine hohe Spezialisierung dazu beigetragen).

Es ist Teil des ärztlichen Handelns, spezielle Risiken zu identifizieren und in einem zweiten Schritt zu eliminieren oder zu minimieren. Damit ist *Risikomanagement* eine ärztliche Tätigkeit, die an die Fachkompetenz der einzelnen Spezialisten zu binden ist [7].

Im Weiteren wurden Prozessanalyse-Werkzeuge aus der Industrie, wie die statistische Prozesskontrolle und die Kusum-Analyse [8–13], von vielen medizinischen Forschungsgruppen erfolgreich ins Argumentarium aufgenommen. Das Gleiche gilt für Ansätze aus dem Qualitätsmanagement (z.B. TQM) oder dem Kostenmanagement [14–16].

Schlussfolgerungen

Arzt und Manager sind keine Gegensätze. Das Spezifische der ärztlichen Betreuung erfordert mehr als nur Fachwissen [17–19]. Werden Spitäler als komplexe, interdisziplinäre Behandlungssysteme verstanden, so ist klar, dass diese nur mit Managementansätzen geführt werden können [3, 20–23]. Entsprechend bieten viele Fachgesellschaften und Landesorganisationen, aber auch Fachhochschulen speziell für Ärzte Vertiefungskurse in Management an. ■

Autoren:

**Dr. med. Guido Schüpfer, MBA
HSG**

Stabschef des Ärztlichen Direktors
Leitender Arzt am Institut für
Anästhesie und Chirurgische
Intensivmedizin
Kantonsspital Luzern
6000 Luzern 16
E-Mail: guido.schuepfer@ksl.ch

PD Dr. med. Christoph Konrad
Universitätsklinikum Mannheim
Schmerzzentrum

Institut für Anästhesie und Intensiv-
medizin,
Theodor-Kutzer-Ufer 1–3
D-68167 Mannheim
E-Mail: Fieber-Konrad@t-online.de

Literaturhinweise:

- Schüpfer G, Konrad C, Staffelbach B: Privatisierung von öffentlichen Spitälern in der Schweiz – Gedanken aus ärztlicher Sicht. In: Poledna Th (Hrsg.): Schriftenreihe Forum Gesundheitsrecht Band 1: Privatisierung und Wettbewerb im Gesundheitsrecht. Zürich: Schulthess Verlag, 2000: 65–73.
- Walshe K: Public Services and Market Mechanisms: Competition, Contracting and the New Public Management. Basingstoke: Macmillan, 1995.
- Davila J J: Anesthesia – Coach, Business, or First Class? *Anesthesiology* 1997; 87: 1589–1590.
- Neuberger J: Let's do away with patients. *Br Med J* 1999; 318: 1756–1757.
- Thompson A G H. New millennium, new values: citizen participation as the democratic ideal in health care. *International Journal for Quality in Health Care* 1999; 11: 461–464.
- Eichhorn JH: Prevention of intraoperative anesthesia accidents and related severe injury through safety monitoring. *Anesthesiology* 1989; 70: 572–577.
- Grube C, Schaper N, Graf BM: Man at Risk. Aktuelle Strategien zum Risikomanagement in der

Anästhesie. *Der Anästhesist* 2002; 51: 239–247.

8. Rinne H, Mittag H-J: Statistische Methoden der Qualitätssicherung. München, Wien: Carl Hanser-Verlag, 1989.

9. Williams SM, Parry BR, Schlup MMT: Quality control: an application of the Cusum. *BMJ* 1992; 1359–1361.

10. Lagasse RS, Steinberg ES, Katz RI, Saubermann AJ: Defining quality of perioperative care by statistical process control of adverse outcomes. *Anesthesiology* 1995; 82: 1181–1188.

11. Bonetti P, Waechterli A, Schuepfer G, Frutiger A: Improving time-sensitive processes in the intensive care unit: The example of «door-to-needle time» in acute myocardial infarction. *International Journal for Quality in Health Care* 2000; 12: 311–317.

12. Konrad C, Schmeck J, Schüpfer G: Statistische Prozesskontrolle zum Qualitätsmanagement in der Anästhesie. *Anästhesiologie & Intensivmedizin* 2001; 42: 946–950.

13. Konrad C, Gerber HR, Schüpfer G, Schmucki O: Transurethral resection syndrome: Effect of the introduction into clinical practice of a new method for monitoring fluid absorption. *Journal of Clinical Anesthesia* 1998; 10: 360–365.

14. Sperry R J: Principles of economic analysis. *Anesthesiology* 1997; 86: 1197–1205.

15. Blumenthal D, Scheck AC, eds: Improving clinical practice: total quality management and the physician. San Francisco: Jossey-Bass, 1995.

16. Blumenthal D: Total quality management and physicians' clinical decisions. *JAMA* 1993; 269: 2775–8.

17. Schüpfer G, Konrad C, Wietlisbach M, Durrer S, Gerber H, Staffelbach B: Lernkurven für manuelle Anästhesieverfahren. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 1998; 3: 58–62.

18. Schüpfer G, Konrad C, Durrer S, Wietlisbach M, Staffelbach B: Lernkurven bei Anästhesieärzten. Die Unternehmung. *Schweizerische Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung und Praxis*. 1996: 279–288.

19. Schuepfer G, Konrad C, Schmeck J, Poortmans G, Staffelbach B, Jöhr M: Generating a Learning Curve for Pediatric Caudal Epidural Blocks: An Empirical Evaluation of Technical Skills in Novice and Experienced Anesthetists. *Regional Anesthesia and Pain Medicine* 2000; 25: 385–388.

20. Reves J G: Lessons on Learning About Learning Curves. *Anesth Analg* 2000; 91: 1047–1048.

21. Banta D, Bos M: The relation between quantity and quality with coronary artery bypass graft (CABG) surgery. *Health Policy* 1991; 18: 1–10.

22. Barone JE, Risucci DA, Savino JA: Volume and Outcome; letter to the editor of «hospital volume and surgical mortality in the united states». *N Engl J Med* 2002; 347: 693–696.

23. Konrad C, Schüpfer G, Wietlisbach M, Gerber H: Learning Manual Skills in Anesthesiology: Is There a recommended Number of Cases for Anesthetic Procedures? *Anesth Analg* 1998; 86: 635–639.

Kosten- und Qualitätsmanagement: ein Muss für die HMO-Praxis, immer wichtiger auch für die konventionelle Praxis

Mit zunehmender Grösse einer Gruppenpraxis nimmt auch die Bedeutung des Managements zu. Sind diesbezüglich Unterschiede zwischen HMO-Zentren und konventionellen Gruppenpraxen feststellbar? Unsere Betrachtung zeigt: Es gibt nach wie vor HMO-spezifische Managementaufgaben. Auch konventionell tätige Ärztinnen und Ärzte können sich diesen Aufgaben aber immer weniger entziehen.

Kurt Hess¹, Urs J. Philipp

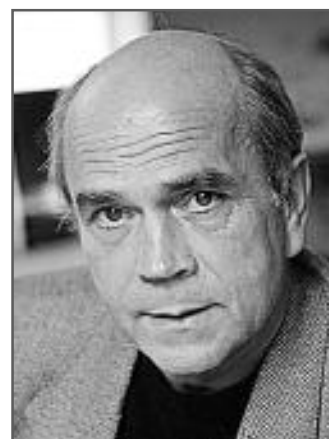
Die praktizierte Medizin und die Managementverantwortung stellen zwei Kulturen dar, die nur beschränkt miteinander kommunizieren. Die Notwendigkeit einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit hat jedoch insbesondere durch das Aufkommen von Managed Care sukzessive zugenommen. Seit dem Aufbau der ersten HMO-Praxis in der Schweiz (1990) und der Gründung der ersten Managed-

Care-Organisation (MCO)² hat sich zwischen der Ärzteschaft und den Versicherern ein Podium für diesen Dialog etabliert.

In den Anfangsjahren wurde noch versucht, die betriebswirtschaftlichen und medizinischen Managementaufgaben konsequent nach Verantwortlichkeiten zu trennen. Heute wissen wir, dass diese Trennung weder möglich noch der notwendigen Kooperation förderlich ist: Gerade in einer HMO, und noch mehr mit dem Aufkommen von ärzteigenen Modellen, sind die beiden Verantwortlichkeiten untrennbar gekoppelt und übertragen dadurch dem Praxisleiter neue, zusätzliche Aufgaben.

Versuch einer Definition

Das klassische Muster einer HMO ist auf den Charakteristika Capitation³, Gatekeeping⁴ und medizinisches Controlling⁵ aufgebaut. Der Angestelltenstatus der Ärzteschaft sollte das paradoxe Anreizsystem des Einzelleistungstarifs neutralisieren. Damit befand sich insbesondere die Praxisleitung in der schwierigen Lage, die sich teilweise widersprechenden Postulate einer umfassenden und menschlichen Medizin und



Kurt Hess



Urs J. Philipp

¹ Kurt Hess war am Aufbau der ersten HMO in der Schweiz – des SanaCare-Gesundheitszentrums – beteiligt und war lange Zeit als Praxisleiter in dieser HMO tätig; daneben war er Leiter des Bereichs HMO bei der Managed-Care-Organisation HMO. Heute arbeitet er als selbstständiger Berater unter anderem für die SanaCare.

² Managed Care Organization (MCO): Unternehmen oder Institutionen, die Modelle und Steuerungselemente von Managed Care zugunsten der Leistungserbringer und/oder der Versicherer anbieten und die finanziellen Risiken für beide Partner reduzieren.

³ Capitation («Kopfpauschale»): Vergütungsform für die Vergütung der Leistungserbringer durch die Versicherer oder die MCO. Im Voraus festgelegter Betrag für die gesamte medizinische Versorgung eines Versicherten, ob gesund oder krank.

⁴ Gatekeeping: Funktion des Hausarztes, der (von Notfällen abgesehen) den Zugang zur fachärztlichen und stationären Versorgung steuert und koordiniert.

⁵ Medizinisches Controlling: Summe der ärztlichen Massnahmen zur Steuerung der medizinischen Leistungen nach Gesichtspunkten der Qualitätssicherung und der Kostenkontrolle.

eines konsequenten ökonomischen Denkens und wirkungsvollen Controllings zu verbinden. Die Capitation musste für die gesamte Versorgung reichen, die medizinische Qualität und die Patientenzufriedenheit sollten überdurchschnittlich sein: die perfekte Quadratur des Kreises, die zudem unter einem erheblichen Erfolgsdruck stand. Inzwischen haben sich aus den klas-

sischen HMO-Systemen Modelle verschiedenster Ausgestaltung und von verschiedenstem Vernetzungsgrad entwickelt. Die Stichworte sind heute «Risikobeteiligung» seitens der Ärzteschaft (bis hin zu ärzteigenen Praxen) und «Total Quality Management» (bis hin zu Zertifizierungen von unabhängiger Seite). Damit wird die anfangs klare Definition des Begriffs HMO immer mehr verwischt. Zunehmend entstehen auch Mischformen zwischen HMO-Zentren und konventionellen Gruppenpraxen: Praxen, in denen gleichermaßen HMO- und Nicht-HMO-Patienten versorgt werden. Geblieben sind all diesen Modellen lediglich die mindestens teilweise Finanzierung über Behandlungspauschalen und ein unterschiedlich ausgeprägtes Gatekeeping. Und geblieben ist die ärztliche Autonomie in medizinischen Entscheidungen als Maxime, von der sich einige US-Modelle bereits bedenklich wegentwickelt haben.

Die Capitation als entscheidendes Merkmal

Das System der Capitation generiert wohl die häufigsten und komplexesten HMO-spezifischen Managementaufgaben. Die Verfügbarkeit eines fixen Betrags für jeden Versicherten (ob gesund oder krank) erfordert einen kostenbewussteren Umgang in jedem einzelnen Fall und auch eine Anpassung der organisatorischen und personellen Entscheidungen an die relative Beschränktheit des Budgets.

Im *Kasten* sind die zentralen HMO-spezifischen Managementaufgaben der Praxisleitung aufgeführt, die hier einer kurzen Betrachtung unterzogen werden sollen. Damit obliegt der ärztlichen Leitung nicht nur die anspruchsvolle und unbestritten prioritäre Aufgabe der medizinischen Versorgung und Betreuung, sondern es kommt ihr zudem eine gewisse vertrauensärztliche Funktion im Interesse des Kostenträgers zu. Daneben fallen einige weitere gewichtige Aufgaben an, die in der Regel zentralisiert, etwa in einer Managed-Care-Organisation, wahrgenommen werden:

Kasten:

HMO-spezifische Managementaufgaben der ärztlichen Praxisleitung:

- Planung und Budgetierung
 - medizinisches (und betriebswirtschaftliches) Controlling
 - PPO und Make-or-Buy
 - Personalrekrutierung
 - Disease und Case Management
 - Qualitätsmanagement
- Verhandlung der Capitation
 - Finanz- und Rechnungswesen
 - Akquisition von Versicherern
 - Datenanalyse
 - Verhandlungen mit Politik und Verbänden.

Konsequente *Planung und Budgetierung* gehören heute in konventionell geführten wie in HMO-Praxen zu den Schlüsselaufgaben. Sie haben in einem Capitation-Modell aber eine zusätzliche Bedeutung. Aus dem Planungs- und Budgetierungsprozess sowie aus dem *medizinischen und betriebswirtschaftlichen Controlling* leitet sich die Basis für die Capitation-Verhandlungen ab. Das Controlling und eine permanente Datenanalyse sind wichtige «Frühwarnsysteme» und zentrale Führungsinstrumente. Jede strategische Entscheidung, wie künftige Ausrichtung der Praxis, Akquisition von neuen Versicherern, Tarifverhandlungen mit Drittleistungserbringern und so weiter, beruht auf diesem Instrumentarium. Zusätzlich sind regelmässige Statistiken betreffend Überweisungen an Dritte, Analysen des Medikationsverhaltens, Peer Reviews bei komplexen und teuren Fällen und Leistungsstatistiken zu erstellen. In diesem Zusammenhang hat sich die Auswahl der Drittleistungserbringer im Sinne der PPO⁶ als eine der kostenrelevanten Managementaufgaben des Leitenden Arztes erwiesen. Neben den Kostendaten dienen

Kriterien wie Kooperationsqualität und Patientenzufriedenheit als Grundlage für die Spezialärztestlisten. Aus den gleichen Datenquellen werden periodisch die *Make-or-Buy*⁷-Entscheidungen überprüft, denn bei entsprechendem Bedarf kann in gewissen Fällen die Beschäftigung eines eigenen Spezialisten durchaus vorteilhaft sein.

Alle diese Prozesse zielen auf Kostentransparenz und -wirksamkeit der zu treffenden Entscheidungen ab; sie sind aber nur effektiv, wenn sie von allen Mitarbeitenden einer HMO getragen werden. Damit sind besondere Anforderungen an die Führung gestellt, und diese beginnt bereits bei der *Personalrekrutierung*, vor allem bei der Anstellung von Ärztinnen und Ärzten. Eigenschaften wie Interesse an den Schlüsselprozessen von Managed Care, unternehmerisches Denken, überdurchschnittliche Teamfähigkeit sowie Bereitschaft zur Hinterfragung der eigenen Arbeit sind unabdingbar. Stillstand ist in solchen dynamischen Umgebungen stets Rückschritt, und es stellt sich die Frage, ob sich die HMO-Ärzteschaft allseits bewusst ist, wie fatal das Fehlen solcher Voraussetzungen für das längerfristige Prosperieren des Modells und damit der Praxis ist. Es genügt erfahrungsgemäss nicht, sich abgeschirmt von den Postulaten von Managed Care auf eine gute Medizin zu beschränken, wenn diese auch unbestritten erste Voraussetzung für den langfristigen Bestand solcher Modelle darstellt. Es genügt ferner nicht, wenn eine HMO ihre gute Versorgungsqualität selbst deklariert. Das *Qualitätsmanagement* hat deshalb in Capitation-Modellen eine enorm grosse Bedeutung, einerseits wegen der eingeschränkten Arztwahl, aber auch im Hinblick auf das Image des Modells, das noch heute gern mit Sparmedizin assoziiert wird. So haben manche HMO-Zentren in der medizinischen Qualitätssicherung traditionell eine eigentliche Pionier-

⁶ PPO: Preferred Provider Organization. System der beschränkten Auswahl von Leistungserbringern nach Massgabe von qualitativen und ökonomischen Gesichtspunkten.

⁷ Make-or-Buy: Entscheid darüber, ob eine Kategorie von Leistungen durch Spezialärzte der eigenen Praxis oder durch Überweisung an externe Leistungserbringer erbracht werden soll.

rolle gespielt, die auch heute, mit den unabhängigen Kontrollen und Zertifizierungen⁸, konsequent beibehalten werden muss. Solche Bemessungssysteme stossen heute auf politischer Ebene zunehmend auf grosse Resonanz.

Wer kann diesen hohen Erwartungen genügen?

Die ärztliche Ausbildung klammert auch heute noch das Vermitteln von Managementwissen – von der Praxisführung über das Kostenmanagement bis zu den ökonomischen Zusammenhängen im Gesundheitswesen – weitgehend aus. Die hier skizzierten speziellen Anfor-

⁸ Unabhängige Kontrollen und Zertifizierungen: Auf Initiative von SanaCare, MediX und Gesundheitsplan HMO ist 1999 die unabhängige Stiftung EQUAM (Externe Qualitätskontrolle in der Medizin) gegründet worden, die heute vom Bund als bisher einzige Zertifizierungsstelle für die Qualität der ambulanten Medizin akkreditiert ist.

derungen an ein HMO-Management müssen deshalb fast ausschliesslich in Eigenregie erfüllt werden – und dies neben der täglichen Präsenz für die Patientinnen und Patienten. Immerhin stellt die Capitation-bezogene Finanzierung einen hohen Anreiz dar, sich entsprechendes Know-how zu erwerben, dies vor allem in Modellen mit ärztlicher Einbindung in die finanzielle Verantwortung. Den konventionellen Praxen geht dieser Anreiz dagegen vollständig ab, selbst wenn manche der beschriebenen Qualitäten längst zum selbstverständlichen Repertoire auch der traditionellen Einzelpraxen gehören müssten. Damit ist auch gesagt, dass die Verbreitung von Managed Care über entsprechend gesetzte Anreize – für Leistungserbringer, Versicherer und Versicherte – gesteuert werden sollte. Es stimmt

einigermassen zuversichtlich, dass im Zuge der anstehenden KVG-Revisionen solche Einsichten und Postulate zentral und in einem erstaunlichen Konsens in die Konzepte einfließen. ■

Autoren:

Dr. med. Kurt Hess

Beauftragter der Geschäftsleitung
SanaCare
E-Mail: kurt.hess@sanacare.ch

Urs J. Philipp

Dipl. pharm. ETH, M.H.A.
Geschäftsführer
SanaCare AG
Lagerhausstrasse 11
8401 Winterthur
E-Mail: urs.philipp@sanacare.ch



Forum Managed Care

Hinweis:

Die nächste *Mitgliederversammlung des Vereins Forum Managed Care* findet statt am

Donnerstag, **5. Juni 2003**,
von 16 bis ca. 18.00 Uhr
Ort: CEVI-Zentrum, Konferenzsaal New York, Sihlstrasse 33, 8021 **Zürich**
Anmeldung per E-Mail erwünscht an: office@mhc-consulting.ch

Die Stabsstelle als unterstützendes Element in der Spitalführung

Die Spitalführung ist heute eine komplexe Aufgabe. Eine Stabsstelle kann die Spitalleitung von einem Teil der anfallenden Arbeiten entlasten. Am Beispiel des Kantonsspitals Baden wird aufgezeigt, welche Aufgaben eine Stabsstelle Spitalleitung übernehmen kann und wie diese Stelle in die Gesamtorganisation eingebettet werden kann.

**Robert Rhiner,
Hans Säuberli¹**

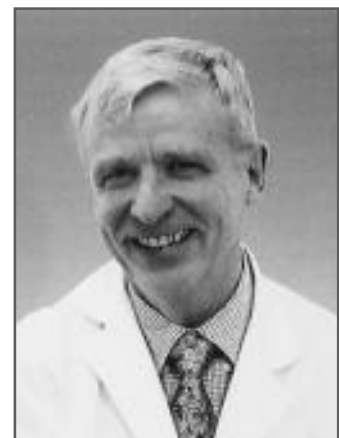
Einst waren die Spitäler karitative Institutionen, die von gemeinnützigen Vereinen und Verbänden, von religiösen Ordensgemeinschaften und erst später auch von der öffentlichen Hand getragen wurden. Inzwischen sind sie zu Betrieben mutiert, in deren Führung zunehmend marktwirtschaftliche und unternehmerische Überlegungen und Grundsätze einfließen müssen. Allerdings wird ein Spital mit Grundversorgungsauftrag wohl nie rein gewinnorientiert funktionieren können, weshalb das «Unternehmen» Spital nie ganz mit privatwirtschaftlichen Unternehmen vergleichbar sein

wird. Der soziale Gedanke ist in den Spitälern nach wie vor Grundlage der täglichen Arbeit, aber die erbrachten Leistungen sind immer komplexer und damit auch immer teurer geworden. Die entstehenden Kosten sind nicht länger vernachlässigbare Positionen in der Jahresrechnung der Träger, denn sie belasten deren Budgets empfindlich. Spätestens seit dem Aufkommen der privaten Kliniken wird uns vor Augen geführt, wie auch der Spitalbetrieb rentabel sein kann, und gewisse Kreise werden nicht müde, dies immer wieder zu betonen. Bei genauerem Hinsehen wird jedoch evident, dass sich die Struktur des öffentlichen Spitals mit einem umfassenden Grundversorgungsauftrag im Gegensatz zur Privatklinik nicht eignet, finanzielle Gewinne abzuschöpfen, denn es müssen auch unrentable – eben soziale – Leistungen erbracht werden. Eine Auswahlmöglichkeit hat das öffentliche Spital diesbezüglich nicht.

Dennoch ist auch im öffentlichen Spital zu Recht auf Druck der Spitalträger und der Leistungseinkäufer das Bewusstsein entstanden, dass neben medizinischen und sozialen Grundsätzen auch betriebswirtschaftliche Überlegungen in die Spitalführung einfließen müssen, um die vorhandenen Ressourcen optimal einzusetzen. Anforderungen von Politik und Gesetzen und nicht zuletzt steigende Ansprüche der Patienten² machen dies nötig und zwingen uns zu einem bewussten Umgang mit unseren begrenzten Mitteln. Gleichzeitig bleibt die For-



Robert Rhiner



Hans Säuberli

derung nach umfassender Erhaltung der medizinischen Kompetenz und Spezialisierung bestehen. Unter diesen Vorgaben wird es für einen Klinikleiter zunehmend schwierig, sich umfassend in die Führung eines Spitals einzubringen, denn seine nicht unerschöpfliche Kapazität will und muss er in erster Linie der medizinischen und nicht der administrativen Arbeit zur Verfügung stellen.

¹ Prof. Dr. med. Hans Säuberli ist Chefarzt des Departements Chirurgie und Präsident der Spitalleitung; Dr. med. Robert Rhiner ist Facharzt für Chirurgie und Leiter der Stabsstelle Spitalleitung am Kantonsspital Baden.

² Zur Vermeidung sprachlicher Schwerfälligkeit wird auf die Nennung beider Geschlechtsbezeichnungen verzichtet. Selbstverständlich sind, wenn sachlich zutreffend, beide Geschlechter gemeint.

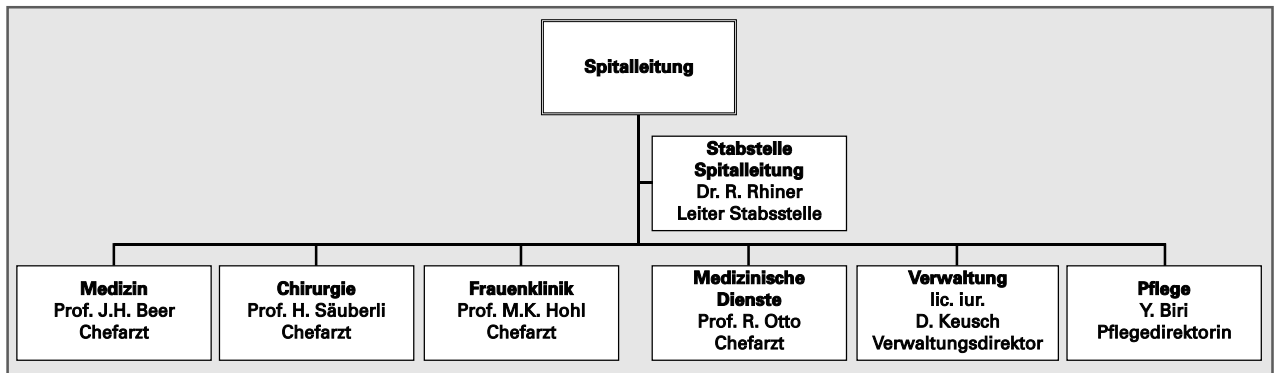


Abbildung 1: Die Führungsorganisation des Kantonsspitals Baden

Als wesentliche Erleichterung erscheint hier die Aufteilung von strategischen und operativen Führungsaufgaben. Klinikleiter behalten die operative Verantwortung im medizinischen Bereich und die strategische Verantwortung im Gesamtbereich und übertragen operative Führungsaufgaben im administrativen Bereich ganz oder teilweise einem ihnen zugeordneten Organ. Am Beispiel der Stabsstelle Spitalleitung am Kantonsspital Baden (KSB) wird aufgezeigt, welche Aufgaben ein solches Organ übernehmen und wie es in die Organisation des Spitals eingebettet werden kann (siehe auch *Abbildung 1*).

