



managed care

1 • 2003

Integrierte Versorgung als Gütesiegel

Lernen vom Beispiel des Knospe-Labels?

Triolog – drei Parteien im Gespräch

Marketing in der Arztpraxis

Marktforschung im Gesundheitswesen

Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze

Versicherteninformation zur integrierten Versorgung

Ärztliche Qualitätssicherungsmodelle im Vergleich

Können und dürfen wir Verhalten managen?

Aufgeschnappt am vierten Forum-Managed-Care-Symposium

Seite der Pflege: selbständig erwerbstätig

Zusatzinformationen zum Projekt «Ärztlerating» der Helsana

**Seite von med-swiss.net: Wie kann die Attraktivität
gesteuerter Versicherungsmodelle verbessert werden?**

www.fmc.ch

www.medpoint.ch

en français:

www.managedcareinfo.net

Braucht es Marken und Gütesiegel für die Umsetzung von Managed Care?

Leo Buchs

Das stärkste, glaubwürdigste Label im Food-Geschäft der Schweiz dürfte die Knospe von Bio Suisse sein. Der Knospe-Slogan «Ist die Knospe drauf ist Bio drin» fasst exakt zusammen, was die Stärke dieses Labels ausmacht: absolutes Vertrauen. Deshalb haben die Organisatoren des vierten Symposiums des Forums Managed Care (FMC) den Geschäftsführer des Dachverbandes Bio Suisse eingeladen, über die Entwicklung der Bio-Knospe zu berichten und aufzuzeigen, wie es die Biobauern mit diesem Label geschafft haben, sich von den übrigen Produzenten abzuheben. Ohne sich im Detail in biologischer Produktion auszukennen, waren die Verantwortlichen des Symposiums überzeugt, dass die «Produzenten im Gesundheitswesen» vom Beispiel der Bio-Knospe lernen können.

Begriffe wie Marketing, Marke und Label sind heute im schweizerischen Gesundheitswesen noch verpönt. Doch auch Arzneimittel und medizinische Dienstleistungen werden bekanntlich mittels Marketinginstrumenten abgesetzt. Wieso sollen die Vorzüge von Managed Care beziehungsweise «integrierter Gesundheitsversorgung» nicht ebenfalls «vermarktet» werden können?

«HMO-Versicherte geniessen ... eine gezielte individuelle und ganzheitliche medizinische Betreuung, die vom HMO-Arzt begleitet und koordiniert wird.» Tönt doch eigentlich gut, was da im Prospekt eines grossen Krankenversicherers steht. Und trotzdem haben nur 7 Prozent der Schweizer Bevölkerung ein HMO- oder Hausarztmodell gewählt. Seit vier Jahren stagnieren die Zahlen. Sind die Produkte nicht gut genug, oder sind sie nicht richtig vermarktet worden?

Am FMC-Symposium vom 15./16. November 2002 ist aufgezeigt worden, dass Marketing einen massgeblichen und nachhaltigen Beitrag zur Umsetzung von Managed-Care-Strategien und integrierter Versorgung leisten kann. Das Symposium bot Gelegenheit, aus anderen Branchen zu lernen und mit Experten aus Marktforschung, Marketing und Qualitätsmanagement die Grundlagen für eine erfolgreiche Positionierung von Managed Care zu entwickeln. Wichtig ist dabei, dass Qualität und Leistung möglichst weitgehend standardisiert werden können.

Fazit dieses Symposiums: Labels und Markenbezeichnungen werden im Gesundheitswesen umso wichtiger, je stärker sich die Angebote echt differenzieren und je stabiler, das heisst personenunabhängiger, die Werte, welche die Marke verkörpert, umgesetzt werden können. Marketing kann einen massgeblichen Beitrag zum Funktionieren von Managed Care leisten. Erfolgsbedingung ist allerdings eine aktive Marktbearbeitung mit guter Kommunikation und wettbewerbsorientierten Instrumenten.

Ich hoffe, dass das Symposium dazu beigetragen hat, die Vorurteile gegenüber Begriffen wie Marke, Label und Gütesiegel im Gesundheitswesen abzubauen. Auch die Berichte zum FMC-Symposium in dieser Ausgabe sollen dazu beitragen.



Leo Buchs

Leo Buchs

MHC-Consulting BUCHS & Partner

E-Mail: l.buchs@mhc-consulting.ch

SCHWERPUNKTTHEMA:

INTEGRIERTE VERSORGUNG ALS GÜTESIEGEL

Artikel und Workshopberichte zum 4. FMC-Symposium vom 15./16. November 2002 in Engelberg

- 8** **Lernen vom Beispiel des Knospe-Labels?**
 Christof Dietler
 Der Biolandbau verdankt seinen Erfolg nicht zuletzt dem gemeinsamen Qualitätslabel: der Bio-Knospe. Was können die Anbieter integrierter Gesundheitsversorgung von den Biobauern und -bäuerinnen lernen?
- 11** **Trialog - drei Parteien im Gespräch**
 Sibylle Schröder und Brigitte Casanova
 Von einer integrierten Versorgung kann erst gesprochen werden, wenn auch die Krankheitserfahrenen («PatientInnen») und die Angehörigen als ExpertInnen mit einbezogen werden. In der Psychiatrie gibt es ein Modell dafür: den Trialog.
- 14** **Marketing in der Arztpraxis**
 Hansruedi Federer
 Fachliche Kompetenz allein genügt heute nicht mehr. Ein erfolgreicher Arzt braucht auch einen gewissen unternehmerischen Sinn und ein Gespür für Marketing.
- 16** **Marktforschung im Gesundheitswesen**
 Rita Schnetzler
 In einem Workshop unter der Leitung von Claude Longchamp lernten die Teilnehmenden die Grundlagen der Marktforschung kennen, und sie diskutierten über konkrete Fragen zur Marktforschung im Gesundheitswesen.
- 18** **Qualität greifbarer machen: Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze**
 Joachim Szecsenyi, Johannes Stock, Björn Broge
 Wenn eine Krankenkasse mit einem Arztnetz einen Vertrag abschliesst, muss sie die Qualität im Netz kennen und wissen, wie sie sich entwickelt. Zu diesem Zweck hat die AOK Qualitätsindikatoren entwickelt.
- 22** **Versicherteninformation zur integrierten Versorgung**
 Jutta Rübiger
 Was genau wollen Versicherte über integrierte Versorgungsmodelle wissen, bevor sie sich dafür oder dagegen entscheiden?
- 24** **Ärztliche Qualitätssicherungsmodelle im Vergleich**
 Drei ärztliche Qualitätssysteme aus der Schweiz werden einander gegenübergestellt: Qualimed-net, die EQUAM-Stiftung und swisspep Quali Doc. Auf die Fragen von Brigitte Casanova antworten Peter Christen, Florian Suter und Beat Künzi.
- 28** **Können und dürfen wir Verhalten managen?**
 «Wir können und dürfen das Verhalten der Patienten nicht beeinflussen wollen», so schien an der Podiumsdiskussion der Grundtenor zu lauten.
- 32** **Aufgeschnappt am vierten Forum-Managed-Care-Symposium**
 Fotos und Zitate zum vierten Forum-Managed-Care-Symposium.

SEITE DER PFLEGE

- 36** **Die/Der selbständig erwerbstätige diplomierte Pflegefachfrau/Pflegefachmann**
 Christine Olsen-Sickinger
 Die Präsidentin des Schweizerischen Vereins der Selbständig Erwerbstätigen Krankenschwestern und Krankenpfleger (SVSK) über ihren Weg in die Selbständigkeit.

ÄRZTERATING

- 37