Die Spitalführung und die Anforderung an deren Träger

Welche äussere Organisationsform auch immer bestehen mag, im Innern fast jeden Spitals finden wir als oberstes Organ eine Spitalleitung, in welcher alle oder ein Teil der Klinikleiter sowie die Pflege und die Verwaltung vertreten sind. Die Aufgaben einer Spitalleitung stellen erhebliche Anforderungen an die Leitungsmitglieder.

Zunächst einmal gilt es, für die Klinikleitung Personen auszuwählen, welche ihren medizinischen Kernbereich kompetent führen und die Ausbildungsverantwortung für ihre Assistenz- und Oberärzte übernehmen können. Auf strategischer Ebene müssen Klinikleiter in verschiedener Hinsicht aktiv sein, vor allem bezüglich der Organisationsstrukturen (Spezialisierungen, Behandlungspfade usw.). Niemand kann dem Klinikleiter diese Aufgaben abnehmen,

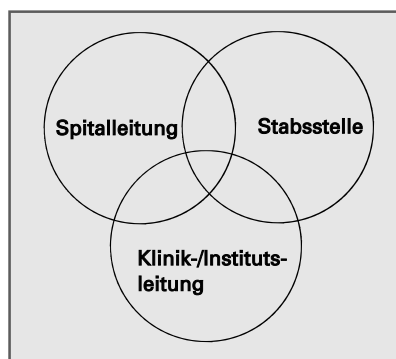


Abbildung 2: Beziehungen und Überschneidungsflächen

und er wird hier sehr weit gehend in die Verantwortung genommen. Für ein Spitalleitungsmitglied kommen weitere Anforderungen hinzu. Er oder sie soll nicht nur Instituts-, Klinik- oder Departementsleiter sein, sondern auch Interesse an strategischen Fragen für das Gesamtspital mitbringen und Kenntnisse in Management- und wirtschaftlichen Fragen sowie Führungserfahrung haben. Es wird also neben der fachlichen Kompetenz Interesse an übergeordneten Führungsaufgaben gefordert. Darüber hinaus soll ein Spitalleitungsmitglied über grosse Akzeptanz im Betrieb und über Kommunikationsbereitschaft verfügen. Wenn sich eine Spitalleitung dazu entschliesst, sich mit einer Stabsstelle ein zugeordnetes Organ zu schaffen, so muss sich diese Stelle in die bestehende Konstellation einpassen. Die Bereitschaft beider Seiten zur Zusammenarbeit muss hoch sein, wobei sich durch die zusätzliche Stelle unterschiedliche und

mehrdimensionale Beziehungen ergeben können (siehe auch *Abbildung 2*).

Die Stabsstelle Spitalleitung am KSB

Die Stabsstelle Spitalleitung am KSB wurde mit der Grundidee geschaffen, eine Vernetzung innerhalb des Hauses aufzubauen, um abteilungs- und klinikübergreifende Synergien zu nutzen und zentral zu koordinieren. Sie erbringt Dienstleistungen zugunsten des ganzen Spitalbetriebs. Sie führt oder begleitet Projekte, die inhaltlich mit dem medizinischen Sektor verknüpft sind, nimmt eine Schnittstellenfunktion zwischen dem ganzen Spital, einzelnen Kliniken oder Bereichen und externen Stellen wahr und koordiniert die internen Qualitätsprojekte. Organisatorisch ist die Stabsstelle dem jeweiligen Vorsitzenden der Spitalleitung unterstellt. Der Leiter der Stabsstelle hat Einsitz in der Spitalleitung und dadurch enge persönliche Kontakte zu den Spitalleitungsmitgliedern, was für die Ausführung seiner Aufgaben eine entscheidende Voraussetzung ist. Ihre Aufträge erhält die Stabsstelle in Form von Zielvorgaben direkt von der Spitalleitung; sie setzt diese im operativen Bereich in eigener Regie um. Dadurch entsteht eine gewisse kreative Freiheit, was die Motivation deutlich erhöht, gesteckte Ziele innerhalb der gesetzten Leitplanken punktgenau zu erreichen.

Hauptaufgaben

Projekte: Die Stabsstelle Spitalleitung am KSB führt die grossen Pro-

jekte im Haus, wie die Einführung der neuen Leistungserfassung oder des TarMed, selbst und leistet Unterstützungsarbeit in kleineren Projekten vor Ort. Als Leitlinien dienen einerseits die auch von Bund und Kantonen verwendete Struktur nach Hermes³ und andererseits der in der Stabsstelle entstandene eigene Projektleitfaden.

Dokumentation: Im KSB codieren die Ärzte nicht selber für die medizinische BFS-Statistik. Sie leiten Angaben zu Diagnosen und Therapien an die Codiererinnen weiter, die der Stabsstelle angehören. Auch das Endprodukt, nämlich die Jahresstatistik, wird in der Stabsstelle erstellt. Weitere Aufgaben innerhalb der Dokumentation sind die Unterstützung bei der Archivierung medizinischer Daten und die Entwicklung hausspezifischer Aufklärungsblätter für unsere Patienten.

Medizinische Informatik: Ein Mitarbeiter der Stabsstelle pflegt das Klinikinformationssystem sowie das Intra- und das Internet. Die Operationskataloge und das medizinische Berichtswesen werden ebenfalls hier betreut.

Information: Information ist ein zentrales Führungsinstrument. Sowohl die Pressestelle als auch die Stelle für die Information im Haus sind in der Stabsstelle angesiedelt. Das Intranet als zentrale Informationsplattform wurde in der aktuellen Form durch die Stabsstelle aufgebaut und hält jederzeit aktuelle Informationen bereit. Pflegehandbücher, Richtlinien, Zentralmagazin- und Apothekenkataloge sind nur noch hier in jederzeit aktueller Form vorhanden. Dies wird einem Betrieb gerecht, der rund um die Uhr auf aktuelle Informationen angewiesen ist.

Qualitätsmanagement: Die Organisation des Qualitätsmanagements (Q-Organisation) am KSB ist im Aufbau begriffen. Während die Q-Beauftragte Mitglied der Spital-

leitung ist, wurde die operative Führung des Q-Managements der Stabsstelle übertragen. Die Q-Managerin ist Mitarbeiterin der Stabsstelle und führt von hier aus die Koordination der Arbeiten.

Beschwerde- und Haftpflichtwesen: Die Patientenombudsstelle ist Bestandteil der Stabsstelle und wird von einem Pflegeexperten geführt. Sie steht unseren Patienten während und auch nach der Hospitalisation für Anliegen jeder Art zur Verfügung. Grössere Beschwerde- und alle Haftpflichtfälle werden durch den Stabsstellenleiter selber betreut und bearbeitet. Dies verhindert Doppelspurigkeiten, wenn Anliegen auf verschiedenen Kanälen ins Haus gelangen, und sichert durch das erworbene Wissen eine speditive Abwicklung, soweit es die hausinternen Abläufe betrifft. Durch die enge Zusammenarbeit mit dem Haftpflichtversicherer und die zunehmende Erfahrung wird ein Risk Management im Bereich des Beschwerde- und Haftpflichtwesens möglich.

Personelle Besetzung

Die Stabsstelle Spitalleitung am Kantonsspital Baden besteht aus sieben Mitarbeitenden unterschiedlichen fachlichen Hintergrunds. Es ist also eigentlich eine Abteilung aus Spezialisten. Die Auswahl dieser Personen richtete und richtet sich nach der Aufgabenstellung. Permanente Aus- und Weiterbildung schaffen die Grundlage, damit die Abteilung den Anforderungen jederzeit gerecht wird. Der Leiter der Stabsstelle ist Facharzt für Chirurgie und war 14 Jahre klinisch tätig, wovon drei Jahre als Oberarzt. Er befindet sich derzeit in Weiterbildung zum Master of Public Health und steht kurz vor dem Abschluss dieses Nachdiplomstudiums.

An die Person des Stabsstellenleiters stellen sich unseres Erachtens einige Anforderungen. Es empfiehlt sich, eine Person zu wählen, welche eine abgeschlossene Berufsausbildung mit mehreren Jahren Berufs- und Führungserfahrung vorweisen kann. Dies kann zum Beispiel ein Mediziner mit Spezialarzttitel und klinischer Erfahrung oder eine Juristin

oder ein Ökonom mit Erfahrung in medizinischen Belangen sein. Dazu ist eine Zusatzausbildung in Gesundheitsökonomie zu empfehlen, und eine gute Kommunikationsfähigkeit ist absolute Bedingung. Ebenso wichtig ist die Fähigkeit, sich in die gegebenen Strukturen zu integrieren. Daneben braucht es Interesse an politischen Abläufen und die Bereitschaft, sich politisch zu engagieren. Gerade die Vielfalt der Aufgaben ist eine Herausforderung für entsprechend motivierte Personen. Die zeitliche Belastung des Leiters Stabsstelle entspricht im Spitalumfeld ungefähr der eines Leitenden Arztes. Sie umfasst neben den Tätigkeiten innerhalb des Spitals auch Verpflichtungen auswärts und beläuft sich auf durchschnittlich 55 bis 60 Stunden pro Woche.

Ausblick

Im heutigen Spitalumfeld sind klare Strukturen für das weitere Bestehen des Spitals von grosser Wichtigkeit. Dabei muss die Spitalleitung immer oberstes Führungsorgan bleiben und die strategischen Vorgaben machen. Die Stabsstelle als Führungs- und Koordinationsinstanz bewährt sich, sofern sie in die Führungsebene integriert ist. Ohne diese Integration bleibt die Stabsstelle eine Appendix ohne grosse Wirkung. Die Stabsstelle kann den Wissens- und Informationsaustausch auf und zwischen allen Ebenen als zentrale Führungsaufgabe wahrnehmen und damit einen wichtigen Beitrag zum Erfolg des Gesamtbetriebes leisten. ■

Autoren:

Dr. med. Robert Rhiner

Stabschef Spitalleitung

Kantonsspital Baden

5404 Baden

E-Mail: robert.rhiner@ksb.ch

Prof. Dr. med. Hans Säuberli

Chefarzt Departement Chirurgie

und Präsident der Spitalleitung

Kantonsspital Baden

³ Hermes ist seit 1975 das Projektführungsinstrument in der Bundesverwaltung und inzwischen in etlichen Kantonen ebenfalls etabliert. Es wurde immer wieder an die neuen Gegebenheiten angepasst. Für das Management und für die Projektteams ist Hermes die gemeinsame Basis zur Abwicklung der Projekte.

Gemeinsam die Ziele klären – Management im Ärztenetz

Welche Managementaufgaben bestehen in einem Hausärzte-Netz, und wie werden sie gelöst? Ein Gespräch mit Christian Marti, Geschäftsleiter Wintimed (Hausarztnetz Winterthur), über Partizipation und Kontrolle, Betreuungsphilosophie und Kurskorrekturen.

Managed Care: Welche Managementaufgaben bestehen im Wintimed-Ärztenetz?

Marti: Eine ganze Reihe von Aufgaben. Wie in jeder Organisation muss «das Richtige» richtig gemacht werden. Eine Schlüsselaufgabe ist die Qualitätsarbeit. Sie beinhaltet die Organisation, Durchführung und Dokumentation der Teamsitzungen. Diese Zusammenkünfte stellen etwas vom Wichtigsten, nämlich das Feedback, sicher. Wir treffen uns zirka 40-mal pro Jahr. Die Hälfte der Zeit gehört den Anliegen der Teilnehmer, wie medizinische Probleme, Critical Incidents oder Organisationsfragen. Der zweite Teil besteht aus angekündigten und vorbereiteten Themen. Im Wintimed ist die Teamsitzung der rote Faden, sie ist auch eine Art Steuerungssitzung. Über diesen Prozess entstehen neue Projekte, es wird über deren Verlauf berichtet, und es gibt allenfalls Kurskorrekturen.

MC: Wer macht die Kurskorrekturen? Wer hat das Sagen?

Marti: Dies basiert auf einer Wechselwirkung. Seit ein paar Jahren sind wir als Aktiengesellschaft organisiert, mit einer Geschäftsleitung und einem Verwaltungsrat. Formal haben die Geschäftsleitung und der Verwaltungsrat das Sagen, aber umgesetzt wird das sehr partizipativ. Wir stellen vieles in den Teamsitzungen zur Diskussion. Nicht per Abstimmung, sondern es ist eine engmaschige Vernehmlassung, wo man Anregungen, Kritik und Ergänzungen sammelt, die im Entscheid der Geschäftsleitung oder des Verwaltungsrates berücksichtigt werden.

MC: Welches sind die weiteren Managementaufgaben?

Marti: Eine ständige Aufgabe ist es, mit den Krankenkassenversicherungen und Leistungserbringern zu verhandeln. Wir haben zum Beispiel kürzlich mit einem Privatspital in Winterthur eine Pauschale für die ambulante Kataraktoperation ausgehandelt. Der Auftritt nach aussen, die Öffentlichkeitsarbeit, ist eine weitere Aufgabe. Wir waren in den letzten zwei Jahren je neun Tage mit einem eigenen Stand an der Winterthurer-Messe und haben Publikumsbefragungen gemacht zu Generika und zum ärztlichen Notfalldienst. Wir machen Informationsveranstaltungen für Patienten, zum Teil zusammen mit Spitälern. Das Bewusstsein darüber, wie wichtig die Öffentlichkeitsarbeit ist, wächst in der Gruppe. Eine wichtige Managementaufgabe ist auch, sich immer wieder zu fragen, ob eine Aktivität zu unserer Betreuungsphilosophie passt.

MC: Und dies wird in der Gruppe diskutiert?

Marti: Auf allen Ebenen. Wir werden immer häufiger gefragt, ob wir uns an Projekten beteiligen wollen. Wir fragen uns dann jeweils, ob dieses Projekt zu uns passt, oder ob es das Geschäft mit der «Hoffnung und Angst» fördert, wie ich das nenne. Wir möchten eine reelle, solide, aber empathische Medizin ohne allzu viel Schnickschnack machen.

MC: Ist dies jetzt ein Ausdruck der Betreuungsphilosophie von Wintimed?

Marti: Ja, das könnte man sagen.

MC: Wer hat die Betreuungsphilosophie kreiert? Entsteht die einfach so?

Marti: Nein, gar nicht. Das Bewusstsein, dass es eine Philosophie braucht, diese zu erarbeiten, zu formulieren und zur Diskussion zu stellen, das alles liegt in der Verantwortung der Netzführung, der Geschäftsleitung und des Verwaltungsrates. Wir mussten erkennen, dass wir ohne Philosophie immer wieder ins Leere laufen. Man kann die mitarbeitenden Hausärzte nicht abholen, wenn die Ziele nicht klar ausgesprochen sind.

Welche Wirkung wollen wir erzielen, was soll es uns Ärzten bringen, was den Patienten und was den Vertragspartnern? Wenn man sich diesen Fragen nicht stellt, wird man immer wieder in uferlose Grundsatzdiskussionen verwickelt, die sehr viel Energie verbrauchen, weil man nicht zuerst einen Konsens gesucht hat.

MC: Ist die Philosophie schriftlich niedergelegt? Gibt es ein Leitbild oder ein Strategiepapier?

Marti: Erst im Jahr 2002 haben wir

eine Art Leitbild, eine Betreuungsphilosophie, skizziert und in den Inhalten angenommen. Aber wir feilen immer noch an den Formulierungen. 1994 haben wir das erste Hausarztmodell zusammen mit den Versicherern initiiert, 1998 schlossen wir die ersten Budgetverträge ab, was zu einer neuen Organisationsform führte. Unser Spektrum hat sich geöffnet, und es wurde Zeit, ein Leitbild zu formulieren.

MC: Wie vermitteln Sie den Mitarbeitenden die Philosophie, wie werden sie Teil der Philosophie? Wie kommt es dazu, dass alle hinter der gleichen Idee stehen?

Marti: Das passiert in den regelmäßigen Teamsitzungen, die dokumentiert werden. Alle, auch die Abwesenden, erhalten das ausführliche Protokoll, das oft nochmals besprochen wird. Das ist der Schlüsselprozess – miteinander diskutieren und immer wieder präzisieren.

Wir machen seit 1994 jährlich eine zweitägige Retraite, die von einem externen Moderator begleitet wird. Es wird erwartet, dass alle daran teilnehmen. Wir arbeiten gerne mit Bildern, damit in Diskussionen immer wieder geklärt werden kann, worum es jetzt eigentlich geht (siehe *Kasten* «Von der Speisewagengesellschaft zur Patchworkgruppe»).

Ürigens: Den gemeinsamen Geist pflegen wir auch ab und zu mit einem Fest ausserhalb des Geschäftlichen.

MC: Welche Aufgaben haben Sie konkret als Leiter des Ärztenetzes Wintimed?

Marti: Neben der Hauptaufgabe der Durchführung der Teamsitzungen bin ich in den meisten Projekten als Verbindungsmann involviert, beispielsweise im Projekt «Herzgruppe» oder im neuen Projekt «Qualitätszirkel für Praxisassistentinnen». Eine weitere Aufgabe ist so etwas wie eine vertrauensärztliche Funktion. Das bedeutet die Kontrolle der Leistungen, die wir bezahlen müssen. Wir arbeiten mit Stichproben. Bei gewissen Leistungserbringern kontrollieren wir jede Rechnung. Wenn etwas unklar ist,

frage ich zurück. Es gibt gelegentlich Beanstandungen oder selten auch Rückforderungen. Aufgrund von Rechnungen gibt es häufig ein Feedback, sie sind Anlass zum Nachfragen. Manchmal stelle ich eine Rechnung auch in der Teamsitzung zur Diskussion.

MC: Geht es um Rechnungen der teilnehmenden Hausärzten oder um externe Leistungserbringer?

Marti: Es geht um beides. Man kann nicht nur den externen auf die Finger schauen und bei den internen wegblicken. Das ist zwar der schwierigere Teil, aber es ist klar meine Aufgabe, auch interne Rechnungen zur Diskussion zu stellen. Die externen Rechnungen geben uns Hinweise auf die medizinische und ökonomische

Hausärztenetz Wintimed

Das Hausärztenetz Wintimed in Winterthur wurde 1994 als erstes Hausarztmodell der Schweiz gegründet. Heute umfasst es 28 Hausärztinnen und Hausärzte und total 7000 Versicherte. 1998 wurden die ersten Budgetverträge abgeschlossen, was eine Änderung der Organisationsstruktur bewirkte: Wintimed wurde eine Betriebsgesellschaft in Form einer Aktiengesellschaft. Der Betriebszweck ist die Abwicklung von Budgetverträgen, die Erbringung von Dienstleistungen an Aktionäre, andere Leistungserbringer, Krankenkassen und PatientInnen. Logistisch wird Wintimed vom MediX-Management unterstützt.

Betreuungsphilosophie des Rechnungsstellers, die sich auf unsere Bereitschaft für künftige Überweisungen auswirken.

MC: Was heisst genau «interne Rechnungen zur Diskussion stellen»? Welche Konsequenzen hat es, wenn Sie eine Rechnung in Frage stellen?

Marti: Ich bringe eine Rechnungskopie und stelle Fragen dazu. Kürzlich war es eine Rechnung über neun verschiedene Medikamente für einen Alzheimer-Patienten. Ich frage einfach, ob es Sinn macht, bei einem Alzheimer-Patienten Cholesterin-kosmetik zu machen – und schon



Christian Marti, Geschäftsleiter Wintimed (Hausarztnetz Winterthur). Martis Tätigkeit besteht zu einem Drittel aus Sprechstundentätigkeit und zu zwei Dritteln aus Netzsteuerung und Netzentwicklung.

sind wir mitten in einer spannenden Diskussion. Ich bringe die Rechnung in der Regel anonym in die Gruppe. Ich will niemanden blossstellen. Aber meistens outet sich der betroffene Wintimed-Arzt selber.

MC: Was passiert, wenn das Resultat der Diskussion ist, dass neun Medikamente wirklich übertrieben sind? Muss der betreffende Arzt dies nun korrigieren? Haben Sie disziplinarische Möglichkeiten?

Marti: In unserem Gesundheitswesen ist der medizinische Ermessensspielraum gewaltig, dies zeigt sich auch in der Meinungsvielfalt in der Diskussion pro und kontra diesen Cholesterinsenker. Es geht um etwas Ähnliches, wie wir es auf der organisatorischen Ebene angesprochen haben, es geht darum, Schwerpunkte zu setzen, Ziele zu erarbeiten. Es geht nicht darum zu sagen: Herr Kollege, wir erwarten, dass du diese Medikamente absetzt.

Meine Erfahrung ist, dass diese Peer-Review fast immer wirkt. Früher oder später wird der Arzt dieses Medikament wahrscheinlich weglassen. Wenn er es belässt, dann hat er sich zumindest nochmals überlegt, ob es wirklich nötig ist. Es ist ein gegenseitiges Sich-Beeinflussen, aber es ist

Von der Speisewagengesellschaft zur Patchworkgruppe



Skizze von Fiona Fröhlich aus dem Wintimed Seminar 2001

Abbildung 1:

In den jährlichen zweitägigen Retraiten arbeiten die Wintimed-ÄrztInnen gern mit Bildern. Diese helfen zu klären, worum es im Netz im Moment geht. Vor zwei Jahren sahen sich viele Wintimed-KollegInnen im Speisewagen eines Zuges und fürchteten, von der Lokomotive abgehängt zu werden. Die bequeme und verängstigte Speisewagengesellschaft war ein Warnsignal.



Sidney Allee Miller: The Quilting Bee

Abbildung 2:

Heute verstehen sich die Wintimed-ÄrztInnen als Patchworkgruppe, die sich auf bestimmte Verbindlichkeiten festgelegt hat. Das Patchworkbild ist eine Entscheidungshilfe in Diskussionen: Geht es um die Grundform des gemeinsamen Patchworks oder geht es um die Ausgestaltung, wo jeder sich individuell einbringen kann?

kein Befehlen. Es geht darum, zu hinterfragen und zu überzeugen. Wenn jemand nicht bereit ist, über systematisch verrechnete Leistungen zu diskutieren, die für mich medizinisch nicht nachvollziehbar sind, beispielsweise die Ferritinbestimmung bei allen Patienten, so kommt es schon einmal vor, dass ich dies als Geschäftsführer nicht mehr bezahle.

MC: Ist eure Art des Managements prototypisch für andere Hausarzt-netze?

Marti: Ich bin überzeugt, dass es nicht zu verallgemeinern ist, weil unser Netz sehr viel Zeit und Geld in die Netzentwicklung investiert, wie zum Beispiel die Klärung von Zielen und Betreuungsphilosophie. Die Teilnahme an den Sitzungen und die Mitarbeit in Projekten wird mit 100 Franken pro Stunde abgegolten. Wir haben eine gemeinsame Ideologie gefunden.

MC: Was sind die Unterschiede zu den andern?

Marti: Dies kann ein Aussenstehender besser beantworten. Ich glaube, dass wir viel weniger defensiv sind als andere, was das Sich-Wehren ge-

gen die Versicherungen oder gegen die Begehrlichkeiten der Patienten betrifft. Wir sind auch bereit, ab und zu etwas vom standespolitischen Corpsgeist abzuweichen. Uns interessieren mehr die Chancen als die Risiken, ohne dass wir diese einfach ausblenden.

Wir hören von Aussenstehenden, dass wir eine robuste, währschafte und faire Konfliktkultur haben. Es geht um die Sache, nicht um die Person. Es sind alle Arten von Fragen erlaubt. Das System ist auf gegenseitige Unterstützung angelegt. Es wirkt gegen den Burnout in der Grundversorgung.

MC: Wo sehen Sie das grösste Potenzial, das Management des Wintimed zu verbessern? Was möchten Sie in Zukunft stärker gewichten?

Marti: Ich möchte das Potenzial des Teamworks immer besser ausnützen. Nach innen besteht die Idee, die Praxisassistentinnen vermehrt einzubeziehen. Seit Jahren gibt es ein- bis zweimal jährlich ein Treffen der Praxisassistentinnen. Wir möchten mit einem entsprechenden Qualitätszirkel das Mitdenken und Mitgestalten der Praxisassistentinnen auf ähnli-

che Art fördern, wie wir dies seit Jahren auf der Ärztenebene tun. Nach aussen möchten wir enger mit unseren bevorzugten Leistungserbringern zusammenarbeiten, wie Spitälern, Physiotherapeuten oder Psychotherapeuten. Am liebsten würden wir diese ins Netz einbinden, dies ist aber schwierig, da Spezialisten sich nicht gerne auf ein Netz festlegen. Wir fördern deshalb gezielt die informelle Zusammenarbeit, wir laden sie an Teamsitzungen ein und beziehen uns auf die gemeinsamen Alltagsprobleme. Wir versuchen ganz bewusst, mit Leuten zusammenzuarbeiten, bei denen wir eine ähnliche Betreuungsphilosophie wahrnehmen, statt unsere Energie mit Missionieren und Bekehren zu verschwenden. ■

Interview:
Brigitte Casanova
Redaktion «Managed Care»

Organisations- und Mitarbeiterentwicklung im Spitalumfeld

Neben harten spielen weiche Faktoren eine ebenso wichtige Rolle für den Erfolg eines Unternehmens. Insbesondere der Organisations- und der Mitarbeiterentwicklung kommt eine wichtige Bedeutung zu.

Alexis Puhan, Ralph Werder

In den letzten Jahren hat der Druck auf Angestellte in höheren Kaderpositionen im Spital stark zugenommen. Von ihnen wird heute – ähnlich wie von Führungskräften aus anderen Branchen – erwartet, dass sie medizinische Leistungen in einem konkurrierenden Marktumfeld nach betriebswirtschaftlichen Kriterien erbringen.

Neben dieser Aufgabe, deren Erfüllung messbar ist, müssen Führungskräfte ein Umfeld schaffen, das Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter motiviert, im Team zusammenzuarbeiten und sich gemäss ihren Bedürfnissen weiterzuentwickeln.

Hinzu kommt, dass die Ansprüche der Nicht-Kaderärzte und der nicht-ärztlichen Berufsgruppen stark gestiegen sind: Auch sie wollen sich als integrierte und partnerschaftlich geschätzte Individuen im Gesamtkontext verstanden und behandelt wissen. Was zunächst als Zielkonflikt erscheint, erweist sich als Chance. So können Kaderangestellte durch Delegation entlastet werden, wenn ein Entwicklungsprozess vorange-

trieben wird, der alle Mitarbeitenden integriert.

Diese Neugestaltung der ursprünglich stark hierarchisch geprägten Organisationsstrukturen im Gesundheitswesen erfordert von den Führungskräften in erster Linie gesunden Menschenverstand, Veränderungswillen und das nötige Know-how, um den Entwicklungsprozess aktiv zu steuern.

Der vorliegende Artikel konzentriert sich auf diese «weichen» Management-Eckpfeiler, welche neben den «harten», ökonomisch fokussierten Finanzkennzahlen eine ebenso wichtige Stellung einnehmen sollten.

Organisationsentwicklung

Der Begriff «Organisationsentwicklung» beinhaltet zwei Hauptaspekte: strukturelle und kulturelle Organisationsentwicklung.

Unter struktureller Organisationsentwicklung verstehen wir die Definition von klaren Strukturen (Aufbauorganisation) und Prozessen (Ablauforganisation). Diese Phase der Organisationsentwicklung ist zeitlich begrenzt und muss in regelmässigen Abständen wiederholt werden.

Strukturelle Veränderungen erzielen nur dann die gewünschten Effekte, wenn sie durch die Menschen im Unternehmen akzeptiert, mitgetragen und weiterentwickelt werden. Träger der Veränderung sind somit die Organisationsmitglieder selbst. Die bewusste Begleitung dieses Prozesses nennen wir kulturelle Organisationsentwicklung.

Organisationsentwicklung erfolgt kontinuierlich und ist Teil der täglichen Arbeit des gesamten Teams. Die erforderlichen Fähigkeiten und In-



Alexis Puhan



Ralph Werder

strumente werden vielfach durch externe Experten bereitgestellt, die über eine neutrale Aussensicht verfügen. Ziel ist die Schaffung einer Unternehmenskultur, welche ein eigenverantwortliches und ergebnisorientiertes Handeln fördert. Wenn zum Beispiel die Verantwortlichkeiten in einem einvernehmlichen Klima genau festgelegt werden, können sich die Kaderangestellten durch Delegation

Kasten:

Instrumente der Mitarbeiterentwicklung: Feedback geben und Ziele vereinbaren

Die Mitarbeiterentwicklung umfasst ein breites Spektrum von Instrumenten. Eine wichtige Rolle spielen insbesondere verschiedene Feedbacktechniken sowie Instrumente zur Zielvereinbarung.

Feedbacktechniken: Ein hilfreiches Instrument, um ein Feedback zu geben, ist zum Beispiel das Modell des «Feedbacks in vier Stufen». Dabei ist zu beachten, dass Feedback nicht nur Kritik, sondern auch Anerkennung beinhalten kann.

- 1) Beschreiben Sie eine konkrete Beobachtung in neutralen Worten, und bitten Sie den Empfänger, ohne Unterbrechungen zuzuhören.
- 2) Schildern Sie, welche Wirkung dies auf Sie selbst hatte. Der Empfänger soll diese Schilderung aufnehmen, ohne sich zu rechtfertigen.
- 3) Der Empfänger kann klärende Fragen stellen, zum Beispiel: «Habe ich richtig verstanden, dass ...?»
- 4) Machen Sie – vor allem bei kritisierendem Feedback – immer konkrete Vorschläge für das weitere Vorgehen.

Mit diesem Vorgehen werden zwei Aspekte ausgeschaltet, welche die Kommunikation häufig stören: Indem die konkrete Situation beschrieben wird, werden nicht statthafte Verallgemeinerungen verhindert, und es wird zwischen sachlicher und emotionaler Ebene getrennt. Für ein solches Feedback ist der Empfänger viel eher offen, weil es nicht gegen ihn persönlich gerichtet ist – mit anderen Worten, der Empfänger nimmt keine Abwehrhaltung ein. Die Grundvoraussetzung für die Anwendung dieser Technik ist, dass der Zuhörer von der guten Absicht des Feedback-Gebers ausgeht. Es ist eine der Hauptaufgaben von Führungskräften, bei ihren Mitarbeitern diese Vertrauensbasis zu schaffen.

Ein schlechtes Beispiel zur Illustration: Ein Oberarzt fordert den Assistenten am Krankenbett auf, den Patienten vorzustellen. Der Assistent beginnt mit einer ausführlichen Anamnese, die – zugegebenermassen – prägnanter sein könnte. Der Oberarzt wird unwirsch und schneidet dem Assistenten das Wort ab, um ihn auch während der übrigen Visite zu ignorieren. Nach der Visite wendet er sich ohne Kommentar anderen Aufgaben zu. Hier hätte die Anwendung der Feedback-Technik viel Spannung ersparen können – Anamnesen des Assistenten würden prägnanter, und der Oberarzt würde damit in Zukunft sogar noch Zeit sparen.

Instrumente zur Zielvereinbarung: Es hat sich gezeigt, dass Ziele viel eher erreicht werden, wenn der Vorgesetzte die Ziele *im Dialog mit den Mitarbeitenden formuliert* und überprüft; der Mitarbeitende identifiziert sich dadurch stärker mit den Zielen und ist darum auch motivierter und fokussierter in seinen Bemühungen. Für diese Art der Mitarbeiterführung hat sich der Begriff des *Management by Objectives* (MbO) durchgesetzt.

Doch wie werden diese Ziele effektiv formuliert? Die so genannte *SMART-Regel* leistet gute Dienste. Ein Ziel soll: spezifisch, messbar, aktivierend, relevant und terminiert sein; ein Beispiel für ein Ziel, das SMART ist: Die Ärztin Meier soll Massnahmen ergreifen, welche die Patientenzufriedenheit in der Ultraschallsprechstunde bis Ende Jahr von «genügend» auf «sehr zufrieden» steigern.

Die Zielvereinbarungen können auch mit einem so genannten «360-Grad-Feedback» überprüft werden. Der Einbezug von mehreren Personen, die etwas zur Einschätzung beitragen können – darunter im Falle eines Oberarztes Kollegen, Vorgesetzte, Assistenten, Pflegepersonal und Patienten, einschliesslich des Mitarbeitenden selbst – runden das Bild ab und ermöglichen dem Vorgesetzten, sich ein objektiveres Bild zu machen. Im Zeitalter des Internets lassen sich solche Daten einfach erheben und auswerten. Diese Art der Beurteilung erfordert eine ausgeprägte Vertrauenskultur, ist ein Instrument kontinuierlichen Lernens und damit ein Beitrag zur ständigen Weiterentwicklung der Organisation.

tion entlasten und gleichzeitig die Mitarbeiter motivieren.

Wer diese Prozesse professionell und nachhaltig angeht, kann mit einer ganzen Reihe von – durchaus auch ökonomisch messbaren – Resultaten rechnen. So kann eine offene Kommunikation es ermöglichen, fehlerhafte Prozesse früher zu korrigieren und damit die Effizienz zu verbessern oder die Mitarbeiterzufriedenheit zu erhöhen und so die Fluktuationsraten zu senken, was den Einarbeitungsaufwand für Kaderangestellte reduziert. Und schliesslich macht es ganz einfach mehr Spass, in einem motivierten Team mit eigenverantwortlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu arbeiten.

Mitarbeiterentwicklung

Um Mitarbeiter zu entwickeln, muss als Grundvoraussetzung gegeben sein, dass das oberste Kader Mitarbeiterentwicklung als sinnvoll erachtet, dass es dies kommuniziert und sie unterstützt. Dazu muss die Bereitschaft bestehen, sich selbst kritisch zu hinterfragen, sich weiterzuentwickeln und die notwendige Zeit zur Verfügung zu stellen.

Für eine erfolgreiche Mitarbeiterentwicklung müssen zuerst die Profile der Mitarbeitenden – Stärken, Schwächen und Potenziale – erfasst werden. Gleichzeitig sollte sich das Management die strategische Ausrichtung und die damit verbundenen Anforderungen an die

Mitarbeitenden bewusst machen. Damit können die Profile den Anforderungen der Organisation gegenübergestellt werden («Gap-Analyse»). So lassen sich Lücken erkennen und Massnahmen ableiten, um sie zu schliessen. Dies erfordert eine differenzierte Auseinandersetzung zwischen den Menschen in der Organisation.

Mitarbeiterentwicklung in diesem Sinn ist heute noch keine Selbstverständlichkeit. Diese Art der Entwicklung muss durch das Kader initiiert und aktiv unterstützt werden; sie ist aber für viele Führungskräfte heute noch Neuland. Neben der Mit(einander)-Verantwortung für die Mitarbeitenden

muss der eigene Entwicklungsprozess vorangetrieben werden, wobei bisherige «Verhaltensmuster» überdacht und verändert und neue erlernt werden müssen (siehe auch *Kasten*).

Die Begleitung durch einen Coach kann dabei sinnvoll sein. Er stellt eine Kombination aus individueller Beratung, persönlichem Feedback und praxisorientiertem Training sicher.

Das Resultat: Alle haben etwas davon

Wenn sich ein Arbeitsumfeld ständig weiterentwickelt, wird dies nicht unbemerkt bleiben, und es wird auch ökonomisch wünschenswerte Folgen nach sich ziehen. Das Management solcher Organisationen wird in

der Lage sein, überdurchschnittlich gute Mitarbeiter zu rekrutieren, und Patienten werden solche Institutionen bevorzugen, ist doch die Strahlkraft eines «zufriedenen und professionellen» Umfeldes, in das sich der Patient unter meist unfreiwilligen Umständen begibt, am ehesten Vertrauen erweckend. ■

Autoren:

Dr. med. Alexis Puhan

iwa ag, Winterthur

E-Mail: puhan@iwa.ch

lic. oec. et dipl. Hdl.

Ralph Werder

iwa ag, Winterthur

E-Mail: werder@iwa.ch

Literaturempfehlungen :

Maren Fischer-Epe: Coaching: Miteinander Ziele erreichen. Rowohlt, 2002, Reinbek. ISBN: 3-4996-1326-3.

Karl Kälin, Peter Müri: Sich und andere führen. Ott Verlag, Thun, 13. Aufl. 2002. ISBN: 3-7225-6675-4.

KOLUMNE

Taugen Ärztinnen und Ärzte fürs Management?

von Christian A. Ludwig, Mitglied des Redaktionellen Beirats der Zeitschrift «Managed Care»

Eigentlich wären Ärztinnen und Ärzte prädestiniert für Managementaufgaben: Sie sind es gewohnt, umfangreiche Datenmengen zu analysieren und sich in komplexen Situationen zurechtzufinden. Sie verstehen es, Massnahmen sorgfältig zu planen, zuverlässig durchzuführen und deren Auswirkungen minutiös zu überwachen. Tagtäglich treffen sie, unter oft schwierigen Umständen, Entscheidungen. Schliesslich leisten sie mit Erfolg Motivations- und Führungsarbeit bei ihren Patienten und Mitarbeitenden.

Wenn solche Managementkompetenz benötigt wird, um etwa die Leistungen eines Spitals mit den verfügbaren Mitteln in Einklang zu bringen, stiehlt sich aber mancher Mediziner lieber davon. Wollen sich Ärztinnen und Ärzte die Hände nicht mit unpopulären, «ökonomischen» Aufgaben schmutzig machen? Fühlen sie sich

von derartigen Aufträgen überfordert? Betriebswirtschafter und Juristen treten auf den Plan und gestalten und steuern in ihrer Eigenschaft als Politiker, Spitaldirektoren oder Krankenkassenverantwortliche die Patientenbetreuung. Und die Ärzte jammern über ihren schwindenden Einfluss.

Wollen die Ärztinnen und Ärzte wieder eine aktive Rolle in der Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung spielen, müssen sie ihre Systemkenntnisse in die Diskussionen einbringen. Allerdings reicht für die Mitarbeit in modernen Managementprozessen Organisationstalent allein nicht aus. Auch die Mediziner müssen mit den Grundlagen des Managements vertraut sein und Instrumente des Prozess- oder Qualitätsmanagements anwenden können. Leider sehen die ärztlichen Aus- und Weiterbildungscurricula in der Schweiz die

Vermittlung dieser Kompetenzen nicht vor. Hingegen gibt es bereits ein beachtliches Angebot an Kursen und Studiengängen, welche es den Ärzten ermöglichen, sich das nötige Rüstzeug berufs begleitend anzueignen.

Mut zum Management! Die Ärztinnen und Ärzte sollen wieder mehr Verantwortung dafür übernehmen, dass sich das Gesundheitssystem auch in organisatorischer Hinsicht weiterentwickelt. Schliesslich gilt es, die Ressourcen dank eines guten Netzmanagements sinnvoll und gerecht zugunsten unserer Patientinnen und Patienten einzusetzen. ■

Dr. med. Christian A. Ludwig, M.H.A., Chefarzt, Schweizerische Unfallversicherung Suva, Luzern; Mitglied des Redaktionsausschusses der Zeitschrift «Managed Care»

Managementberatung im Gesundheitswesen – Tipps für die Auswahl des geeigneten Partners

Beraterinnen und Berater spielen auch im Gesundheitswesen eine zunehmend wichtige Rolle. Doch nicht jeder Beratungsanbieter ist für jeden Auftrag geeignet. Ein erfahrener Berater gibt Tipps, wie bei der Auswahl vorzugehen ist.

Heinz Locher¹

«**B**erater sind diejenigen Personen, welche Ihnen Ihre Uhr abnehmen und Ihnen dann gegen ein stattliches Honorar sagen, wie spät es ist.» – So oder ähnlich tönen Beraterwitze, und spätestens seit Sigmund Freud wissen wird, dass Witze (auch) eine andere Form von Aggression darstellen können. Es sei deshalb beigefügt, dass niemand gezwungen ist, Managementberaterinnen oder -berater beizuziehen! Nachdem auch im Gesundheitswesen, nicht zuletzt in seinen innovativen Bereichen wie der Managed Care, in zunehmendem Mass Beraterinnen und Berater ihre Dienstleistungen anbieten, stellen sich Fragen wie: Wann ist eine Beratung sinnvoll? Was muss eine Beraterin oder

¹ Dr. rer. pol. Heinz Locher verfügt über eine breite Erfahrung als Unternehmensberater im Gesundheitswesen des In- und Auslandes. Er ist heute als selbstständig erwerbender Berater in eigener Firma tätig, namentlich in den Bereichen Entwicklung des Gesundheitswesens als Wirtschaftszweig, Strategiefindung, Allianzen und Fusionen, Qualitätsmanagement. Ferner unterrichtet er in Nachdiplomstudien für Management im Gesundheitswesen an den Universitäten Bern und Lugano.

ein Berater können? Wie wähle ich Beraterinnen und Berater aus? Die nachstehenden Ausführungen sollen den Leserinnen und Lesern von «Managed Care» anhand einiger Fragen und Checklisten eine «Lebenshilfe» im Umgang mit der Managementberatung im Gesundheitswesen liefern.

1. Was suche/brauche ich – wo liegt das Problem?

Ausgangslage bildet stets eine *Frage- oder Problemstellung*, zu deren Lösung externe Hilfe nützlich oder gar notwendig sein kann. Je nach Art der Frage-/Problemstellung können unterschiedliche Beraterinnen und Berater mit unterschiedlichen Rollen einen sinnvollen Beitrag leisten. Gerade im Gesundheitswesen kann es wichtig werden, auch der Berufszugehörigkeit, dem Geschlecht und dem Alter (Seniorität) der beigezogenen Beraterinnen und Berater besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

2. Beraterrollen und -funktionen

Je nach der Fragestellung nimmt der Managementberater unterschiedliche *Rollen* ein (siehe *Kasten 1*). Weitere Unterscheidungen ergeben sich aus der Frage, ob der Berater Kenntnisse und Fähigkeiten hat, die auch im Klientensystem vorhanden sind oder sein sollten (z.B. im Führungsbereich oder in Sachfragen), oder ob es lediglich darum geht, in besonderen, einmaligen oder seltenen Situationen Dritte beizuziehen (z.B. bei speziellen Vertragsabschlüssen). Ähnlich, aber doch anders gelagert ist die Frage nach den *Funktionen* der beigezogenen Beraterinnen und



Heinz Locher

Berater. Die möglichen Beraterfunktionen sind im *Kasten 2* aufgeführt. Diese Aufstellung zeigt auch, dass ein nicht unerhebliches (beidseitiges) Missbrauchspotenzial besteht. Unterschiede können sich aber auch je nach der unternehmerischen Entwicklungsphase des Klientensystems ergeben. So erfordern Aufbauhilfen in der Pionierphase und Umstrukturi-

Kasten 1:

Mögliche Beraterrollen:

- Experte/Gutachter/Referent (gibt Fachmeinung ab)
- Berater (gestaltet Prozess mit dem Klientensystem)
- Coach (unterstützt/begleitet Führungsverantwortliche bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben)
- Interims- oder Turnaround-Manager/-Projektleiter (übernimmt in einer bestimmten Situation Führungsverantwortung in Linien- oder Stabsfunktion)
- Verwaltungsrat (ergänzt den bestehenden Verwaltungsrat mit Fachwissen, Beziehungen usw.)

rierungen der reifen Firma unterschiedliche Beratungsansätze.

3. Besonderheiten der Managementberatung im Gesundheitswesen

Auch wenn die Abgrenzungsbedürfnisse gelegentlich (zu) stark betont werden, ist es doch legitim, darauf zu bestehen, dass Beraterinnen und Berater im Gesundheitswesen über

Kasten 2:

Mögliche Beraterfunktionen

- Vorübergehende Arbeitskapazitätserweiterung
- Mitwirkende Teilnahme zum Zweck des Wissenstransfers
- «Sündenbock» für heikle Aufgaben, der dann wieder verschwindet, z.B. Umstrukturierungen verbunden mit Stellenabbau
- Alibiperson, um eigentlich nichts tun zu müssen: Es muss etwas geschehen (Berater beiziehen) – aber es darf dann nichts passieren (Zeit gewinnen, das Ganze versanden).
- Prestige vermitteln: Wir haben die renommierte Beraterfirma XY beizogen ...

die allgemeinen projektspezifischen Qualifikationen hinaus zusätzlich auch über gute Branchenkenntnisse verfügen sollen. Das heisst auch, dass die Managementberatung ein interessantes Berufsfeld für Angehörige von Gesundheitsberufen sein kann – und in zunehmendem Mass auch ist.

4. Wie gehe ich vor?

Wenn die vorher erwähnten Fragen genügend geklärt sind, stellt sich die Frage, wie geeignete Beraterinnen und Berater gesucht beziehungsweise gefunden werden. Je nach Fragestellungen kommen unterschiedliche Beraterinnen und Berater in Frage (siehe *Kasten 3*), weil Beratungsfirmen nicht jede Rolle und jede Art von Mandat gleich gut wahrnehmen können. In der Regel sollten zwei bis drei Konkurrenzofferten eingeholt werden, die sich auch zu Referenzprojekten äussern. Häufig werden zudem vor der Auftragsvergabe befreundete Organisa-

tionen nach ihren Erfahrungen mit bestimmten Beraterinnen und Beratern gefragt (Mund-zu-Mund-Propaganda). Entscheidend bleibt aber schliesslich, ob die «Chemie» zwischen den Hauptexponenten beider Seiten stimmt.

5. Probleme strukturieren

Die Erfahrung zeigt, dass es wichtig ist, grössere Projekte zu gliedern und in Teilphasen aufzuteilen. So können auch innert vernünftiger Frist (meist weniger als ein Jahr) Ergebnisse und

lerweise gemäss den Regeln des Auftragsrechts ausgestaltet. Damit können sie grundsätzlich auch kurzfristig beendet werden. Es empfiehlt sich, die wichtigsten Elemente wie Problemstellung, Auftrag, Rolle des Beraters, Umfang, Dauer, Projektorganisation und Honorar (Höhe und Bemessungsgrundlage) schriftlich festzuhalten. Tageshonorare oder Pauschalen bilden die Regel. Der Honorarsatz wird meistens zwischen 1600 (Projektmitarbeitende) und 3000 (erfahrene Berater) Franken pro Tag schwanken (mit Abwei-

Kasten 3:

Geschäftsmodelle und Unternehmungsformen in der Managementberatung

- Einzelpersonen: Vor allem bei personalen Dienstleistungen: Coach, Referent, evtl. Organisationsentwickler
- Kleinere und mittlere Firmen: Häufig für bestimmte Fragestellungen spezialisiert: z.B. Tariffragen, Rechtsfragen bei Umstrukturierungen
- Grossfirmen: Häufig für Grossprojekte geeignet, die unter hohem Zeitdruck abgewickelt werden müssen und für welche umfangreiche Personalressourcen oder verschiedene Spezialisten gleichzeitig eingesetzt werden müssen
- Ad-hoc-Netzwerke von kleinen und mittleren Firmen, z.B. Managementberater, Jurist, Wirtschaftsprüfer und Steuerexperte für Projekte im Zusammenhang mit Allianzen und Fusionen

Nutzenströme vorliegen. Unter Umständen sind für unterschiedliche Phasen unterschiedliche Berater(firmen) oder ein gut eingespieltes Netzwerk verschiedener Firmen die beste Lösung.

6. (Auch) Berater müssen geführt werden

Beratungsprojekte können nur den gesuchten Nutzen bringen, wenn die Projektführung auch seitens des Kunden sichergestellt ist: Controlling, Koordination, Vorbereitung der Umsetzung und Wissenstransfer müssen gewährleistet werden. Den internen Projektverantwortlichen (Prozesspromotoren) kommt dabei eine Schlüsselstellung zu; sie bilden das Scharnier zwischen der internen Welt und dem Beratungsprojekt und vermitteln auch «weiche» Signale, zum Beispiel zur Befindlichkeit der Betroffenen.

7. Rechtliches und Finanzielles
Beratungsmandate werden norma-

lungen in beide Richtungen). Die Konditionen der Managementberatung widerspiegeln das wesentlich härter gewordene konjunkturelle Umfeld und die stark gewachsene Konkurrenz.

Nach wie vor gilt aber, dass der günstigste Berater stets der für eine bestimmte Aufgabe geeignetste (und nicht der pro Tariftunde billigste) ist!

Schlussbemerkung

Managementberatung ist für das Klientensystem und den Berater Vertrauenssache und beruht auf persönlichen Beziehungen. Vertrauen ist ein flüchtiges Gut, es bedarf der steten Pflege!

Autor:

Dr. rer. pol. Heinz Locher

Lombachweg 112a

3006 Bern

E-Mail: H.Locher@thenet.ch

Marketing der Arztpraxis

Praxismarketing kann viel zur Patientenzufriedenheit, zur Qualität der Behandlung und zum Erfolg der Praxis beitragen. Doch es muss auf die Zielgruppen und die Persönlichkeit des Arztes abgestimmt werden.

**Stefania M. Mojon-Azzi
Daniel S. Mojon**

Unter Praxismarketing versteht man die «ganzheitliche Führung einer Arztpraxis vom Patienten her» [1]. Es ist eine Grundhaltung, die den Patienten mit seinen vielschichtigen, zum Teil nur impliziten Bedürfnissen in den Mittelpunkt stellt mit dem Ziel, die Praxis aus der Patientenperspektive zu verbessern. Zentral ist es dabei, das Gleichgewicht zwischen der Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse und dem Beibehalten der ethischen Verantwortung, der Eigenständigkeit und der Unabhängigkeit des Arztes¹ anzustreben. Dementsprechend sind nur jene Patientenwünsche und -vorstellungen zu berücksichtigen, welche aus der Sicht des behandelnden Arztes zum Heilerfolg beitragen, ohne unnötige Kosten zu verursachen. Dieser Ansatz der Patientenorientierung umfasst nicht nur den Umgang mit den Patienten selbst, sondern

¹ Aus Gründen der Leslichkeit wird auf die repetitive Benennung beider Geschlechter verzichtet. Wird jedoch zum Beispiel von Ärzten gesprochen, sind Ärztinnen immer mitgemeint.

auch den Umgang mit Überweisern, die dem Patienten oft die Entscheidung zugunsten einer bestimmten Praxis abnehmen, sowie mit den Angehörigen, mit weiteren Praxisbesuchern und im weitesten Sinne auch mit der Öffentlichkeit.

Sie betreiben dann Praxismarketing, wenn Sie Ihre Praxis aus der Perspektive Ihrer Patienten, Überweiser oder Praxisbesucher betrachten und zu verbessern versuchen und dabei Ihre Eigenständigkeit und Ihre moralischen Vorstellungen nicht gefährden.

Wie betreibt man Praxismarketing?

Das Marketing der Arztpraxis beginnt mit der Analyse der Ausgangslage. Beurteilt werden dabei die Umwelt der Praxis sowie die Praxis selbst. Wichtig sind bei der Umweltanalyse die aktuellen und potenziellen Patienten und Überweiser sowie deren Wünsche und Bedürfnisse, aber auch die anderen Leistungserbringer und der technische und medizinische Fortschritt. Die Praxis ist insbesondere hinsichtlich ihrer Fähigkeiten, Stärken und Schwächen sowie hinsichtlich der Unternehmenskultur und der Wünsche und Ziele der Praxismitarbeitenden zu erfassen.

Aus dieser Analyse von Umwelt und Praxis resultiert der Zielmarkt, das heisst die Gruppen der erwünschten Patienten und/oder Überweiser, welche bestimmte geografische, demografische, sozialpsychologische und/oder verhaltensbezogene Merkmale aufweisen (z.B. Patienten mit spezifischen Diagnosen, die besondere oder alternative Behandlungen in einem bestimmten geografischen



Stefania M. Mojon-Azzi



Daniel S. Mojon

Gebiet wünschen). Auf der Basis der Patienten- und Überweiser-Zielgruppen lassen sich die Marketingziele der Praxis im Sinne von anzustrebenden Sollzuständen formulieren. Diese Ziele betreffen insbesondere die Leistung der Praxis, die Befriedigung der Bedürfnisse der Zielgruppen, die Stellung im Markt, mögliche Kooperationsformen, das Image, den Umsatz und den Mark-

tanteil (z.B. Steigerung der gemessenen Patientenzufriedenheit von 60 auf 80 Prozent bis März 2004, Deckung von mindestens 90 Prozent der Diagnostik- und Therapiebedürfnisse der Zielgruppe bis Dezember 2004).

Zur Erreichung der gesetzten Marketingziele werden schliesslich Marketinginstrumente, in Form von patienten- oder überweisergerichteten Aktivitäten, eingesetzt. Eine ausführliche Auflistung möglicher Marketinginstrumente kann einer früheren Publikation entnommen werden [2]. Dazu zählen in Arztpraxen das Marketing der eigenen Person (z.B. Verbesserung von Sozialkompetenz und Kommunikationsfähigkeit), die POS-Aktivitäten (z.B. Praxisbroschüren und Terminkarten), der Internetauftritt und das Marketing des eigenen Fachwissens (z.B. Publikumsvorträge und Publikationen) [3]. Wichtig ist es dabei, die einzelnen Marketinginstrumente ideal aufeinander abzustimmen und regelmässig hinsichtlich des Fortschritts bei der Zielerreichung zu beurteilen. Dies, um den Instrumentenmix verbessern und bei Bedarf die gesetzten Ziele anpassen zu können, aber keinesfalls, um nach «Schuldigen» zu suchen.

Praxismarketing beginnt mit der Analyse der Umwelt der Praxis sowie ihres Istzustands und der Wertvorstellungen und Ziele der Praxisangehörigen. Auf dieser Basis können Zielpatienten und -überweiser definiert und Marketingziele und -massnahmen festgelegt werden.

Wer braucht Praxismarketing?

In den letzten Jahren haben sich im Gesundheitsmarkt die rechtlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen verändert, neue Praxisformen, Produkte und Leistungen sind entstanden, die Patienten sind informierter und qualitätsbewusster geworden und denken mehr mit. Dadurch hat sich die Arztpraxis immer mehr zu einem Unternehmen entwickelt, das nach wirtschaftlichen Kriterien geführt werden muss, damit es im medizinischen Markt überleben und erfolgreich sein kann. Intuitiv und unbewusst haben die

meisten Ärzte schon immer Marketing betrieben, indem sie ihre Praxen zugunsten ihrer Patienten zu verbessern versuchten. Eine systematische Strukturierung und Zielorientierung der Marketingaktivitäten ist jeder Praxis schon nur deswegen zu empfehlen, weil man sich dadurch des eigenen Istzustands sowie der eigenen Ziele und Möglichkeiten bewusst wird.

Jeder Betrieb sollte eine ständige Verbesserung des Istzustands anstreben. Wenn man sich darum bemüht, dass diese Verbesserung aus der (z.T. nur impliziten) Sicht des Kunden oder Patienten erfolgt, verhält man sich marktgerichtet im Sinne des Marketings. Erfolgt dies im Einklang mit den eigenen Grundwerten und Vorstellungen, werden nicht nur Erfolg und Patientenzufriedenheit, sondern auch die Qualität der erbrachten Leistungen erhöht. Durch bessere Segmentierung, Zielgruppenorientierung und Marktbearbeitung kann schliesslich eine bessere Information und Qualität im Gesundheitswesen erreicht werden, was zu mehr Mündigkeit der Patienten sowie zur Senkung der Gesundheitskosten beiträgt.

Praxismarketing dient der Erhöhung von Patientenzufriedenheit, und Erfolg und kann einen Beitrag zur Erhöhung der Qualität sowie zur Senkung der Gesundheitskosten leisten.

Grenzen und Risiken von Praxismarketing

Rechtliche Grenzen des Marketings (z.B. unerlaubte Werbestrategien) lassen sich den nationalen und kantonalen Bestimmungen sowie der Standesordnung der FMH entnehmen. Weniger einheitliche Grenzen resultieren aus der persönlichen Einstellung sowie aus der ethischen Haltung. Was der eine als wertvolle Patientenorientierung betrachtet, kann für den anderen unethische Gewinnmaximierung darstellen.

Mit Marketing verbunden sind auch Risiken, insbesondere das Risiko zu vieler, falscher oder unkoordinierter Aktivitäten. Kundenorientierung darf keinesfalls so weit getrieben werden, dass der Arzt seine Eigenständigkeit und moralische Integrität verliert. Pa-

tienten können die Praxis jederzeit wechseln, der Arzt selber ist jedoch meist für längere Zeit an seine Praxis gebunden und verbringt darin viele Stunden. Deswegen muss es zuerst den Praxisangehörigen bei ihrer Arbeit wohl sein. Praxismarketing ist dementsprechend keinesfalls unabhängig vom Leitbild, von der Strategie sowie von den anderen Unternehmensbereichen der Praxis (z.B. Personalwesen) zu betrachten. Auch sollen Marketingmassnahmen auf Zielgruppen und Marketingziele abgestimmt sein, damit das mittels verschiedener Marketinginstrumente kommunizierte Bild nicht widersprüchlich und zu offensiv ist oder die anvisierten Zielgruppen gar nicht erreicht und einen unerwünschten Eindruck von Arzt und Praxis erweckt (z.B. den Eindruck, der Arzt müsse sich verkaufen).

Die rechtlichen, ethischen und persönlichen Grenzen sind bei jeder Marketingmassnahme zu respektieren, sonst kann das Marketing das Gegenteil des Angestrebten bewirken. ■

AutorInnen:
**Dr. oec. HSG Stefania
M. Mojon-Azzi**
St. Gallen

PD Dr. med. Daniel S. Mojon
Augenklinik Kantonsspital
St. Gallen
E-Mail: mojon@freesurf.ch

Literatur:

1. Braun GE: Praxismarketing für Ärzte. Haben Sie sich darüber schon Gedanken gemacht? *Arzt und Wirtschaft* 1988; (12): 29-33.
2. Mojon-Azzi SM, Mojon DS: Marketingpotenzial der Arztpraxis. *Praxis* 2001; (90): 718-730.
3. Federer H: Marketing in der Arztpraxis. *Workshopbericht. Managed Care* 2003; (1): 14-15.

Buchhinweis:

Stefania M. Mojon-Azzi: *Management der ärztlichen Gruppenpraxis. St. Galler Schriften zu Management und Ökonomie im Gesundheitswesen* Band 1. Haupt Verlag, 2001. 527 Seiten, Euro 36.00/Fr. 58.00. ISBN 3-258-06380-X.

Ärzt rating – Bericht über den Podiums Anlass vom 20. März 2003

Namhafte Referenten und eine interessierte Zuhörerschaft kommen zum Schluss, dass Ärztenetze die ideale Plattform für das Qualitätsmanagement darstellen.

Unter der Gesprächsleitung von Olivier Klaffke, Wissenschaftsjournalist, diskutierten am Podiums Anlass vom 20. März 2003:

- Dr. Max-Albrecht Fischer, Präsident med-swiss.net
- Dr. P. Westebbe, Medizinsoziologe und Kommunikationswissenschaftler, München
- Dr. A. Häfeli, Präsident der Aargauer Ärztesgesellschaft
- M. Manser, Helsana Versicherungen
- Dr. M. Peltenburg, Evimed
- Dr. B. Künzi, Swisstep
- Dr. P. Christen, Qualimed.net

Fragen

In seiner Einleitung stellte Dr. Max-Albrecht Fischer die folgenden Fragen:

1. Dient das Rating in erster Linie der weiteren **Demontage** des ärztlichen Berufsstandes?
2. Ist die **Haftungsfrage** bei einem fehlerhaften Rating mit existenzieller Bedrohung des Arztes/der Ärztin geklärt?
3. Wie definiert sich Qualität im Gesundheitswesen? Wer bestimmt die Kriterien?
4. Dürfen bei der heutigen **Datenlage** so grobe Kriterien wie Arztkosten pro Patient Grundlage für ein Rating sein? Ist es ethisch vertretbar, trotz des Risikos der Förderung von Billigmedizin nur die **Kosten** zur Qualifizierung der Leistungserbringer heranzuziehen?

Stellungnahmen

In ihren Stellungnahmen formulierten die Podiumsteilnehmer die folgenden Aussagen:

P. Christen:

1. Nur auf der Basis des **Case-Managements**, das heisst unter Berücksichtigung der ganzen Behandlungskette, können Kosten und Qualität reell abgebildet werden.
2. **Patientensicherheit** und Behandlungsqualität haben Vorrang vor dem Wirtschaftlichkeitsgedanken.
3. Qualität wird definiert vom Patienten, vom Arzt und von den Versicherungen.

A. Häfeli:

1. Das **Nicht-Wissen** bezüglich Qualität und Kosten ist momentan noch grösser als das gesicherte Wissen. Die Frage zum Beispiel, ob ein nach Guidelines handelndes Gesundheitswesen wirklich besser ist als ein Gesundheitswesen ohne Guidelines, ist zurzeit noch nicht beantwortet. Deshalb muss vor vorschnellen und simplifizierenden Schlüssen gewarnt werden.
2. Die letztendlich entscheidende Ergebnisqualität direkt zu messen, erweist sich als äusserst schwierig.
3. Entgegen dem Vorbild des Berner Stadtoriginals Dällebach Kari, der den Fränkler nicht dort suchte, wo er ihn verloren hatte, sondern dort, wo die Strassenlampe stand, müssen im Qualitätsmanagement gerade in erster Linie die dunklen Stellen ausgeleuchtet werden.
4. Im Klartext: Wir müssen zuerst festlegen, **WAS** wir messen wollen (Kosten, Qualität, Patientenzufriedenheit), und anschliessend das **WIE**, also die tauglichen Messinstrumente, bestimmen.

B. Künzi:

1. Qualitätsanalysen sind ein äusserst **wertvolles Instrument**, um die Leistungen zu verbessern. Dazu gehört eine konstruktive Fehlerkultur.
2. Werden Qualitätsanalysen dazu **missbraucht**, einzelne Ärztinnen und Ärzte auszugrenzen, werden sich Ärzte und Ärztinnen logischerweise spätestens mittelfristig weigern, mitzuarbeiten.
3. Ärzt ratings lediglich zum **Zwecke der Patienteninformation** enden gemäss ausländischen Erfahrungen in einer Sackgasse.

M. Manser:

1. **Ziel des Ärzt ratings** ist es, die Qualität der medizinischen Versorgung und deren Wirtschaftlichkeit zu verbessern, um damit die Kosten zu stabilisieren.
2. Die Tatsache, dass die FMH bisher, trotz entsprechender Gesetz-

gebung im KVG, für einen **Qualitätssicherungsvertrag** mit der Santésuisse nicht Hand geboten hat, muss beklagt werden.

3. **Kostenvergleiche** sind nur deshalb nötig, weil bisher noch kein besseres Datenmaterial vorhanden ist, das die Situation real abbildet.

4. Es besteht grundsätzlich nur die Wahl zwischen Wettbewerb oder staatlichen Eingriffen.

5. **Qualitätsmessung** ist möglich, wobei sich die Versicherungen weder für die Struktur- noch für die Prozessqualität besonders interessieren, sondern in erster Linie für die allerdings schwierig zu messende Ergebnisqualität.

M. Peltenburg:

1. Die Qualitätsanalyse mit dem Ziel **Kontrolle und Selektion** von Ärztinnen und Ärzten ist eine Sackgasse.
2. Die Qualitätsanalyse mit dem Ziel **Qualitätsverbesserung** bedingt, dass alle Beteiligten mitarbeiten müssen.

P. Westebbe:

1. Die letztlich entscheidende **Ergebnisqualität** ist nicht direkt messbar. Es müssen dafür Indexkriterien herangezogen werden.
2. Die **Technologisierung** unter anderem auch der Medizin suggeriert Messbarkeit.
3. Medizin ist auch eine **Kunst**. Menschliche Aspekte und Intuition sind entscheidend, aber leider schwer fassbar.

Diskussion

Aus der anschliessenden Diskussion zusammen mit dem Publikum ergeben sich die folgenden Aspekte:

- a) Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Versicherungen ist ungenügend. Die Sichtweise der beiden deckt sich oft nicht. Damit besteht ein klassisches **Kommunikationsproblem**. Für die Versicherungen sind die Gesamtkosten, aus Sicht der Ärzte und Ärztinnen ist der einzelne Patient bedeutsam.
- b) Die Ärztinnen und Ärzte verhalten sich bezüglich Qualitätsmanagements **oft passiv**. Dabei wären gerade sie es, die entscheidend zur Definition und Verbesserung der Qualität beitragen könnten. Die Zahl der Swisstep-Analysen geht zurück. 30 Prozent der Ärztinnen und Ärzte sind vom Burn-out-Syndrom betroffen. Es zeichnet sich ein **Grundversorgermangel** in ländlichen Regionen ab.
- c) Die allgemeine **Datenlage** ist im Moment noch sehr mager und legitimiert nicht zur Qualitätsbeurteilung. Die **Medizin** darf durch ökonomische Fragen nicht bei der Erfüllung ihrer Hauptaufgabe behindert werden.
- d) Der **Morbidität** der Bevölkerung ist ganz entscheidend Rechnung zu tragen. Sie bestimmt letztlich den zu erwartenden Aufwand.
- e) Die **Zufriedenheit** der Patienten (und der Ärzte/Ärztinnen, Anmerkung Autor) ist ein entscheidender Qualitätsindikator.
- g) Welche ärztlichen Handlungen können ohne negative Folgen für die Patienten/Patientinnen **weggelassen** werden? Antwort darauf gibt uns eine fundierte Ausbildung, insbesondere eine evidenzbasierte.
- h) Der Aufbau der Qualitätsanalyse kostet **Geld**... und **Zeit**, auch **Freizeit**.
- i) Die Erfahrungen im Ausland zeigen, dass Mitteilungen aus der Boulevardpresse vom Konsumenten besser gehört werden als die Resultate der Ratings.
- j) Qualitätsanalyse darf nicht Kontrolle, sondern muss unbedingt **Hilfestellung** sein.
- k) Ärztenetze sind eine **ideale Plattform** für Qualitätsmanagement. Nur innerhalb eines gut funktionierenden Ärztenetzwerkes kann Qualitätskontrolle als Hilfestellung gelebt werden.

Schlusswort

Zum Schluss stellte Dr. Fischer fest:

1. Netzwerke sind die Basis für das künftige Gesundheitswesen.
2. Minimale Qualitätsstandards sind für die Zusammenarbeit unabdingbar.
3. Die Kommunikation zwischen allen Beteiligten muss gefördert werden.

J. Fritschi, Aktuar med-swiss.net

Chancen und Risiken von Managed Care für das Zusammenspiel im Dreieck Arzt-Patient-Versicherer

Die Gesundheitsökonomie erklärt die Ineffizienzen im Gesundheitswesen damit, dass im Zusammenspiel zwischen Auftraggebern (Principals) und Auftragnehmern (Agents) Wissensasymmetrien bestehen, welche die Beteiligten zu ihren Gunsten ausnutzen können. Managed Care will die Regeln für das Zusammenspiel zwischen den verschiedenen Auftraggebern und Auftragnehmern im Gesundheitswesen ändern.

Daniel Finsterwald¹

Gesundheitsökonomien bemühen sich seit längerem, die Ineffizienzen unseres Gesundheitssystems aufzuzeigen. Die Ursache der Ineffizienzen orten sie vor allem bei den falschen Anreizstrukturen. Da die Patienten die Kosten nicht selber tragen und die Ärzte entsprechend ihren Leistungen entlohnt werden, sind beide versucht, mehr als das Notwendige zu konsumie-

ren beziehungsweise zu leisten. Im Gesundheitsmarkt scheint also das übliche Spiel von Angebot und Nachfrage nicht zu funktionieren.

Ursache der Ineffizienzen

Die Gesundheitsökonomie versucht den «Marktmangel» im Gesundheitswesen hauptsächlich mit zwei fundamentalen Konzepten zu erklären: mit der *Wissensasymmetrie* und der *Principal-Agent-Beziehung* [1]. Diese Konzepte entstammen der Spieltheorie und sind, wie wir sehen werden, eng miteinander verbunden. Die Wissensasymmetrie entsteht, wenn – entgegen den Annahmen der neoklassischen Ökonomie – Nachfrager und Anbieter nicht über dasselbe Mass an Informationen verfügen.

Das Modell der Principal-Agent-Beziehung ermöglicht es, die Probleme zwischen einem Auftraggeber (Principal) und einem Auftragnehmer (Agent) besser zu verstehen. Im Gesundheitsmarkt gibt es viele Principal-Agent-Beziehungen. Der Einfachheit halber werden wir uns hier auf die drei wichtigsten konzentrieren: Die Versicherter-Versicherer-Beziehung, die Versicherer-Arzt-Beziehung und die Arzt-Patient-Beziehung.

Eine Principal-Agent-Beziehung besteht aus einem so genannten «Vertrag». Dieser Vertrag ist grundsätzlich zwei Risiken ausgesetzt, welche beide mit Wissensasymmetrie zusammenhängen: Wenn einer der Vertragspartner den anderen unter Ausnutzung einer Wissensasymmetrie vor Vertragsabschluss «austrickst», spricht man von «*Adverse Selection*». Wenn er es *nach* Vertragsabschluss macht, handelt es sich um «*Moral Hazard*».



Daniel Finsterwald

Im Gesundheitswesen bestehen diese beiden Risiken in besonderem Mass, erstens wegen der grossen Wissensasymmetrie und zweitens wegen der Finanzierung durch Dritte. Die Krankenversicherung, welche den Grossteil der Gesundheitskosten deckt, ist diesbezüglich in einer strategisch besonders ungünstigen Situation. Sie leidet einerseits unter *Adverse Selection*, weil die gesunden Versicherten oft eine minimale Versicherung wählen, die Kranken hingegen eher die Versicherung mit den meisten Leistungen. Andererseits ist sie einem *Moral Hazard* ausgesetzt, welchen alle Versicherungssysteme kennen, der aber im Gesundheitswesen besonders deutlich zum Vorschein kommt. Dieser besteht darin, dass die Versicherten mehr Leistungen in Anspruch nehmen, wenn die Kosten von der Krankenkasse übernommen werden, als wenn sie selber dafür aufkommen müssten. Die Nachfrage wird dadurch künstlich in die Höhe getrieben. Dazu kommt, dass die Gesundheit ein besonders wichtiges Gut ist und

¹ Daniel Finsterwald, lic. rer. soc., ist Nachdiplomstudent am Institut d'Etudes Politiques in Paris. Dieser Artikel basiert auf der Lizentiatsarbeit «Les réseaux de médecins de famille: une solution pour freiner l'explosion des coûts de la santé?» von Daniel Finsterwald an der Universität Genf (2002), bestellbar per E-Mail bei: d_finsterwald@hotmail.com für Fr. 18.-.

dass die Menschen meist nicht selber einschätzen können, ob und wie sehr sie krank sind. Sie müssen sich demzufolge auf die Diagnose des Arztes verlassen, welcher über das notwendige Wissen verfügt. Diese Wissensasymmetrie hat zur Folge, dass der Arzt als Anbieter einen direkten Einfluss auf die Nachfrage ausüben kann. Wenn er pro Leistung entlohnt wird, besteht die Gefahr der Überversorgung. In der Gesundheitsökonomie nennt man dies die *Induktion der Nachfrage durch das Angebot*. Empirische Studien haben die Existenz dieses Phänomens im ambulanten Bereich in der Schweiz zeigen können [2].

Die Instrumente von Managed Care

Managed Care (MC) versucht, die Ineffizienzen im Gesundheitswesen zu bekämpfen, indem es die Anreizstrukturen des Gesundheitswesens verändert (siehe auch *Kasten*). Managed Care besteht aus einer bestimmten Anzahl Instrumenten. Ei-

Kasten: Die Ziele von Managed Care

Es gibt weltweit viele verschiedene MC-Modelle. Eines haben diese Modelle aber gemeinsam: Ihr Ziel ist es, die Effizienz des Gesundheitssystems zu erhöhen, das heisst das Verhältnis zwischen Kosten und Qualität der Versorgung zu verbessern. Dies kann sowohl bedeuten, Einsparungen bei gleichbleibender Qualität zu realisieren, wie auch, die Qualität bei gleich bleibenden Kosten zu verbessern. Unter den Befürwortern des Managed Care streichen die einen den Vorteil der Kostenreduktion hervor, vor allem die Krankenkassen, wogegen andere eher den der Qualitätsverbesserung sehen, vor allem die Ärzteschaft.*

* Für eine ausführlichere Darstellung siehe: Daniel Finsterwald, 2002: *Les «réseaux de médecins de famille»: une solution pour freiner l'explosion des coûts de la santé?*, Lizentiatsarbeit Uni Genf. Bestellbar per E-Mail bei d_finsterwald@hotmail.com für Fr. 18.-.

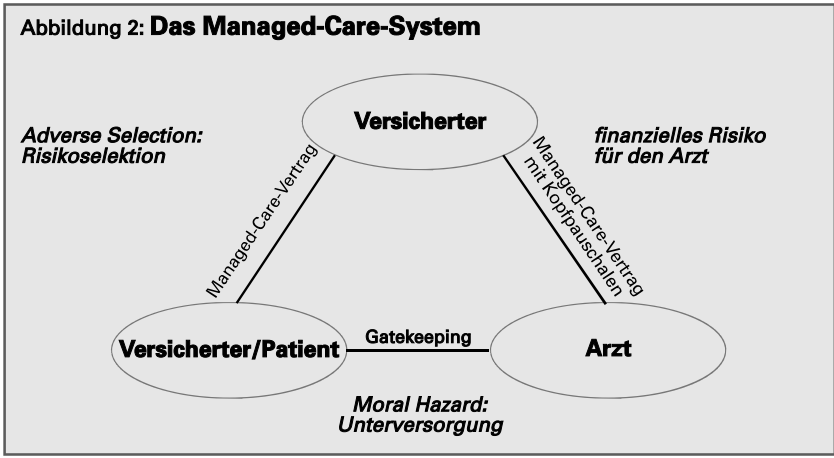
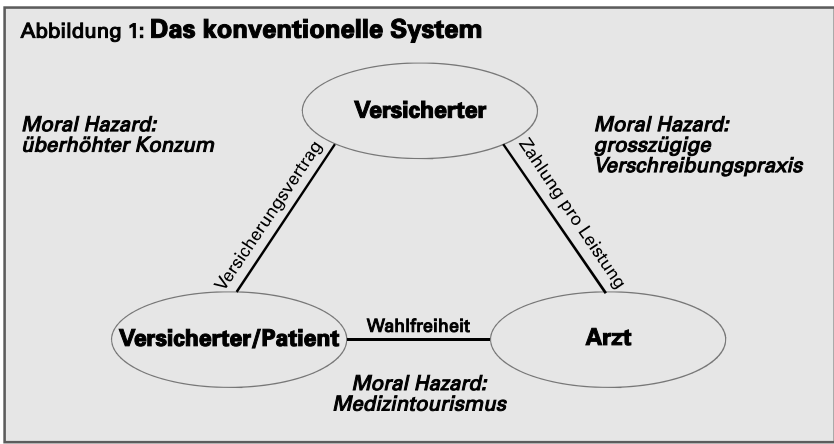
nige davon setzen direkt bei den oben beschriebenen Problemen an: Das «*Gatekeeping*» zum Beispiel dient dazu, das Problem des Moral Hazard zwischen dem Versicherer und dem Versicherten zu lösen. Der Hausarzt muss dafür sorgen, dass die Nachfrage nach Untersuchungen und Spezialistenbesuchen auf das medizinisch Notwendige beschränkt wird. Wenn der Hausarzt aber nach wie vor pro Leistung bezahlt wird, besteht die Gefahr, dass er zu viele Tätigkeiten selber übernehmen will

und den Patienten allzu selten zum Spezialisten schickt.

Ein zweites wichtiges Instrument im Managed Care, die «*Capitation*» (=Kopfpauschalen), bekämpft die Moral-Hazard-Probleme zwischen dem Versicherer und dem Arzt. Letzterer übernimmt nun nicht mehr nur die medizinische Verantwortung für seine Patienten, sondern auch die finanzielle. Er bekommt einen Pro-Kopf-Betrag, der entsprechend dem Risikofaktor seiner Patienten (Alter und Geschlecht, meistens in Kombination mit anderen Kriterien) errechnet wird [3]. Er muss nun dafür sorgen, dass seine Patienten möglichst effizient behandelt werden. So verhindert die Krankenkasse die Induktion der Nachfrage durch das Angebot.

Auswirkungen von Managed Care

Das Gatekeeping und die Capitation verbessern wesentlich die Position der Krankenkasse gegenüber dem Patienten/Versicherten und dem Arzt. Dadurch entstehen aber neue Gefahren. Zuerst einmal besteht die Gefahr der Unterversorgung, weil der Hausarzt nun versuchen muss, die Kosten in Grenzen zu halten. Zweitens ist der Arzt einem finanziellen Risiko ausgesetzt, was ihn in Schwierigkeiten bringen kann. Drittens besteht die Gefahr der Risikoselektion durch die Managed-Care-Versicherungen. Man kann davon ausgehen, dass die schlechten Risiken unter den Versicherten skeptischer gegenüber einem Versicherungsmodell sind, das sie in der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems einschränkt. Wenn aber die



Versicherten, die einem Managed-Care-Modell beitreten, schon vorher unterdurchschnittliche Kosten verursachten, machen die Krankenkassen gar keine richtigen Einsparungen und gewähren nur unberechtigte Prämienrabatte. Die Risikoselektion scheint insbesondere bei HMOs ein ernsthaftes Problem zu sein, wohl weil es das Modell mit den stärkeren Einschränkungen ist. Aber Untersuchungen bestätigen, dass auch Hausarztmodelle nicht frei davon sind [4].

Wie man sieht, löst Managed Care gewisse Probleme, bringt aber gleichzeitig neue hervor (siehe auch *Abbildungen 1* und *2*). Die Ärzte, welche die Gatekeeper-Rolle übernehmen und die Versorgung koordinieren müssen, erleben eine Aufwertung ihrer Tätigkeit. Gleichzeitig aber müssen sie mehr Verantwortung übernehmen, dies umso mehr, wenn sie teilweise oder sogar aus-

schliesslich mit Kopfpauschalen entlohnt werden.

Die Patienten ihrerseits erhalten zwar Prämienrabatte, können ihren Arzt aber nicht mehr frei wählen. Sie setzen sich ausserdem der Gefahr der Unterversorgung aus, insbesondere wenn ihr Hausarzt die finanzielle Verantwortung teilweise oder ganz übernehmen muss. Hier spielen die Qualitätszirkel und das Qualitätsmanagement eine ganz entscheidende Rolle. Sie sollen sicherstellen, dass die Kostenreduktion nicht einhergeht mit einer Verminderung der Versorgungsqualität.

Zusammenfassend kann man sagen, dass Managed Care hauptsächlich die *Spielregeln* im Dreiecksspiel zwischen Versicherer-Versicherter-Arzt ändert. Dies ermöglicht es, zumindest theoretisch, die Effizienz des Systems zu verbessern. Auf individueller Ebene sieht sich aber jeder Spieler mit neuen Chancen und auch

neuen Risiken konfrontiert. Das sollte man nicht aus den Augen verlieren. ■

Autor:
Daniel Finsterwald

Fondation Suisse

7 bd. Jourdan

75014 Paris

E-Mail:

d_finsterwald@hotmail.com

Literatur:

1. Sherman Folland, Allen G. Goodman et Miron Stano, 1997: *The Economics of Health and Health Care*, New Jersey, S.147.

2. Gianfranco Domenighetti et Emanuela Pipitone, 2002: *Induction de l'offre de prestations médicales par la demande*. *Primary Care*, 2, 241-245.

3. Konstantin Beck, 2001: *Capitationsberechnung in der Schweiz: The State of the Art*. *Managed Care*, 1/2001, 12-16.

4. Andreas Weber und Giacomo Cottini, 1998: *Hausarztmodelle: Kostenvorteil dank Risikoselektion*. *Managed Care* 1/1998: 14-17.

Neu

Schweizerisches Vademecum Gesundheitswesen 2003

Das unentbehrliche Hilfsmittel für alle Berufstätigen im Schweizer Gesundheitswesen.

- Alle Adressen aus Medizin und Schweizer Gesundheitswesen in einem Ordner
- Ordner DIN A5 verstärkt, Register
- Inkl. E-Mail- und Internetadressen
- Adressen nach systematischer und alphabetischer Gliederung

6300 Adressen aus Medizin und dem Schweizer Gesundheitswesen in einem Ordner

Behörden und Ämter, EDI, Gesundheitsbehörden, Universitätskliniken, Spitäler, kant. Einrichtungen, Krankenversicherer, Santé Suisse, FMH, kant. Ärztegesellschaften, medizinische Gesellschaften, medizinische Fakultäten, Behindertenhilfe, Patientenorganisationen, Schulen, Pharmaunternehmen, Medizintechnik-Firmen, Apotheke u. Pharmazie, Bibliotheken, Prävention, Beratungsunternehmen, Stellenvermittlungen, intern. Organisationen, Rettungswesen, IT Industrie u. eHealth-Unternehmungen, Fachmedien, Alters-/Pflegeheime, Spitex

Bestellformular/Formulaire de commande

Bitte senden Sie gegen Rechnung für Fr. 98.- (+ MwSt. + Versandkosten)

Envoyez-moi pour le prix de Fr. 98.- (+ TVA + frais d'expédition)

..... Exemplar(e)/ Exemple(s)

Weitere Informationen (Inhaltsverzeichnis etc.): www.trendcare.ch

Plus d'informations (table des matières etc.): www.trendcare.ch

an folgende Adresse/à l'adresse suivante

Firma/Entreprise:

Name/Nom:

Vorname/Prénom:

Adresse/Adresse:

PLZ+Ort/CP+Ville:

E-Mail:

Datum + Unterschrift/Date + Signature:

Nouveau

Vademecum de la santé publique Suisse 2003

Une aide indispensable pour tous les Health Professional en Suisse.

- Toutes les adresses dans les domaines de la médecine et de la santé publique Suisse dans un seul classeur
- un classeur DIN A5 renforcé, avec registre
- Avec adresses e-mail et internet
- Avec liste d'adresses systématiques et liste d'adresses alphabétiques

6300 adresses dans les domaines de la médecine et de la santé publique Suisse dans un classeur

Administration et offices, DFI, Autorités des affaires sanitaires, Hôpitaux Universitaires, Assurances maladie, Santé Suisse, FMH, Soc. cant. de médecine, Ligues des Santé, Ligues de santé et aide aux invalides, Enseignement en soins infirmiers, Ecoles, Importeurs de Spécialités Pharmaceutiques, Industrie Medical Suisse, Pharmaciens et Pharmacie, Bibliothèque, Prévention, Entreprises de conseil, Bureaux de placement, Organisations internationales, Sauvetage, IT dans la médecine et l'informatique et Entreprises e-Health, Médias spécialisées en médecine et santé, établissement médico-social, hom médicalisé, Aide et soins à domicile âgées

Bestellung per E-Mail: info@rosenfluh.ch

Ordre par E-Mail: info@rosenfluh.ch

Bestellung per Fax: 052-675 50 61

Ordre par fax: 052-675 50 61

Bestellung per Post/Ordre par poste:

Rosenfluh Publikationen

Schaffhauserstrasse 13

8212 Neuhausen am Rheinfall

Paracetamol nimmt Schmerz ohne Gefahr fürs Herz

Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) zählen weltweit zu den meistverordneten Arzneimitteln. Der typische NSAR-Patient ist älter und hat oft kardiologische Probleme. Gerade bei dieser Population ist es wichtig, Nebenwirkungen der NSAR zu beachten, wie Magen-Darm-Blutung, Beeinträchtigung der Nierenfunktion, Anstieg des Blutdrucks und kardiologische Dekompensation. Paracetamol ist bei diesen Patienten eine sichere und kostengünstige Alternative.

Die nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) sind zwar kein Kausalfaktor für die Herzinsuffizienz, sie können aber das Auftreten der Herzmuskelschwäche sowie die kardiologische Dekompensation bei prädisponierten Patienten begünstigen. Der pathophysiologische Zusammenhang ist klar: NSAR hemmen die Prostaglandin-Synthese, was einen Anstieg des systemischen Gefässwiderstandes und eine reduzierte Nierendurchblutung zur Folge hat. Bei eingeschränkter ventrikulärer Funktion sind die Prostaglandine von besonderer Bedeutung für die Nierenfunktion. Inhibiert man sie, kann es zur Salz- und Wasserretention kommen, was wiederum die Dekompensation des pumpgeschwächten Herzens begünstigt.

Mehr Herzinsuffizienz-Einweisungen unter NSAR

Dass diese Überlegungen für die Praxis relevant sind, bestätigt eine kürzlich publizierte schwedische Bevölkerungsstudie. J. Merlo et al. prüften die Korrelation der Rate an Klinikaufnahmen wegen Herzinsuffizienz in 283 schwedischen Gemeinden mit der Einnahme von NSAR beziehungsweise Paracetamol¹. Um die Medikation zu ermitteln, wurden Datenbanken über den Absatz von rezeptpflichtigen und rezeptfreien Arzneimitteln verwendet. Gemessen wurde der Arzneimittelkonsum in DDD (Daily Defined Dose) pro 1000 Einwohner. Schliesslich erfolgte eine Korrektur nach denjenigen Faktoren, die sowohl das Herzinsuffizienzrisiko als auch die NSAR- beziehungsweise Paracetamol-Einnahme beeinflussen können. Das Ergebnis bestätigte frühere Daten aus kleineren Studien: Unter NSAR sowie unter ASS war das Risiko für die Notwendigkeit einer stationären Behandlung wegen Herzin-

Dafalgan®: Z: Brausetabletten zu 1 g Paracetamol, IKS-Kat. B. **I:** leichte bis mittelstarke Schmerzen, Fieber. **D:** Anwendung Erwachsene/Jugendliche > 15 Jahre: 1 Brausetablette pro Einzeldosis bis zu max. 4 Brausetabletten pro Tag. **KI:** Überempfindlichkeit auf Paracetamol; schwere Leber- und/oder Nierenfunktionsstörungen. **VM:** Leber- und/oder Niereninsuffizienz; übermässiger Alkoholkonsum. **UW:** Gelegentliche Hautreaktionen. **IA:** Enzyminduktoren; Mittel, welche Magenentleerung verlangsamen oder beschleunigen; Chloramphenicol; Salicylamid; Chlorzoxazon; Zidovudin. Packungen: 8 und 20, kassenzulässig.

Ausführliche Informationen entnehmen Sie bitte dem Arzneimittel-Kompendium der Schweiz.

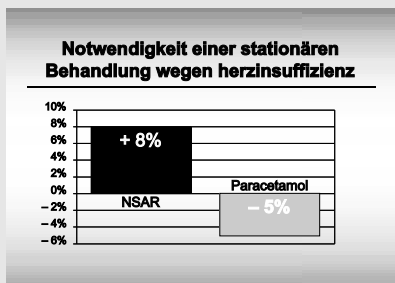


Abbildung: Paracetamol zeigt im Gegensatz zu NSAR eine signifikante Senkung des Risikos einer stationären Behandlung aufgrund von Herzinsuffizienz.

suffizienz signifikant (um 7-8%) erhöht. Überraschend war in dieser Studie, dass dieses Risiko unter Paracetamol signifikant (um 5%) gesenkt war. Auf welchem Mechanismus der positive Effekt von Paracetamol beruht, bleibt unklar (Abbildung).

Die praktische Relevanz dieser Befunde ist nicht zu unterschätzen, zumal die Herzinsuffizienz oder zumindest Ihre Vorstadien bei der typischen NSAR-Klientel sehr verbreitet sind. Ausserdem hat die Pumpschwäche – vor allem dann, wenn es bereits einmal zur Dekompensation gekommen ist – eine sehr ungünstige Prognose.

In punkto Niere sind neue COX-2-Hemmer nicht besser

Die selektiven Cyclooxygenase(COX)-2-Hemmer sind bei diesen Patienten keine Alternative. Denn sie unterscheiden sich in ihren ungünstigen Effekten auf die Nierenfunktion nicht von den klassischen NSAR. So wurde etwa bereits über einige Fälle von akutem Nierenversagen unter Rofecoxib und Celecoxib berichtet².

Zudem sind die selektiven COX-2-Inhibitoren seit Ihrer Zulassung immer wieder in Verdacht geraten, das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse zu erhöhen. In der VIGOR-Studie, in der Rofecoxib mit Naproxen bezüglich der gastrointestinalen Nebenwirkungen untersucht wurde, war die Rate an thromboembolischen Ereignissen wie Herzinfarkt, ischämischer Schlaganfall, instabiler Angina oder TIA unter dem COX-2-Hemmer mehr als doppelt so hoch wie unter Naproxen³. Stellt man die Myokardinfarkt-Raten unter Rofecoxib in der VIGOR- und unter Celecoxib in der CLASS-Studie den Raten gegenüber, die

in den placeboarmen grossen Primärpräventionsstudien auftraten, ergibt sich unter beiden COX-2-Hemmern eine signifikante Erhöhung der Ereignisraten.

Auch wenn die Daten zum kardiovaskulären Risiko unter den neuen COX-2-Hemmern noch widersprüchlich sind, ist eines zumindest auch aufgrund der genannten schwedischen Daten klar: Paracetamol ist eine sichere Alternative zu den NSAR, insbesondere bei Patienten mit hohem Risiko einer kardiologischen Dekompensation. Und noch ein weiterer Punkt ist nicht zu vergessen: Es ist auch eine sehr kostengünstige Alternative. Unter anderem auch diese beiden Aspekte haben zum Beispiel das American College of Rheumatology bewogen, bei seiner kürzlich erfolgten Überarbeitung der Richtlinien zur Behandlungsrichtlinien von Knie- und Hüftarthrose die neuen Coxibe zwar zu berücksichtigen, aber trotzdem weiterhin Paracetamol als initiales Medikament zu empfehlen⁴. Die Argumentation: «Es ist sicher, wirksam und kostengünstig».

Weitere Informationen erhalten Sie unter: www.dr-ouwerkerk.com

Kontaktperson: Dr. Ellen Heitlinger, H-O communications AG, 6340 Baar, Blegistrasse 5. Tel. 041-766 11 44, Fax 041-766 11 56, E-Mail: ellen.heitlinger@hando.ch

Referenzen:

- 1 Merlo J. et al. Association of outpatient utilisation of non-steroidal anti-inflammatory drugs and hospitalised heart failure in the entire Swedish population. Eur J Clin Pharmacol. 2001; 57: 71-75
- 2 Crofford LJ. Specific cyclooxygenase-2 inhibitors: what have we learned since they came into widespread clinical use? Curr Opin Rheumatol. 2002; 14 (3): 225-30
- 3 Mukherjee D. et al. Risk of cardiovascular events associated with selective COX-2 inhibitors. JAMA. 2001; 286: 954-59
- 4 Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee: 2000 update. American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines. Arthritis Rheum. 2000; 43(9): 1905-15

Zusammenfassung

- NSAR hemmen die Prostaglandin-Synthese.
- Als Folge steigt der systemische Gefässwiderstand, und die Nierendurchblutung reduziert sich.
- Unter NSAR sowie unter ASS steigt das Risiko für die Notwendigkeit einer stationären Behandlung wegen Herzinsuffizienz.
- Daten zum kardiovaskulären Risiko unter den neuen COX-2-Hemmern sind widersprüchlich.
- Paracetamol ist eine sichere und kostengünstige Alternative bei Patienten mit Herzinsuffizienz.

Deutliche Hinweise auf echte Kostenersparnisse durch Hausarztmodelle

Gemeinsam mit dem Verein Hausärzte der Region Aarau, der SanaCare AG und den Krankenversicherern Atupri, Concordia, Helsana und Win-care führte die Abteilung Medizinische Ökonomie des Universitätsspitals Zürich die Hausarztmodellstudie Aarau (HAMA) durch. Diese gross-angelegte empirische Studie ergab deutliche Hinweise auf echte Kostenersparnisse durch Hausarztmodelle. Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse vorgestellt und aus Sicht verschiedener Projektbeteiligter kommentiert.

René Kühne, Georges Preiswerk, Fritz Weber

Das CareMed-Hausarztmodell in der Region Aarau ist ein reines Gatekeeping-System, andere Steuerungsmechanismen sind bisher kaum eingeführt worden. In der vorliegenden Studie wurde, basierend auf dem Jahr 2000, untersucht, ob sich die Hausarztmodell-Versicherten strukturell von den herkömmlich versicherten Personen unterscheiden. In einem zweiten Schritt

sollte geklärt werden, ob die in der Vergangenheit beobachteten Kostenunterschiede von etwa 15 Prozent auf derartigen strukturellen Unterschieden beruhen oder ob das Hausarztmodell als solches effizient ist im Sinne einer Kostenersparnis bei konstanter oder verbesserter Versorgungsqualität. Eine weitere, noch in Bearbeitung befindliche Teilfragestellung betrifft die Unterschiede zwischen den beiden Versicherungsmodellen auf der Ebene der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen.

Studienmethodik

Studienleiter Matthias Schwenkglens und Professor Thomas D. Szucs (zum Zeitpunkt des Projektbeginns Leiter der Abteilung Medizinische Ökonomie des Universitätsspitals Zürich), die beide inzwischen bei der Hirslanden Research tätig sind, beschreiben das Studiendesign als ein Querschnittsdesign mit retrospektiven Elementen. Entsprechend dem Prinzip einer kontrollierten Studie wurden je 905 Versicherte beider Modelle zufällig aus den Versichertenlisten ausgewählt und schriftlich um ihre Teilnahme gebeten. Dadurch konnten auch Personen berücksichtigt werden, die während des Erhebungszeitraums keine Gesundheitsleistungen beanspruchten. Um die Beantwortung der HAMA-Fragestellungen zu ermöglichen, wurden nach erfolgter Einverständniserklärung und unter Einhaltung strenger Datenschutzbedingungen Versicherten-, Arzt- und Versichererangaben kombiniert. Die Datenerhebung umfasste folgende Bereiche: Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKV), So-

ziodemografie und Sozioökonomie, Physiologie, Gesundheitszustand und Morbidität, Gesundheitsverhalten, Inanspruchnahme-Verhalten und persönliche Präferenzen im Hinblick auf Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung, Versicherungsart und -umfang, «Versicherungshistorie», Arzt- und Praxismerkmale. Unter anderem wurden die Vorkosten und der Gesundheitszustand im Jahr 1996, vor dem Start des Hausarztmodells, erfasst.

Teilnahmeraten

Die Teilnahmeraten blieben hinter den Erwartungen der Studienleitung zurück. Insgesamt antworteten 39 Prozent der 1810 angeschriebenen Versicherten. Die Antworthäufigkeit war dabei sehr unterschiedlich auf die beiden Versichertenkollektive verteilt. Im CareMed-Kollektiv betrug sie 48 Prozent, bei den herkömmlich Versicherten hingegen nur 29 Prozent. Für die letztlich entscheidenden multivarianten Kostenanalysen standen etwas mehr als ein Viertel der ursprünglich angeschriebenen Personen zur Verfügung.

Charakteristika der verglichenen Versichertenkollektive

Die CareMed-versicherten StudienteilnehmerInnen wiesen gegenüber den herkömmlich versicherten TeilnehmerInnen ein um 2,5 bis 3 Jahre höheres Durchschnittsalter und einen um 5 bis 7 Prozent geringeren Frauenanteil auf. Wie der Vergleich mit den Alters- und Geschlechtsdaten aller angeschriebenen Versicherten zeigte, bestehen diese Differenzen auch in den vollständigen Versichertenpopulationen. *Die häufig vermutete Dominanz von jünge-*

ren Personen in den Hausarztmodellen bestätigt sich damit im Fall des CareMed-Modells Aarau nicht.

Auf der Ebene der Versicherungsmerkmale und der Soziodemografie fielen ein deutlich geringerer Berufstätigen- und ein höherer Pensioniertenanteil der CareMed-Versicherten auf. Ausserdem wies die CareMed-Gruppe einen reduzierten Anteil lediger und einen erhöhten Anteil verheirateter Personen, eine geringfügig höhere durchschnittliche Haushaltsgrösse sowie ein etwas geringeres durchschnittliches Haushalts-Nettoeinkommen auf. Insgesamt erschienen die herkömmlich Versicherten tendenziell etwas mobiler, ungebundener und beruflich aktiver. Darüber hinaus fanden sich keine Hinweise auf grundlegende soziodemografische Unterschiede der Versicherten der beiden Modelle.

Die Unterschiede auf der Ebene des Gesundheitsverhaltens waren ebenfalls gering und wiesen nicht in eine einheitliche Richtung. Die Antworten zum Inanspruchnahme-Verhalten wiesen auf eine etwas geringere Inanspruchnahme-Neigung der CareMed-Versicherten hin. Sowohl die Eigenangaben der Versicherten als auch die Angaben der Ärzte zeigten, dass die Morbidität der Angehörigen der beiden Versicherungsmodelle sehr ähnlich ist. Es ergaben sich lediglich einige statistisch nicht signifikante Hinweise auf eine geringfügig höhere Morbidität der herkömmlich Versicherten. *Die immer wieder vermutete Selektion einer überdurchschnittlich gesunden Population in den Hausarztmodellen wird damit nicht bestätigt.*

Insgesamt, so die Schlussfolgerung der Studienleitung, erscheinen die

Angehörigen des CareMed-Modells und der herkömmlichen Versicherung bemerkenswert ähnlich. Auch eine logistische Regressionsanalyse der relevanten Parameter habe diesen Befund bestätigt.

Kostendifferenzen

Die statistische Analyse der Kostendaten erfolgte mit Hilfe zweiteiliger Regressionsmodelle unter Einsatz so genannter «Generalized linear models». Aus mathematischen Gründen wurden schliesslich vier Modellvarianten in Betracht gezogen, die alle Kosteneinsparungen durch das CareMed-Modell zeigen, jedoch in unterschiedlicher Höhe. Die im statistisch plausibelsten Modell errechneten Einsparungen betragen 14 Prozent (Nettokosten) respektive 20 Prozent (Bruttokosten) der Kosten der herkömmlich versicherten Refe-

renzpopulation im Jahr 2000. Die Ergebnisse der verschiedenen Modelle liegen bei den Nettokosten zwischen 7 und 14 Prozent Einsparungen, bei den Bruttokosten zwischen 12 und 21 Prozent Einsparungen. Diese Resultate sind für eine Vielzahl von Einflussgrößen statistisch korrigiert, unter anderem für die Vorkosten und den Gesundheitszustand vor dem Start des Hausarztmodells. Auch die beobachteten Unterschiede im Inanspruchnahme-Verhalten sind berücksichtigt.

Kommentare

Beurteilung der Studienleitung (M. Schwenkglens)

Aufgrund der geringen und ungleich auf die beiden Versicherungsmodelle verteilten Rücklaufquoten können Verzerrungen durch Zufalls- und Selektionseffekte nicht ausgeschlossen werden. Die Gefahr von Verzerrungen durch Selektionseffekte erscheint am grössten. Eine gewisse Kontrolle war hier allerdings möglich, insbesondere weil die anonymen Alters- und Geschlechtsdaten aller angeschriebenen Versicherten und die aggregierten Kosten der vollständigen Versichertenkollektive verfügbar waren. In diesem Sinn ist der Befund, dass die CareMed-Teilnahme mit reduzierten Kosten in der OKV verbunden sei, als stabil zu betrachten, auch wenn die Grössenordnung dieses Zusammenhangs Unklarheiten unterliegt und die errechneten Schätzungen möglicherweise gewissen Verzerrungen unterliegen. Grössere Unklarheiten ergaben sich lediglich hinsichtlich der Altersverteilung der Kosteneffekte des CareMed-Modells. Eine in Vorbereitung befindliche wissenschaftliche Publikation wird diese Aspekte detailliert beleuchten. Insgesamt werden die Ergebnisse früherer und aktueller Schweizer Studien, die ebenfalls deutliche Kosteneinsparungen durch Hausarztmodelle berichten, durch die HAMA-Resultate gestützt.

Beurteilung der Krankenversicherer (R. Kühne)

Die Resultate der HAMA-Studie liefern wertvolle neue Erkenntnisse über die Hausarztmodelle in der

Schweiz. Insbesondere neu und dementsprechend aufschlussreich ist der Nachweis vergleichbarer Kollektive bezüglich Soziodemografie und vor allem bezüglich Morbidität.

Auch wenn nach statistischen Kriterien einzelne Modelle favorisiert werden können, sind die in der Studie verwendeten statistischen Modelle bezüglich ihrer Plausibilität grundsätzlich gleichwertig. Zudem müssen die Resultate der Studie wegen möglicher erheblicher Verzerrungen infolge unterschiedlicher Teilnehmerzahlen in den beiden Kollektiven mit einer gewissen Zurückhaltung interpretiert werden. Nicht zuletzt deshalb sehen die Krankenversicherer die Realität eher im Bereich der konservativen Schätzungen. Nichtsdestotrotz ist aber aufgrund der vorliegenden Resultate ein Kostenvorteil zugunsten des Hausarztmodells nicht mehr von der Hand zu weisen. Für die Klärung der effektiven Kostendifferenzen und damit der Effizienz von Managed-Care-Modellen sind jedoch weitere Untersuchungen notwendig.

Die mittels statistischer Verfahren korrigierten Kostendifferenzen sind jedoch nicht identisch mit den betriebswirtschaftlichen Kostendaten der Krankenversicherer, welche im Wesentlichen die Grundlage für die Berechnung der gewährten Prämierrabatte bilden. Allein aus dem Nachweis einer bestimmten Kosteneinsparung lässt sich noch kein Anspruch auf einen entsprechenden Rabatt ableiten.

Beurteilung der SanaCare (G. Preiswerk)

Die SanaCare AG geht mit dem Autor des Auswertungsberichts einig, dass die grösseren der genannten Kostensparnisse die realistischsten Schätzungen sind. Es sei hier nochmals hervorgehoben, dass der Kostenunterschied zwischen den beiden Versicherungsmodellen nicht einer Risikoselektion aufgrund von Morbiditätsunterschieden zwischen CareMed- und herkömmlich Versicherten zugeschrieben werden kann, da er um diese Unterschiede korrigiert wurde. Demnach beruht dieser Unterschied, zumindest zu einem

grossen Teil, auf einer echten Kostenersparnis des Systems.

Dies ist die erste Studie dieser Art in der Schweiz. Da jedes Hausarztnetz seine Besonderheiten hat, die unter anderem von regionalen Faktoren abhängen, wären weitere Studien mit ähnlicher Fragestellung sehr wünschenswert.

Beurteilung Verein Hausärzte der Region Aarau

(F. Weber)

Die Kostendifferenzen in einem Hausarztmodell beruhen offenbar nicht auf einem Selektionseffekt bezüglich Zusammensetzung und Morbidität der Versicherten, vielmehr handelt es sich um echte Kosteneinsparungen in der Grössenordnung von 15 Prozent. Dieses Resultat wurde mit einem reinen Gatekeeping-System erzielt. Wir sind ermutigt, das Modell weiterzuführen und die Resultate mit zusätzlichen Steuerungsmechanismen noch zu verbessern. ■

Gezeichnet:

Dr. med. René Kühne

Helsana Versicherungen AG
Zürich

Georges Preiswerk

SanaCare AG
Winterthur

Dr. med. Fritz Weber

Hausärzte Region Aarau
Buchs

Quellen: Präsentation der HAMA am Vierten Forum-Managed-Care-Symposium, Engelberg, 16. November 2002; zugehöriges Handout; weitere Informationen der Studienleitung und der Studienpartner.

Psychiatrieplanung in einem fragmentierten Gesundheitssystem

Die soeben abgeschlossene Psychiatrieplanung des Kantons Basel-Landschaft macht deutlich, dass heute einige zentrale Versorgungslücken bestehen, die eine direkte Folge der Fragmentierung des Gesundheitssystems sind. In der psychiatrischen Versorgung zeigen sich zudem wichtige gesundheitspolitische Probleme und Chancen in exemplarischer Weise.

**Niklas Baer,
Theodor Cahn**

Die psychiatrische Versorgung des Kantons Basel-Landschaft wurde seit 1980 im Rahmen umfassender Psychiatrieplanungen systematisch aufgebaut: Psychiatriekonzept (1980), Folgeplanung I (1991) und die soeben abgeschlossene Folgeplanung II [1]. Der zugrunde liegende Auftrag lautete, die gesamte psychiatrische Versorgung des Kantons zuhanden von Regierungsrat und Parlament umfassend darzustellen und ihre künftige Entwicklung konzeptionell aufzuzeigen. Während zweier Jahre haben daran rund 100 Fachleute aus staatlichen und privaten Einrichtungen der psychiatrischen und allgemeinmedizinischen Versorgung, der Sozial-, Jugend-, Behinderten- und Suchthilfe sowie der Altersversorgung mitgewirkt.

Eine prioritäre Bedeutung kam der quantitativen und qualitativen Evaluation der Lage psychisch kranker Menschen im Kanton zu. Insgesamt wurde festgestellt, dass der Kanton Baselland über eine abgestufte und bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung verfügt. Gleichzeitig wurden spezifische Probleme und Versorgungslücken festgestellt, deren Hintergründe letztlich politischer, gesetzlicher, finanzieller, gesellschaftlicher und auch ökonomischer Natur sind. Deswegen können diese spezifischen Versorgungsprobleme der Gesundheitspolitik über die Psychiatrie hinaus wichtige Hinweise geben. Dies sei an einigen Beispielen aufgezeigt:

Beispiel 1: Epidemiologie und Inanspruchnahme

Verschiedene grosse Bevölkerungsuntersuchungen [2] haben gezeigt, dass innerhalb eines Jahres 25 Prozent der Bevölkerung mindestens einmal an einer psychischen Störung erkranken. Zum Teil sind das vorübergehende leichtere Störungen, bei 5 bis 10 Prozent der Bevölkerung ist aber eine psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit gegeben. Das sind im Kanton Baselland jährlich 13 000 bis 26 000 Menschen. Behandelt werden im Kanton gemäss unseren Recherchen insgesamt 12 500 Menschen, es wird also knapp der minimale Bedarf gedeckt. Dies ist ein zentrales Resultat, weil es die Interpretation der stetig steigenden Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste erleichtert: Es werden heute nicht in erster Linie immer mehr Menschen psychisch krank, sondern dank einer ausgebauteren Versorgung kann ein relevanter Teil



Niklas Baer



Theodor Cahn

der Bedürftigen überhaupt erst behandelt werden. Erst die epidemiologische Basis lässt also eine Interpretation von Inanspruchnahme-Daten zu.

Beispiel 2: Chancengleichheit beim Zugang zur Behandlung

Ein Grossteil psychisch Kranker gelangt nicht direkt in psychiatrische Behandlung, sondern wird in

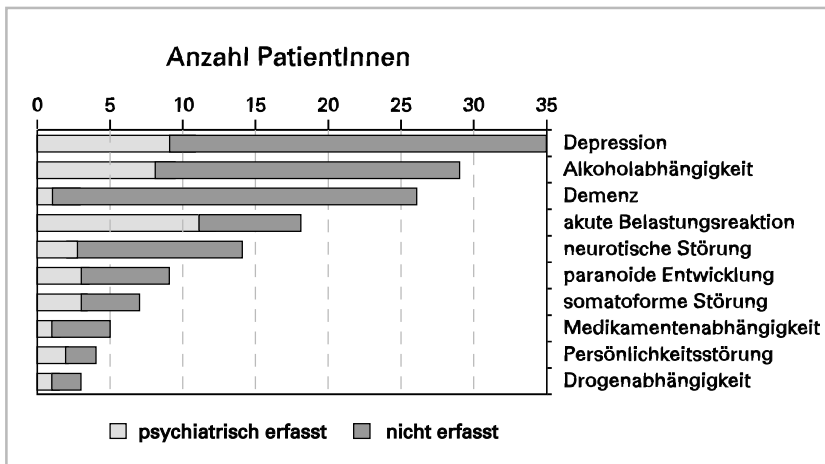


Abbildung 1: Behandlungszugang (n = 171 psychisch Kranke von total 748 Spitalpatienten)

hausärztlichen Praxen und Allgemeinspitälern behandelt. Der Kontakt zum Arzt in der Grundversorgung ist meist ein sensibler Moment und deswegen eine Chance, den Betroffenen Zugang zur spezialisierten psychiatrischen Behandlung zu vermitteln, die beispielsweise bei Alkoholabhängigkeit eher selten direkt aufgesucht wird. Unsere Erhebung während fünf Wochen an den Medizinischen Kliniken von zwei Kantonsspitalern im Jahr 2000 zeigt, dass bei rund 25 Prozent der SpitalpatientInnen ein relevantes psychiatrisches Problem vorliegt – dies bestätigt die Ergebnisse der Bevölkerungsuntersuchungen. Obwohl diese Störungen im Spital erkannt werden, wird nur ein geringer Teil der (psychiatrisch klar behandlungsbedürftigen) PatientInnen psychiatrischen Fachkräften zugewiesen. Der Zugang zur spezialisierten Behandlung ist je nach Erkrankung sehr ungleich und funktioniert vor allem in akuten Krisensituationen, oft nach Suizidversuch (Abbildung 1).

Dieses Beispiel zeigt, dass gewisse Bedarfsgruppen (z.B. alte Menschen) kaum Zugang zu spezialisierter Behandlung erhalten. Generell wird klar, dass die Psychiatrie als eher wenig integriertes Versorgungssystem sich um eine Präsenz in der allgemeinen Gesundheitsversorgung bemühen muss, um unnötige medizinische Behandlungen und unnötig lange Hospitalisationen zu vermei-

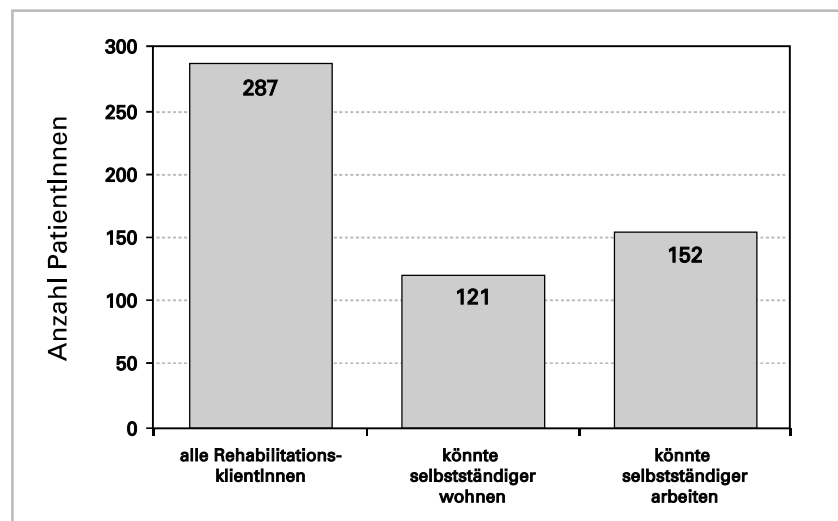


Abbildung 2: Rehabilitatives Potenzial (n = 287 KlientInnen aus zwölf rehabilitativen Einrichtungen)

den, eine höhere Behandlungseffektivität zu erreichen und Chancengleichheit beim Zugang zur spezialisierten Behandlung zu garantieren.

Beispiel 3: Diskriminierung und wenig Erfolge bei der Rehabilitation

Schwere psychische Krankheiten, namentlich Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen, manifestieren sich typischerweise in frühem Alter und führen relativ oft zu einem chronischen Verlauf. Dies zieht einen vielfältigen und langfristigen Hilfebedarf nach sich, im Schweizer Gesundheitswesen verbunden mit Wechseln der Versorgungs- und finanziellen Trägersysteme. Die negativen

Folgen der Aufgabenteilungen zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden sowie zwischen Krankenversicherung, Invalidenversicherung und Sozialhilfe werden deutlich sichtbar. Immer striktere administrative Abgrenzungen und inadäquate gesetzliche und finanzielle Rahmenbedingungen bewirken im Bereich der Rehabilitation – besonders in der beruflichen Eingliederung – fachliche Stagnation und Resignation.

Unsere Erhebung der rehabilitativen Situation von rund 300 KlientInnen aus zwölf Einrichtungen im Kanton zeigt, dass bei mehr als der Hälfte eine autonome Lebens-

führung aktuell realisierbar wäre (Abbildung 2). Analysiert man die Gründe, warum dieses Potenzial nicht umgesetzt wird, wird deutlich, dass die PatientInnen selbst keine weiteren Schritte wagen wollen – vor allem dann nicht, wenn sie schon längere Zeit institutionalisiert sind. Diese Resignation erfasst auch das Personal dieser Institutionen. Wesentliche Gründe dafür liegen darin, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen in der Rehabilitation den Besonderheiten psychisch Kranker nicht gerecht werden:

Die IV geht bei der Finanzierung von Eingliederungsmassnahmen von einem schrittweisen Aufbau und einer

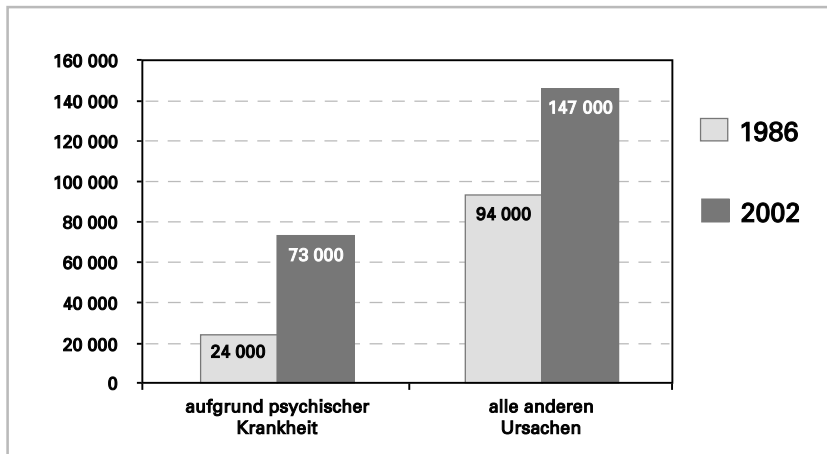


Abbildung 3: IV-Renten aufgrund psychischer Behinderung und anderer Ursachen [3]

anschliessend dauerhaft verbesserten Leistungsfähigkeit der Behinderten aus, wie sie bei körperlichen Gebrechen nach einem Unfall gegeben sein mögen. Bei der Rehabilitation psychisch Kranker muss man mit völlig anderen Verläufen rechnen: Die chronische Krankheit selbst und, damit verbunden, eine gewisse Anfälligkeit bleiben auch in Phasen der Stabilität bestehen. Das erzeugt Ängste, Krisen, Unsicherheit (auch bei den Betreuenden) und folglich viele Schwankungen der Leistungsfähigkeit. Psychisch Behinderte benötigen flexible, wiederholbare, oft kurzfristige Massnahmen und vor allem ein Durchhalten des Rehabilitationsprozesses über längere Zeit. Das Entweder-oder-System von Eingliederung oder Rente diskriminiert psychisch Kranke, indem ihnen die nötigen Rahmenbedingungen für erfolgreiche Eingliederungsverläufe vorenthalten werden, und begünstigt eine resignative Haltung, die dazu führt, dass Schritte Richtung Autonomie erst gar nicht mehr gewagt werden. Dies zeigt sich nicht zuletzt an der Entwicklung der IV-Renten: Seit 1986 werden rund 50 000 zusätzliche Renten aus psychischen Gründen gezahlt. Der Anstieg seit 1986 beträgt bei psychisch Kranken rund 200 Prozent und ist hiermit viermal so hoch wie der Anstieg bei allen anderen Ursachen (Abbildung 3).

Ein weiterer zentraler Faktor für die (auch fachliche) Stagnation in der Rehabilitation liegt in der sozial-

versicherungsrechtlich begünstigten Aufspaltung von Krankheits- und Behindertenwesen, die sich heute sogar in der Zuständigkeit unterschiedlicher kantonaler Departemente äussert. Deshalb fehlt in der Psychiatrie das rehabilitative und in der Rehabilitation das psychiatrische Know-how. Um psychisch Kranke wirklich zu fördern, bräuchte es aber beides. Auf diesen Mangel an Integration mögen Daten aus der Kantonalen Psychiatrischen Klinik in Liestal ein Licht werfen: Zwischen 1998 und 2002 haben dort rund 40 Prozent (636 von 1632) der bei Eintritt noch erwerbstätigen KlinikpatientInnen während ihrer Hospitalisierung die Arbeitsstelle verloren. Hier werden die Folgen eines Systems deutlich, in

dem Strukturen, Angebote und Massnahmen viel stärker durch die versicherungsrechtlichen Regelungen bestimmt werden als durch den Bedarf der KlientInnen.

Beispiel 4: Überforderung an der Peripherie

Die heutige Psychiatrie ist das Resultat umfassender Reformprozesse der letzten Jahrzehnte, welche eine dezentralisierte, wohnortnahe Versorgung in einer Vielzahl unterschiedlicher Einrichtungen geschaffen haben. Heute zeigen sich aber auch die Nebenwirkungen der Dezentralisierung. Sie zwingen dazu, gesundheitspolitische Grundsätze zu differenzieren.

Ein Versorgungsbereich, der im Kanton Basel-Landschaft den Gemeinden (auf deren Wunsch hin) zugeordnet wurde, ist die Pflege und Betreuung von älteren Menschen. Im Bereich psychisch kranker alter Menschen zeigen sich aber Lücken: In den knapp 30 Alters- und Pflegeheimen leiden rund 40 Prozent (837 von 2104) der BewohnerInnen an einer relevanten psychiatrischen Erkrankung, neben Demenzen sind dies häufig Depressionen und Angst-erkrankungen. Analog zum Eintritt ins somatische Spital ist auch der Heimeintritt eine Chance, diese Menschen spezialisiert zu behandeln. Dies geschieht in den Heimen jedoch sehr selten: Nur etwas mehr als 10 Prozent der psychisch Kran-

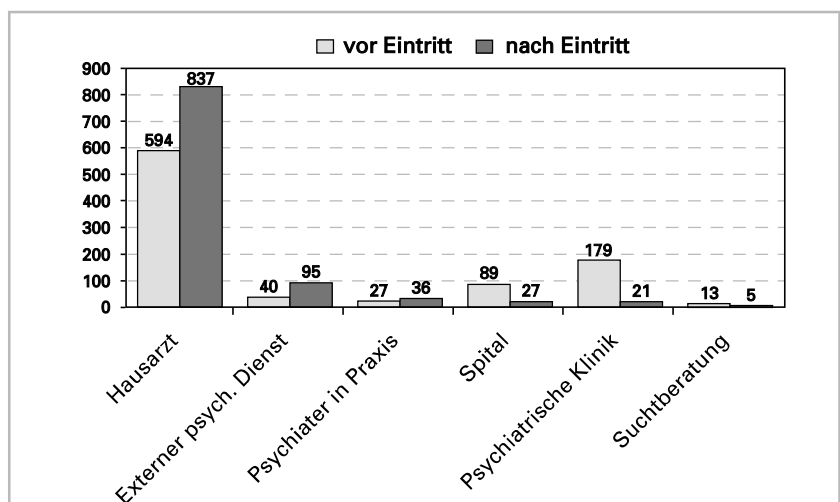


Abbildung 4: Betreuung psychisch kranker BewohnerInnen vor/nach Heimeintritt (n = 837)

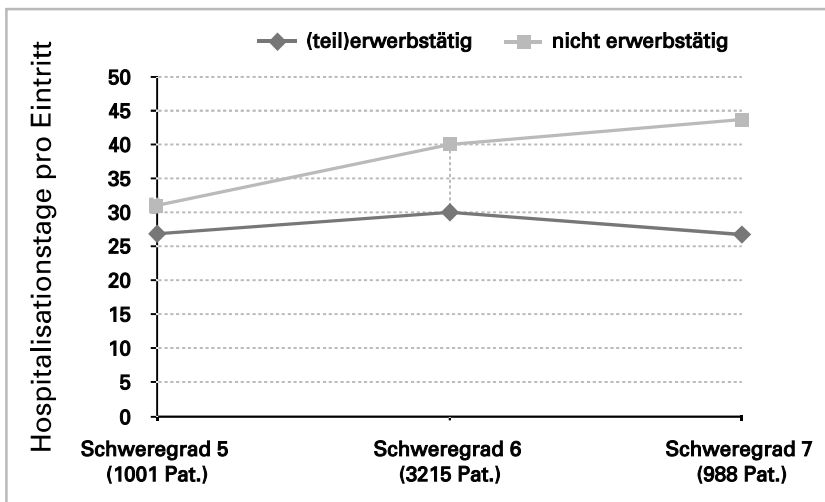


Abbildung 5: Anzahl Hospitalisationstage von Erwerbs- und Nichterwerbstätigen, nach Schweregrad der Erkrankung, 1998–2002 (n = 5102)

ken werden in der psychiatrischen Praxis oder in den ambulanten psychiatrischen Diensten gesehen. Die Betreuung liegt fast ausschliesslich in den Händen der Hausärzte (Abbildung 4).

Die Therapie der Hausärzte ist meist medikamentöser Natur und wirkt etwas unspezifisch: Die Hälfte aller HeimbewohnerInnen (also weit mehr, als überhaupt eine psychiatrische Diagnose erhalten haben) erhalten Neuroleptika und/oder Antidepressiva, 40 Prozent Tranquilizer. Der Psychopharmaka-Verbrauch im Heim hängt vor allem mit dem Anteil motorisch und verbal unruhiger BewohnerInnen zusammen.

Hier zeigen sich – wie in der Rehabilitation und in der Behandlung Alkoholabhängiger – die Grenzen einer ausschliesslich dezentralen Versorgung bei Störungsbildern, deren Behandlung ein spezifisches Wissen voraussetzt. Es ist wichtig, dass auch psychisch kranke Menschen in ihrer Gemeinde alt werden können, aber dafür benötigt die dezentrale Versorgung Unterstützung durch eine spezialisierte Institution.

Beispiel 5: Arbeitssituation und Gesundheitskosten

Ausbruch und Verlauf psychischer Erkrankungen und damit auch die Gesundheitskosten sind meist eng verbunden mit der sozialen und beruflichen Situation. Frührehabilitation und Prävention sind in der

schied 10 Kliniktage (Abbildung 5). Dies ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass Gesundheitskosten nicht isoliert und unabhängig von der sozialen und beruflichen Situation gesehen werden dürfen. Erwerbstätigkeit und generell soziale Integration sind schützende Faktoren, die den Verlauf positiv beeinflussen.

Beispiel 6: Bedürfnisse und Bedarf

Lebensqualität, Patientenzufriedenheit und Bedürfnisorientierung sind zentrale ethische und gesundheitspolitische Postulate. Die Psychiatrie muss sich per definitionem mit dem persönlichen Erleben, der Zufriedenheit und den Bedürfnissen der

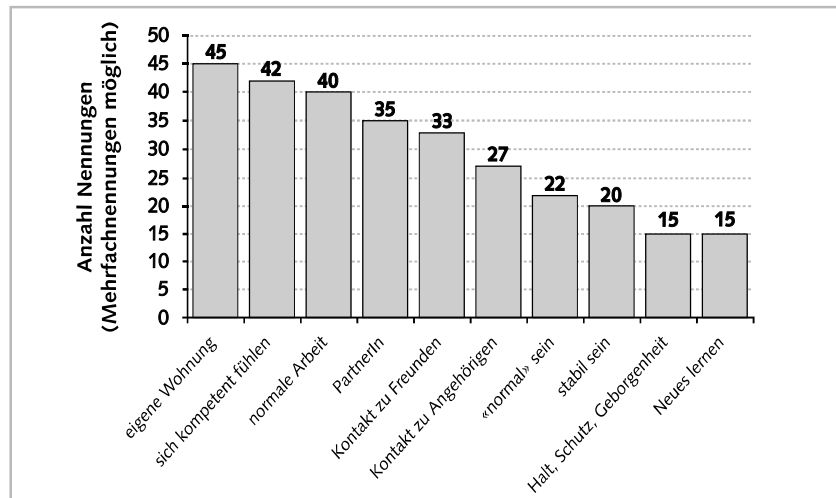


Abbildung 6: Die häufigsten Bedürfnisse von RehabilitationsklientInnen (n = 287)

Psychiatrie zentral, und die psychiatrische Gesundheitsversorgung ist durch ökonomische Entwicklungen (Arbeitsmarkt) besonders herausgefordert.

So hat sich in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik des Kantons Basel-Landschaft gezeigt, dass erwerbstätige PsychiatriepatientInnen – unabhängig vom Schweregrad ihrer Erkrankung – deutlich kürzere Hospitalisationsdauern und weniger Klinikeintritte verursachen als Nichterwerbstätige: In jeder der ausgewählten (wichtigsten) Krankheitsgruppen verzeichnen Erwerbstätige durchschnittlich markant kürzere Klinikaufenthalte, in der häufigsten Kategorie mit 3215 PatientInnen beträgt der Unter-

PatientInnen auseinandersetzen; sie muss die Frage, wie direkt Bedürfnisse planungsweise sein sollen, deshalb besonders differenziert beantworten. Die psychiatrische Fähigkeit, Bedürfnisse zuerst zu verstehen und dann zu reagieren, könnte für die gesamte Gesundheitsversorgung künftig noch stärker von Nutzen sein.

In der oben erwähnten Untersuchung von KlientInnen in zwölf rehabilitativen Einrichtungen (siehe Beispiel 3) wurden die Bedürfnisse und die Zufriedenheit der KlientInnen grob erhoben. Hinter Zahlen recht hoher Zufriedenheit steckt bei näherer Betrachtung die Resignation:

Die häufigsten Bedürfnisse der KlientInnen sind durchwegs auf ein «normales» Leben mit Partnerschaft, Arbeit, Freunden und eigener Wohnung gerichtet (Abbildung 6). Dies macht betroffen, wenn man bedenkt, wie wenige in ihrem realen Leben diese Bedürfnisse erfüllen können: Kaum jemand geht einer normalen Arbeit nach, wenige leben in einer Partnerschaft, drei Viertel beteiligen sich nie an gesellschaftlichen Aktivitäten und so weiter. Dennoch äussert sich ein Grossteil ziemlich zufrieden:

Je länger die KlientInnen in der geschützten Einrichtung verbleiben, desto mehr nehmen tendenziell ihre Bedürfnisse ab und ihre Zufriedenheit zu (Abbildung 7). Dies ist kein Alterseffekt, sondern ein psychischer Anpassungsprozess an ein Leben auf tiefem Niveau, an eine Situation, die man sich aus Angst nicht zu ändern traut. Unsere Schlussfolgerung war: Diese «Zufriedenheit» ist resignativ und zeigt ein deutliches Versorgungsproblem. Die (durchaus typischen) Resultate verdeutlichen, wie wenig aussagekräftig globale Zufriedenheits-Statements für eine Gesundheitsplanung sind, wenn sie nicht durch persönliche, qualitativ ausgewertete Gespräche mit den PatientInnen ergänzt werden.

Fazit:

Diese Psychiatrieplanung gibt für die Planung der Gesundheitsversorgung einige generelle Hinweise:

1. Bevor man sich auf bestimmte Massnahmen festlegt, sollte eine gründliche quantitative – und auf Patientenebene auch qualitative – Evaluation der Ist-Situation vorgenommen werden. Es werden fundierte epidemiologische Daten benötigt. Ohne Evaluationen bestimmt die institutionszentrierte Perspektive die Planung.
2. Eine stark dezentralisierte Grundversorgung braucht die Unterstützung von zentralen spezialisierten Einrichtungen, welche die für die Ausbildung, Fachentwicklung und Steuerung notwendige Grösse und das entsprechende Personal einbringen können.
3. Wenig integrierte Versorgungssys-

teme wie die Psychiatrie müssen über eine gute Präsenz in anderen Versorgungssystemen (Allgemeinmedizin, Altersversorgung, Rehabilitation, Sucht-, Kinder- und Jugendhilfe usw.) verfügen, wenn sie allen Bedarfsgruppen gleiche Chancen beim Behandlungszugang eröffnen wollen.

4. Die Fragmentierung der Zuständigkeiten, finanziellen Träger und Regelungen erfordert Überbrück-

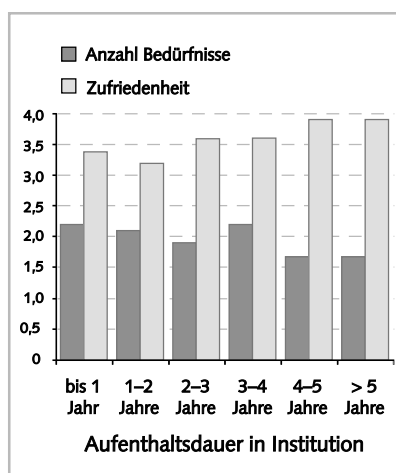


Abbildung 7: Zufriedenheit und Anzahl Bedürfnisse im Verlauf der Institutionalisierung

ungsmassnahmen, zum Beispiel neue, personenzentrierte Finanzierungsmechanismen. Gerade in der Behandlung chronisch kranker Menschen, wo die persönlichen Beziehungen entscheidend sind, müssen Möglichkeiten einer integrierten, flexiblen und kontinuierlichen Behandlung bereitgestellt werden.

5. Gesundheitsplanung muss sich auch mit veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen auseinandersetzen und die Schnittstellen zur Arbeitswelt besonders beachten. Sie muss Massnahmen nicht nur zur Prävention, sondern auch zur Frühintervention und Frührehabilitation bereitstellen.
6. Aus globalen Zufriedenheitserfassungen mit den üblichen «sowjetischen Resultaten» (so ein Patient) von 70 bis 90 Prozent Zufriedenheit werden leicht missbräuchliche Schlussfolgerungen gezogen. Da aber Patientenbe-

dürfnisse und -zufriedenheit als zentrale Kriterien einer adäquaten Gesundheitsversorgung gelten, müssen diese mit der nötigen Sorgfalt und einer Methode eruiert werden, die das Erleben der PatientInnen wirklich erfassen kann. Dann werden sie sich als erkenntnisfördernd und planungsrelevant erweisen.

Autoren:

Dr. phil. Niklas Baer

Akademischer Mitarbeiter, Projektmitarbeiter Psychiatrieplanung BL
Kantonale Psychiatrische Klinik BL
Bientalstrasse 7, 4410 Liestal
Tel. 061-927 71 65
oder: Externe Psychiatrische Dienste BL
Personalhaus, 4101 Bruderholz
Tel. 061-425 45 82
E-Mail: niklas.baer@kpd.ch

Dr. med. Theodor Cahn

Chefarzt Kantonale Psychiatrische Klinik BL,
Leiter Psychiatrieplanung BL
Kantonale Psychiatrische Klinik BL
Bientalstrasse 7, 4410 Liestal
Tel. 061-927 72 72
E-Mail: theodor.cahn@kpd.ch

Literatur:

1. Folgeplanung II zum Psychiatriekonzept BL. Bericht der Projektkommission. Liestal, 2003 (im Druck). Zu beziehen bei den Autoren dieses Artikels.
2. WHO: The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. WHO, Genf, 2001.
3. Bundesamt für Sozialversicherung (BSV): Invaliditätsstatistik 2002. Bern.

Ergebnisse aus Patientensicht

Reflexionen über das Buch «Outcomes Research and Economic Evaluation»* von Silvia M. Ess

Wie steht es um den Nutzen medizinischer Fortschritte? Wie lässt er sich bemessen? Sind die Ergebnisse einer neuen Intervention besser als jene bisheriger Therapiekonzepte? Berücksichtigt eine Innovation den klinischen Alltag und die Präferenzen der Patienten? Allein diese Fragen sind hoch komplex. Und wenn wir einen grösseren Nutzen festgestellt haben: Zu welchem Preis erhalten wir ihn? Sind wir bereit, dafür zu bezahlen? Fehlen uns die Mittel dann für andere Interventionen?

Felix Huber

Das schweizerische Institut für angewandte Krebsforschung (SIAC) hat ein multidisziplinäres Netzwerk für «Outcomes Research» (Ergebnisforschung) aufgebaut. Es soll die klinische Krebsforschung mit Fragen der Lebensqualität, Fragen der Behandlungs-Spätfolgen und der Kostenfrage verbinden. Das SIAC will damit vermehrt auf Aspekte der Public Health eingehen. In diesem Rahmen hat Silvia M. Ess

nun ein Manual für Onkologen geschrieben. Dieses zweite Buch aus der Reihe Gesundheitsökonomie des EMH-Verlags ist nicht minder spannend zu lesen als sein Vorgänger von Jürg Sommer¹. Es ist eine sehr nützliche Einführung in ein neues Gebiet der *Cost-effectiveness*-Überlegungen, das in Zukunft das medizinische Denken und Handeln bestimmen wird.

Warum ein solches Buch?

Wir werden uns in Zukunft vermehrt mit dem Begriff der *Accountability* (Verantwortlichkeit) befassen müssen. Mit der Verantwortlichkeit für die Resultate unseres medizinischen Handelns ist nicht allein die simple Frage gemeint, ob wir unsere Arbeit richtig machen. Es geht vielmehr um die Bereitschaft, über die Wirksamkeitsvorteile, die Sicherheit und die Kosten einer Handlung Auskunft zu geben. Und es geht um die Erkenntnis, dass die Ressourcen (Menschen, Zeit, Einrichtungen, Ausrüstung, Wissen und Geld) begrenzt sind und somit die Frage der Allokation (Zuteilung) immer wichtiger wird.

Kosteneindämmung im Gesundheitswesen muss mit *Outcome*-Messung kombiniert werden, um die Qualität der Behandlung zu gewährleisten. Kostenreduktion oder -kontrolle darf nicht aus Zufall den Zugang zur medizinischen Versorgung reduzieren oder zu schlechterer Qualität führen. Dafür brauchen wir mehr Informationen über die Kosteneffektivität. Nur so lassen sich verschiedene Behandlungsmethoden



Felix Huber

vergleichen, und nur so sind besser informierte Entscheide auf der Basis einer wissensbasierten kritischen Evaluation möglich.

Das Buch von Silvia M. Ess gibt in elf übersichtlich gegliederten Kapiteln eine hilfreiche Einführung in diese Fragestellungen. Über die Ergebnis- und Wirksamkeitsforschung erfahren wir dabei unter anderem Folgendes:

Ergebnis- und Wirksamkeitsforschung

Ergebnis-(Outcome-) und *Wirksamkeits-(Effectiveness-)Forschung* beurteilt aus der *Patientenperspektive* verschiedene Behandlungsalternativen. Die Sicht der Patienten kann beinhalten: möglichst lange zu leben, normal zu funktionieren, befreit zu sein von Schmerzen und anderen physischen, psychischen oder sozialen Symptomen, keine iatrogene Schädigung zu erleiden und auch finanziell gesund dazustehen, nachdem die Behandlungskosten bezahlt sind. Die Ergebnisforschung zielt damit auf die Verbesserung der Be-

¹ Jürg Sommer: *Muddling Through Elegantly: Rationierung im Gesundheitswesen. Reihe Gesundheitsökonomie, Band 1.* Verlag EMH, Basel, 2001.

handlung der Patienten *ausserhalb von klinischen Versuchen*. Eine neue Methode muss im Vergleich zu den bisherigen Vorteilen haben in Bezug auf die Auswirkungen auf Mortalität, Morbidität, Wirksamkeit, Angemessenheit, Verfügbarkeit, *Lebensqualität*, Patientenzufriedenheit und Kosten.

Zur Ergebnismessung stehen verschiedene Instrumente zur Verfügung. Am bekanntesten ist die *QALY*-Messmethode (Quality-Adjusted Life Years). Dabei werden die gewonnenen Lebensjahre mit einem Lebensqualitäts-Faktor zwischen 0 und 1 gewichtet. Die Methode ist aufwändig und bis jetzt nur für wenige Behandlungsmethoden entwickelt. Die Gewichtung der Lebensqualität basiert auf den Meinungen von Zufallsstichproben der Bevölkerung. Es bleibt offen, ob diese Gewichtung für die persönliche Beurteilung des Patienten zutreffend ist.

Im Buch werden auch verschiedene andere Scores zur Messung der Lebensqualität vorgestellt:

- Q-TWIST: Quality-adjusted Time Without Symptoms of disease and Toxicity
- HYE: Healthy Years Equivalent
- EuroQol: Selbstbeurteilung in fünf Dimensionen: Mobilität, Selbstständigkeit, Alltagsaktivitäten, Schmerz und Unbehagen, Angst und Depression
- HUI: Health Utility Index.

Im Anhang des Buches finden sich, neben einem hilfreichen Glossar mit Begriffserklärung, auch Beispiele für die Qualitätsscores EuroQol und HUI.

Die Ergebnisforschung wird in Zukunft ständig an Bedeutung gewinnen, weil eine grosse, unerklärliche Varianz des ärztlichen Handelns zu teuer und zu gefährlich ist/wird. Es geht also schlicht um die Frage, welche Behandlung denn die beste oder effektivste sei. Die «RAND Corporation» hat schon vor Jahren aufgezeigt, dass ein Drittel der medizinischen Behandlungen unnötig oder von geringer Bedeutung sind. Wir brauchen also dringend mehr Informationen, um die effektivste Behandlung mit dem grösstmöglichen Nutzen wählen zu können.

Die Ergebnisforschung ist insbesondere bei der Einführung von neuen Massenscreening-Empfehlungen von grosser Bedeutung (Mammografie, Colonkarzinom usw.). Will man eine Kosten-Effektivitäts-Analyse machen, stellt sich die Frage, ob die Kosten und Auswirkungen von Alternativen bekannt sind. Die Fragestellungen erreichen einen hohen Komplexitätsgrad; dies bedingt eine sehr vorsichtige Interpretation der Antworten. So hängt zum Beispiel die Frage, ob eine Behandlung kosteneffektiv sei, vom Standpunkt des Fragestellers ab. Die Antwort wird unterschiedlich ausfallen, wenn sie von der Industrie, den Versicherern, dem Arbeitgeber, dem Patienten oder der Gesellschaft gegeben wird.

Zur Beurteilung der *Effektivität* einer Methode genügen die Ergebnisse der Studien mit höchster Qualität oft nicht. Die randomisiert kontrollierten Studien (RCT), als «Goldstandard» unter den Studien, sind innerhalb des Forschungsdesigns sehr präzise, haben also eine sehr hohe interne Validität. Sie lassen sich aber oft nicht auf die Verhältnisse in der wirklichen Versorgungswelt übertragen, weil dort die Patienten heterogener zusammengesetzt, weniger gut informiert, weniger zuverlässig und so weiter sind. Die externe Validität von RCT ist also oft unbefriedigend. Die Kosten-Effektivitäts-Frage muss aber aus der Optik der «real-world» der Routineanwendung beantwortet werden. Für diesen Zweck sind unter Umständen epidemiologische Studien (Kohortenstudie, Fall-Kontrollstudien usw.) besser geeignet.

Kosteneffektivität und ärztliche Ethik

Neben den oben geschilderten Themen enthält das Buch weitere Kapitel, welche die Diskussion über die kritische Beurteilung von Artikeln, Forschungsdesign, die Art der Datensammlung bei klinischen Studien und den Umgang mit Unsicherheit bei statistischen Analysen und ökonomischen Beurteilungen zusammenfassen.

Den Abschluss bildet ein Kapitel

über die *ethischen* Aspekte der Kosten-Effektivitäts-Beurteilung: Die Kostenfrage gehört zur ärztlichen Ethik und zum Verantwortungsbereich im Engagement für die Patienten. Neue Ausgaben für kleine Behandlungsfortschritte müssen gegen die Ausgaben für andere Interventionen abgewogen werden, die möglicherweise einen viel grösseren Benefit ergeben. Accountability bedeutet, neben der intrinsischen Autonomie in der Arzt-Patient-Beziehung auch die soziale Verantwortung in die klinischen Entscheidungen mit einzu beziehen.

Outcome-Messung und Kosten-Effektivitäts-Überlegungen werden in Zukunft deshalb zu den zentralen Pfeilern unseres ärztlichen Handelns gehören. Die Publikation ist ein gelungener Einstieg in das komplexe und eminent wichtige medizinische Gebiet. ■

Autor:

Dr. med. Felix Huber

MediX Gruppenpraxis

Rotbuchstrasse 46

8037 Zürich

E-Mail: felix.huber@medix-gruppenpraxis.ch

Internet: www.medix-gruppenpraxis.ch; www.medix-aerzte.ch

* Silvia M. Ess: Outcomes Research and Economic Evaluation. Reihe Gesundheitsökonomie, Band 2. Verlag EMH, Basel, 2002. In Englisch. ISBN 3-7965-1972-5. Fr. 32.-/Euro 23.-.

Finanzierung der Gesundheitsversorgung in einer alternden Gesellschaft

Der Anteil an alten Menschen in unserer Gesellschaft nimmt stetig zu. Damit steigen auch die Kosten für die medizinische Versorgung und Pflege. Wie kann der daraus resultierende Mehraufwand finanziert werden? Und wo sollen in Zukunft die Grenzen der Versorgung gesetzt werden? Diesen Fragen hat sich die fünfte Tagung des «Forum 2005 Santé – Gesundheit»* gewidmet.

ALEXANDRA SUTER

Ein Menschenleben dauert hierzulande immer länger: Im Jahr 2025 wird die Lebenserwartung der Männer laut demografischen Prognosen voraussichtlich bei 77 Jahren liegen und diejenige der Frauen bei 82 Jahren.

Bis im Jahr 2020 ist mit einer Zunahme der Anzahl der über 65-Jährigen um bis zu 50 Prozent zu rechnen. Bei den über 85-Jährigen wird gar eine Zunahme um bis zu 100 Prozent erwartet.

Diese Entwicklung wirkt sich auf das Gesundheitssystem aus: Die Arbeitsgruppe des «Forum 2005 Santé – Gesundheit» geht davon aus, dass das Altern der Bevölkerung in Zukunft ein Wachstum der Gesundheitsausgaben verursachen wird, selbst wenn das Auftreten einiger Alterspathologien dank besserer Vorsorge und erhöhter Lebensqualität verzögert wird. Besonders neurologische, kardiovaskuläre und genitourinäre Erkrankungen, Krebserkrankungen und der Abbau von Sinnesorganen und Gelenken werden zusätzliche Kosten verursachen.

Rationierung mit offenen Karten

Ein Teil der am Lebensende anstehenden Kosten könnte wahrscheinlich verringert werden, wenn auf die «therapeutische Beharrlichkeit» verzichtet und der natürliche Zeitpunkt

des Todes zugelassen würde. «Der Tod als Teil des Lebens ist zu akzeptieren. Keine Lösung jedoch darf aus ethischer Sicht die Rationierung aufgrund des Alters sein», sagte Martin Lysser im Namen der Arbeitsgruppe. «Leistungseinschränkungen bei der Grundversicherung könnten zur Diskriminierung von Altersgruppen führen und einer Rationierung Vorschub leisten, welche an die Berechnung einer «gerechten Lebensdauer» gebunden ist.» Letztere gründet auf der Idee, dass jeder Mensch über einen Lebensvorrat auf der Basis einer durchschnittlichen Sterblichkeit verfügt und dass die Gesellschaft das Leben nicht über diesen Vorrat hinaus verlängern muss.

Eine Rationierungsdebatte müsse auf jeden Fall geführt werden, meinte Markus Dürr, Vorsteher des Luzerner Gesundheitsdepartements: «Versteckte und willkürliche Rationierung ist heute Realität.» Dafür gebe es zahlreiche Beispiele: der Verzicht auf teure Diagnosegeräte, Spitalschliessungen, fehlende Ressourcen auf der Intensivstation. Besonders ältere Menschen seien von Rationierungsmassnahmen betroffen, etwa wenn ihnen aufgrund des hohen Alters eine sehr teure Behandlung verweigert werde. Markus Dürr forderte daher: «Wo Rationierung stattfindet, muss sie transparent sein und sich nach allgemein verbindlichen, anerkannten Regeln richten.»

Wo aber sollen nun die Grenzen zwischen «therapeutischer Beharrlichkeit» und einer diskriminierenden Rationierung gezogen werden? Wie umfangreich sollen die Behandlung am Lebensende und die medizinische Versorgung betagter Menschen sein? Ein Tagungsteilnehmer erinnerte daran, dass ältere Menschen nicht für die Mehrkosten schuldig gesprochen und bestraft werden sollten, da sie im Leben viel geleistet hätten. Auch Jean Arnautou war der Meinung, dass es nicht angebracht sei, die Älteren zu diskriminieren, denn das wäre nichts anderes als «ageism». Aus dem Publikum kam zudem die Bemerkung, dass gerade

die Gruppe der älteren Menschen bei medizinischen Studien kaum untersucht würde. Daher fehle es an grundlegendem Wissen über Nutzen und Erfolg bei Behandlungen im Alter.

Grundsätzliche Gedanken zur Ethik machte sich der Philosoph Jan Marejko: «Mit Technik und Wissenschaft werden wir das Paradies nicht finden und den Tod nicht besiegen. Vielmehr geht es darum, solche Bestrebungen zu mässigen.» Doch gerade für medizinische Fortschritte im Bereich der Arzneimittelversorgung plädierte Franz Schneller. Er erklärte, dass mit modernen Medikamenten die Lebensqualität gesteigert und Spitalaufenthalte vermindert werden könnten. Daher zahle sich eine schnelle Zulassung neuer Arzneimittel längerfristig aus. Dem gegenüber äusserte sich Markus Dürr skeptisch: «Es werden Millionen von Franken für Medikamente ausgegeben, welche nichts nützen oder überhaupt nicht eingenommen werden.»

Abschliessende Antworten auf ethische Fragen wurden an der Tagung nicht gefunden. Doch die Arbeitsgruppe des «Forum 2005 Santé – Gesundheit» brachte mehrmals zum Ausdruck, dass es unbedingt möglich sein müsse, ein zukünftig teureres Gesundheitssystem zu finanzieren – ohne Abstriche bei bestimmten Bevölkerungsgruppen zu machen.

Vorschläge für eine nachhaltige Finanzierung

Für die Finanzierung der Gesundheitsversicherung in Zukunft präsentierte die Arbeitsgruppe konkrete Vorschläge, welche auf Grundsätzen wie Einheitlichkeit, Solidarität, Gleichstellung und Effizienz beruhen:

- In der Grundversicherung soll nicht der Leistungskatalog reduziert, sondern die Spezialitätenliste begrenzt werden, und «Lifestyle-Präparate» sollen in die Zusatzversicherungen aufgenommen werden. Gleichzeitig sollen die Prämien der Grundversicherung gesenkt werden.
- Kosten, die das Lebensende und chronische Krankheiten betreffen,

werden von der Grundversicherung ausgeschlossen und durch eine separate Basisversicherung finanziert.

■ Ein Fonds soll eingerichtet werden, welcher von Industrie- und Dienstleistungsbetrieben im Gesundheitsbereich finanziert wird.

■ Für die Gesundheitsversicherung könnten auch Einnahmen der Mehrwertsteuer oder Einkommensabzüge verwendet werden.

■ Eine weitere Finanzquelle ist die «Gesundheitskapitalbildung», obligatorisch für Menschen ab 50 Jahren.

■ Ebenfalls auf der Solidarität zwischen den Generationen basiert eine Kostenbeteiligung von Personen ab 65 Jahren mit hohem Einkommen.

Auch zur Dämpfung der Gesundheitskosten wurden mögliche Massnahmen genannt:

■ Eine obligatorische Patientenkarte, auf welcher individuelle Informatio-

nen zu Krankheiten und Behandlungen elektronisch gespeichert sind, dient der Versorgungskontinuität und verhindert Doppelspurigkeiten. Anforderungen des Datenschutzes müssen dabei berücksichtigt werden.

■ Richtlinien zur Behandlung und Prävention bilden eine Massnahme, um im Sinn der «evidence based medicine» schlechte oder schlecht ausgeführte Praktiken einzuschränken.

■ Mit der Aufwertung der Pflegeberufe können Qualität und Effizienz bei der Pflege verbessert werden.

■ In Bezug auf das Lebensende sollen frühzeitig erteilte Verfügungen eine grössere Rolle spielen, die es dem Patienten ermöglichen, mitzuentcheiden. Verfügungen erleichtern die Ablehnung bestimmter Behandlungen wie der Reanimation und den Zugang zur Palliativmedizin.

■ Die soziale Verantwortung soll stärker wahrgenommen werden. Das

heisst etwa, dass die Pflege betagter Menschen vermehrt in die Bevölkerung integriert wird.

■ Von zentraler Bedeutung ist es auch, den Lebensstil qualitativ zu verbessern, mehr Prävention zu betreiben und die Eigenverantwortung bezüglich Gesundheit zu stärken.

Bei der Abstimmung durch das Tagungspublikum fanden folgende Vorschläge besonders Anklang: die Patienten in angepasste Strukturen einzuweisen (45 %) sowie die Patientenkarte einzuführen (31%). Antoine Bailly brachte bei Tagungsende seine Hoffnung zum Ausdruck, dass vor allem verstärkte soziale Verantwortung und ein vereinfachtes, einheitliches Gesundheitssystem die Kosten der Zukunft auffangen könnten.

Bericht:

ALEXANDRA SUTER

Lic. phil. I, Journalistin

Zielstrasse 15

8400 Winterthur

E-Mail: ardnaxela@bluewin.ch

Die Referenten

Referate hielten ...

... Mitglieder der Arbeitsgruppe «Forum 2005 Santé – Gesundheit»:

- Präsident: Prof. Dr. Antoine Bailly, Abteilung Médiométrie der Universität Genf
- Dr. Mauro Gabella, Generaldirektor Sanofi-Synthélabo (Schweiz) AG, Meyrin



- Jean-Louis Franzetti, Sanofi-Synthélabo (Schweiz) AG, Meyrin
- Dr. Yves Guisan, Nationalrat, Hôpital du Pays d'Enhaut, Château d'Oex
- Martin Lysser, Schweizerischer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger, Zürich
- Dr. Olivier Bugnon, Schweizerischer Apothekerverein, Liebefeld
- PD Dr. Jean-Philippe Reymond, Institut central des hôpitaux valaisans, Sion

... und weitere Redner, die sich mit Fragen des Gesundheitswesens befassen:

- Franz Schneller, Vereinigung der Importeure Pharmazeutischer Spezialitäten VIPS, Zug
- Markus Dürr, Regierungsrat, Gesundheitsdepartement Luzern, Komitee der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz SDK
- Pierre-Marcel Revaz, Vizepräsident Santésuisse, Direktor Groupe Mutuel, Martigny
- Alain Junger, Institut de santé et d'économie ISE, Lausanne
- Jan Marejko, Journalist und Philosoph, Genf
- Dr. Jean Arnautou, Groupement des hôpitaux non universitaires de France, Hôpital d'Agen
- Dr. André Dubied, Apotheker am Kantonsspital Baden.

Literatur: Bailly, A., Bernhardt, M., Gabella, M.: Pour une santé de qualité en Suisse. 2003. Economica, Paris; 84.

* Die fünfte Tagung des «Forum 2005 Santé – Gesundheit» fand am 16. Januar in Montreux statt. Die Arbeitsgruppe des «Forum 2005 Santé – Gesundheit» ist eine unabhängige Vereinigung mit dem Ziel, zur Verbesserung der schweizerischen Gesundheitspolitik beizutragen. Ihre Mitglieder arbeiten auf freiwilliger und unentgeltlicher Basis.

Internet: www.forum-sante-2000.ch

Stimmen zu Entwicklungen im Gesundheitswesen

Von Managern lernen

Neben vielen Unterschieden bestehen zwischen Ärzten und Managern auch einige Gemeinsamkeiten, so schreibt Richard Smith im «British Medical Journal» vom 22. März 2003, das sich dem Schwerpunktthema «Ärzte und Manager» widmet. Gemeinsam ist den beiden Berufen zum Beispiel, dass sie Kreativität verlangen und die Fähigkeit, mit Unsicherheit umzugehen; zudem arbeiten laut Smith Ärzte wie Manager extrem hart (oft so hart, dass es ihnen selber und ihren Familien schadet); beide reagieren auf finanzielle Anreize; beide sind sich gewohnt, Risiken zu übernehmen; beide brauchen kommunikative Fähigkeiten; und für beide sind Offenheit und zwischenmenschliche Fähigkeiten wichtig. Beide Berufe waren bisher von älteren weissen Männern dominiert, während Frauen und ethnische Minderheiten es in beiden Berufen schwer hatten. Zwar hat die Medizin gegenüber dem Management einige Vorteile, so etwa die stärkere Wissenschaftsbasierung, etablierte und hoch stehende Fachzeitschriften und die lange Berufstradition (verbunden mit vielen wertvollen Einrichtungen wie Fachgesellschaften, Berufskodexen usw.). Dennoch haben laut Smith die Ärzte vermutlich mehr von den Managern zu lernen als umgekehrt: Ärzte müssen lernen, strategisch (und hiermit abstrakt) zu denken; sie müssen lernen, zu führen (d.h. Wege vorzugeben und Leute zu motivieren) und sich führen zu lassen; sie müssen lernen, über Systeme statt über Individuen nachzudenken; sie müssen lernen, in Teams zu arbeiten, mit Meinungsverschiedenheiten und Konflikten umzugehen und Win-win-Lösungen auszuhandeln, anstatt nur vom Gegenüber Zugeständnisse zu verlangen; und sie müssen lernen, mit Ökonomie und Finanzen umzugehen. (rs)

Quelle: Richard Smith: *What doctors and managers can learn from each other.* A lot. BMJ 2003; 326: 610-11. Internet: www.bmj.com

Gentests fördern biologisches Krankheitsverständnis

Es seien, so Patrick Imhasly im «Bund», zwar viele Gentests für verschiedene Krankheiten auf dem Markt, wirklich aussagekräftige Resultate lieferten solche Tests aber nur bei wenigen Krankheiten. Beschränkt sind – laut einer von Imhasly zitierten Psychologin vom Londoner Kings College – offenbar auch die Auswirkungen der Ergebnisse von Gentests auf die Betroffenen: Die Ergebnisse beeinflussen das Wohlbefinden der Betroffenen nicht unbedingt, und nur wenige Menschen ändern ihr Verhalten, um ihr genetisch erhöhtes Erkrankungsrisiko zu senken. Wenn sich Menschen mit einem genetisch erhöhten Risiko für Lungenkrebs aber entscheiden, mit dem Rauchen aufzuhören, tun sie dies gemäss einer Studie überdurchschnittlich häufig mit Hilfe eines pharmazeutischen Raucherentwöhnungsmittels, während Menschen ohne spezielle Veranlagung dabei eher auf die Kraft ihres eigenen Willens setzen. Offenbar führten, so schliesst die Psychologin aus diesem Studienbefund, «Gentests zu einem eher biologischen Umgang mit Krankheiten». (rs)

Quelle: Patrick Imhasly: *Genetisches Minenfeld.* «Der Bund», 27. Februar 2003.

Netzwerke auf Druck der Versicherten

Wenn Menschen, die sich nicht einem Netzwerkmodell anschliessen, mit einem höheren Selbstbehalt bestraft werden, erhöht dies zwar sicher – insbesondere für chronisch Kranke oder Patienten mit einer teuren Therapie – den Anreiz, einem Netzwerkmodell beizutreten. Doch zugleich handelt es sich bei dieser von der Gesundheitskommission (SGK) des Ständerats vorgeschlagenen Änderung der Anreize um einen «sozialen Seiltanz», wie CVP-Ständerat Philipp Stähelin es ausdrückt. Denn wenn die Versicherungen nicht in allen Regionen des Landes Ärztenetzwerke unter Vertrag nehmen, werden auch viele einkom-

mensschwache Versicherte künftig einen höheren Selbstbehalt bezahlen müssen. Die Sozialdemokraten fordern deshalb, dass die Änderung der Anreize mit der Einführung von flächendeckenden Ärztenetzwerken kombiniert werden soll. Die SGK dagegen vertraut darauf, dass sich solche Netzwerke «von alleine in möglichst vielen Regionen des Landes durchsetzen» – nicht zuletzt auf Druck der Versicherten. (rs)

Quelle: Antonio Cortesi: *Wer mehr zahlt, hat freie Arztwahl.* Tages-Anzeiger, 27. Februar 2003.

«Sonderlösungen schwächen Betroffene»

Die Pro Infirmis Zürich fördert im Rahmen des Projekts «Berührer/innen» den Aufbau eines «privaten selbstständigen Dienstleistungsangebots im Bereich der Sexualität, das die speziellen Bedingungen und Bedürfnisse von Menschen berücksichtigt, die es aufgrund körperlicher oder geistiger Behinderung schwer haben, Partner/innen für intime Beziehungen zu finden, und auf dem normalen Sexmarkt gegenüber nichtbehinderten Kunden und Kundinnen benachteiligt sind». Die Pro Infirmis Zürich organisiert Schulungen und führt eine Adressliste der AbsolventInnen, welche sich unter anderem zu Fairness und Verschwiegenheit verpflichten; sie unterstützt die Schulungen finanziell und bietet den Anbieter/innen bei Bedarf Unterstützung bei Umsetzungsfragen im Alltag an. Das Projekt stösst erwartungsgemäss nicht überall auf Begeisterung. Kritisch äussert sich, wie die «Sonntagszeitung» berichtet, zum Beispiel Peter Wehrli vom Zentrum für selbstbestimmtes Leben. Er wehrt sich dagegen, dass «nun sogar die intimste Zärtlichkeit Teil der totalen Institution wird». Jede Sonderlösung für Behinderte stärke diejenigen, die den Dienst anbieten, und schwäche letztlich die Betroffenen noch mehr. (rs)

Quelle: Petra Wessalowski: *Grossandrang für die Rolle als Lustvermittler.* Sonntagszeitung, 30. März 2003; weitere Informationen: www.proinfirmis.ch; www.zslschweiz.ch

Datum, Ort	Veranstaltung	Kontaktadresse
5. Juni, Zürich	Krankenkasse aus Konsumentensicht	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
5. Juni, Gland	Journée de réflexion sur la promotion de santé	Réseau suisse des hôpitaux promoteurs des santé, un réseau de l'OMS, Weidweg 14, 5034 Suhr. Tel. 062-836 20 30. E-Mail: contact@healthhospitals.ch; Internet: ww.healthhospitals.ch
12. Juni, Olten	Fachtagung Qualitätsförderung und Finanzierung mit dem RAI für Spitex und Heime	Spitex Verband Kanton Solothurn, Zuchwilerstrasse 41, 4500 Solothurn. Tel. 032-623 00 33. Internet: www.spitexso.ch
13.–14. Juni, Zürich	Tagung: Solidarische Gesundheitspolitik oder Zwei-Klassen-Medizin	Paulus-Akademie Zürich, Carl Spitteler-Strasse 38, 8053 Zürich. Tel. 01-381 34 00. Fax 01-381 95 01. E-Mail: paz.veranstaltungen@bluewin.ch; Internet: www.paulus-akademie.ch
13.–14. Juni, Fontainebleau, France	Innovation and the Future of Healthcare	INSEAD Health Management Initiative, Ana-Cristina De Sage, Boulevard de Constance, F-77305 Fontainebleau Cedex. Tel. 33 1 60-72 41 89. Fax 33 1 60-74 55 66. E-Mail: HMI-GROUP-ACCOUNT.fb@insead.edu; Internet: www.insead.edu/events/healthcare2020
20. Juni, Nottwil	Picker-Symposium: Der Patient im Mittelpunkt	Picker Institut, Ibelweg 18 A, 6300 Zug. Tel. 041-766 10 40. Fax 041-766 10 45. Internet: www.picker-europe.ch
25.–26. Juni, Fürigen am Bürgenstock	Koordination zwischen Haftpflichtanspruch, Privat- und Sozialversicherung	Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis (s. oben)
25.–26. Juni, Luzern	Schmerz und Arbeitsunfähigkeit	Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis (s. oben)
25.–27. Juni, Berlin	Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit (Fachkongress für Ärzte, Pflege und Management)	Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit, Palisadenstrasse 48, D-10243 Berlin. Tel. 030-42 028 184. Fax 030-42 028 190. E-Mail: info@hauptstadtkongress.de; Internet: www.hauptstadtkongress.de
26.–27. Juni, Interlaken	PCS (Patient Classification Systems) Schweiz: APDRG-Konferenz	Institut de santé et d'économie, Silvia Devidal, Site de Cery, 1008 Prilly. Tel. 021-641 05 80. Fax 021-641 05 81. E-Mail: silvia.devidal@inst.hospvd.ch; Internet: www.hospvd.ch/ise/apdrg
14.–16. August, Baltimore, USA	RHFM: 9 th Annual International Symposium	International Society for Research in Healthcare Financial Management iS RHFM, The Tasco Building, 6600 York Road, Suite 107, Baltimore, MD 21212 USA. Tel. 1-305 348 2861. Fax 1-810 815 5378. E-Mail: workshop@rhfm.org; Internet: www.rhfm.org
20.–21. August, Nottwil	Gesundheitsforum Nottwil	Gesundheitsforum Nottwil, Daniel Feusi, 6207 Nottwil. Tel. 041-939 53 95. E-Mail: info@gesundheitsforum-nottwil.ch; Internet: www.gesundheitsforum-nottwil.ch
21.–22. August, Basel	Werkchau Public Health Schweiz	Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Steinengraben 49, 4051 Basel. Tel. 061-267 60 66. Fax 061-267 61 90. Internet: www.unibas.ch/ispmb/werkchau.html
21.–23. August, Vilnius, Litauen	XVI th Conference on Philosophy in Medicine and Healthcare: European Integration – Philosophy and Ethics in Healthcare	Prof. Dr. Henk ten Have, Catholic University, Dept. of Ethics, Philosophy and History of Medicine, PO Box 9101, 6500 HB Nijmegen, The Netherlands. Fax 31-24 354 02 54. Internet: www.sam.lt/bioetica/ecpmhc/eng/index.htm
9. September, Dättwil	14. Controller-Tagung	Sekretariat Controller-Tagung, Jacqueline Mundt-Jenny, Postfach 1107, 8201 Schaffhausen. Tel. 052-624 00 16. Fax 052-624 00 54. E-Mail: programm72@swissworld.com; Internet: www.controllerverein.ch
11.–12. September, Biel	4. Nationale Spitex-Kongress: Netzwerke und Kooperationen	Spitex Verband Schweiz, Belpstrasse 24, Postfach 329, 3000 Bern 14. Tel. 031-381 22 81. Fax 031-381 22 28. E-Mail: admin@spitex.ch; Internet: www.spitex-schweiz.ch
20. September, Berlin	Berliner Gespräche zum Gesundheitswesen	Thieme Veranstaltungsmanagement, Georg Thieme Verlag, Rüdigerstrasse 14, D-70469 Stuttgart. Tel. 0711-8921 320. Fax 0711-8931 370. E-Mail: fortbildung@thieme.de; Internet: www.thieme.de
24. September, Aarau	Denk quer! Werkstattgespräche für Selbsthilfe-Organisationen	Stiftung KOSCH, Geschäftsstelle, Laufenstrasse 12, 4053 Basel. Tel. 061-333 86 01. Fax 061-333 86 02. E-Mail: gs@kosch.ch; Internet: www.kosch.ch
25. September, Bern	Telemedizin-Kongress	Schweizerische Gesellschaft für Telemedizin, Thomas Lyssy, Hochstrasse 113, 4053 Basel. Tel. 061-338 92 00. Fax 061-338 92 10. E-Mail: info@sgtm.ch; Internet: www.sgtm.ch
27. September, Zürich	Seele und Forschung	Sekretariat Schweizerische Gesellschaft für Analytische Psychologie SGAP, Laupenstrasse 2, Postfach 8524, 3001 Bern. Tel. 031-381 66 12. Fax 031-381 66 14. E-Mail: kontakt@sgap.ch; Internet: www.sgap.ch
28.–30. September, Hamburg	2. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung: Psychosoziale Versorgung in der Medizin	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Abteilung für Medizinische Psychologie, Martinistrasse 52 (S 30), D-20246 Hamburg. Tel. 040-42803 2963. Internet: www.zvfk.de
29. September–1. Oktober, San Diego, USA	The 9 th Annual Disease Management Congress	Disease Management Congress, P.O. Box 414521, Boston, MA 02241-4521. USA Tel. 888-882-2500. Fax 941-365-0157. Internet: www.diseasemanagementcongress.com
Datum, Ort	Weiter- und Fortbildung	Kontaktadresse
Beginn: 26. Juni (9 Tage), Bern	Qualitätsmanagement für Ärztinnen und Ärzte	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

Datum, Ort	Weiter- und Fortbildung	Kontaktadresse
Beginn: 22. August (12 Tage), Zürich	Nachdiplomkurs «Ethische Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen»	Institut Dialog Ethik, Sonneggstrasse 88, 8006 Zürich. Tel. 01-252 42 01. Fax 01-252 42 13. E-Mail: info@dialog-ethik.ch; Internet: www.dialog-ethik.ch
Beginn: 29. August (10 Tage), Winterthur	Nachdiplomkurs «Fallmanagement»	WIG (s. oben)
Beginn: 11. September (10 Tage)	Nachdiplomkurs «Medizin- und Spitalinformatik»	WIG (s. oben)

Hinweise erwünscht:

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

Info • Info • Info • Info • Info • Info • Info • Info • Info • Info • Info • Info • Info • Info • Info

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

Medikamente in Nachbarländern deutlich günstiger als in der Schweiz

Bereits zum zweiten Mal verglich das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) im Auftrag der SWICA-Gesundheitsorganisation die Preise der 70 in der Schweiz umsatzstärksten Arzneimittel der Spezialitätenliste (SL-Liste) mit denjenigen der Nachbarländer. Fazit: Die Medikamentenpreise (ohne Mehrwertsteuer) sind in der Schweiz weiterhin am höchsten.

Insgesamt hat sich das Preisniveau der Top-70-Medikamente in der Schweiz von rund 10 000 Franken im Jahr 2001 auf 14 700 Franken erhöht: Grund: Es rangieren neue, teurere Medikamente unter den Top-70-Medikamenten. Auch in den Vergleichsländern ist diesbezüglich eine ähnliche Entwicklung festzustellen.

Nachbarländer günstiger

Für 61 der 70 Medikamente konnte in allen Ländern ein identisches Vergleichsprodukt gefunden werden. Der Preisvergleich zeigt, dass die entsprechende Preissumme (ohne Mehrwertsteuer) in der Schweiz am grössten ist. Im

Durchschnitt sind diese Medikamente in Deutschland um 8,5 Prozent und in Österreich um 18,1 Prozent günstiger. In Italien sind es sogar 21,5 Prozent und in Frankreich 28,0 Prozent.

Wenig Generika

Von den in die Untersuchung einbezogenen Medikamenten wurden in der Schweiz im Jahr 2002 lediglich für 17 Medikamente ein oder mehrere Generika angeboten. In der ersten Studie waren es 12 Medikamente. Die 17 Generika sind insgesamt 26 Prozent günstiger als die Originalpräparate. Der Marktanteil der Generika hat zwar leicht zugenommen und steigerte sich von 3,2 Prozent im Jahr 2000 auf 4 Prozent im Jahr 2001. Dies zeigt, dass das Wachstumspotenzial sehr gross sein könnte. Doch die Generikapräparate machen noch immer nur 5,1 Prozent der Verkäufe von Arzneimitteln aus, die auf der Spezialitätenliste aufgeführt sind und von der Krankenversicherung vergütet werden.

Weitere Informationen erhalten Sie bei SWICA Gesundheitsorganisation, Nicole Graf, Leiterin PR & Information, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur. Tel. 052-244 22 59. Fax 052-244 22 77. E-Mail: nicole.graf@swica.ch

managed
care

Liebe Leserin, lieber Leser,

Möchten Sie die Zeitschrift Managed Care in Zukunft regelmässig erhalten? Dann füllen Sie bitte den unten stehenden Talon aus und senden Sie ihn an: Rosenfluh Publikationen, Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen, Fax 052-675 50 60.

TALON

■ Ich abonniere «Managed Care» zum Preis von 90 Franken für ein Jahr (8 Ausgaben).

Name Vorname

Strasse

PLZ, Ort

Fortschrittsfreundliche Pflegedienstleitende

Um den heutigen Ansprüchen an die Gesundheitsversorgung gerecht werden zu können, müssen alle Berufsgruppen im Spital anerkennen, dass klinische Entscheidungen ökonomische Dimensionen haben; dass es ein Gleichgewicht zwischen Autonomie und Verantwortlichkeit (accountability) der Kliniker braucht; dass die klinische Arbeit systematisiert werden muss und dass das Zusammenwirken der verschiedenen Berufsgruppen im Team für den Erfolg entscheidend ist. Doch nicht alle Berufsgruppen unterstützen alle vier genannten Forderungen. Dies ergab eine Befragung von 3065 klinisch tätigen Ärzten, medizinischen Leitungspersonen, VerwaltungsdirektorInnen, Pflegedienstleitenden und klinisch tätigen Pflegenden aus 26 Spitälern in England, Wales, Australien und Neuseeland. Die Mehrheit der Ärzte lehnt alle vier Forderungen ab; die Mehrheit der medizinischen Leitungspersonen anerkennt nur die ökonomischen Auswirkungen klinischer Entscheidungen sowie die Verantwortlichkeit der Kliniker, die Mehrheit der Verwaltungsdirektoren anerkennt nur die Verantwortlichkeit der Kliniker sowie den Bedarf nach Systematisierung der klinischen Arbeit, und die Mehrheit der klinisch tätigen Pflegenden anerkennt nur die Bedeutung des multidisziplinären Teams. Dagegen unterstützen die leitenden Pflegenden alle vier Forderungen. Wenn die Modernisierung der Gesundheitsversorgung Erfolg haben soll, muss sie nach Meinung der AutorInnen auf der Ebene der Kliniker ansetzen. Die grösste Motivation und die besten Ideen hierzu haben, wie die Studie zeigt, nicht selten die Pflegedienstleitenden; Ärzte und Manager sollten deshalb vermehrt die Zusammenarbeit mit ihnen suchen. (rs)

Pieter Degeling et al.: *Medicine, management, and modernisation: a «danse macabre»?* BMJ 2003; 326: 649–52. Internet: www.bmj.com

Einklagbare Rechte für Privatversicherte

Die Schweizerische Patientenorganisation (SPO) fordert die Kantone auf, den «Kodex für die Honorarab-

rechnungen bei Halbprivat- und Privatpatienten» in ihre Gesetzgebung aufzunehmen. Der Kodex verlangt unter anderem, dass der vom Patienten gewählte Operateur den Eingriff mit dem Patienten besprechen und dass er alle wesentlichen und kritischen Schritte selbst durchführen oder dabei in lehrender Funktion assistieren soll. Aus Sicht der SPO ist eine gesetzliche Regelung notwendig, denn es gehe hier um «Rechte, die einklagbar sein müssen». (rs)

Quelle: *Patientenorganisation will Gesetz zur freien Arztwahl der Privatversicherten.* NZZ am Sonntag, 16. März 2003.

Gesundheitskarte im Test

Das Tessiner Kantonsparlament hat einen Kredit gesprochen, um ab 2005 mit Freiwilligen die Gesundheitskarte zu erproben. Neben administrativen und Notfallinformationen sollen auf der Karte auch ärztliche Rezepte oder Überweisungen sowie Verweise auf Laborbefunde, Röntgenbilder und durchgeführte Therapien gespeichert werden können. (rs)

Quelle: *Christina Leutwyler: Freiwillige testen im Tessin eine Gesundheitskarte.* Tages-Anzeiger, 14. März 2003.

Qualität in Schweizer Spitälern

Die Spitäler in der Schweiz legen Wert darauf, die Patientinnen und Patienten über die Diagnosestellung sowie über therapeutische und pflegerische Massnahmen zu informieren. Dies zeigt der Qualitätsbericht 2001 der KIQ (Nationale Koordinations- und Informationsstelle für Qualitätsförderung H+/santésuisse), der im Januar 2003 erschienen ist. Laut dem Bericht haben rund 62 Prozent beziehungsweise über 70 Prozent von 309 befragten Spitälern in den Jahren 2000 und 2001 überprüft, ob die Patienten während des Spitalaufenthalts über die Diagnosestellung beziehungsweise über therapeutische und pflegerische Massnahmen informiert wurden. Weniger häufig überprüften die Institutionen, ob die PatientInnen über mögliche Kostenfolgen für sie selber sowie über die Entbindung vom Arztgeheimnis informiert wurden: Ersteres überprüften rund 44, Letzteres rund

VORSCHAU

Schwerpunktthema: SOZIALE UNTERSCHIEDE UND GESUNDHEIT

Ungleiche soziale Verteilung von Gesundheit und Krankheit

Frauen und Gesundheit

In Arme investieren!

Schichtspezifischer Zugang in der Gesundheitsförderung

Soziale Unterschiede und Gesundheitszustand aus Sicht der Politik

Soziale Einflüsse auf die psychische Gesundheit

Diskriminierung auf dem Arbeitsmarkt und in der Invalidenversicherung

33 Prozent der Institutionen. Zum Teil zeigten sich Unterschiede zwischen privaten und öffentlichen/gemeinnützigen Spitälern: 55 Prozent der privaten und 65 Prozent der öffentlichen/gemeinnützigen überprüften, ob die PatientInnen über die Diagnosestellung informiert wurden. Dagegen überprüften 62 Prozent der privaten und nur 35 Prozent der öffentlichen/gemeinnützigen Spitäler, ob die PatientInnen über mögliche Kostenfolgen für sie informiert worden seien. Der Qualitätsbericht 2001 der KIQ basiert auf der Befragung der insgesamt 331 Institutionen, die dem Qualitäts-Rahmenvertrag H+/santésuisse angehören. Diese Institutionen sind laut Vertrag verpflichtet, einen strukturierten Fragebogen zur umfassenden Qualitätsberichterstattung auszufüllen. Der Fragebogen für den Bericht 2001 enthielt Fragen zu den Themenbereichen Politik und Strategie, Kommunikation und Information, Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Sicherheit in der Institution und Ergebnisse.

Der Bericht kann unter der folgenden Adresse bezogen werden: KIQ, Nationale Koordinations- und Informationsstelle für Qualitätsförderung H+/santésuisse, Thunstrasse 17, Postfach, 3000 Bern 6. Tel. 031-357 38 40. Fax 031-357 38 01. E-Mail: info@kiq.ch; Internet: www.kiq.ch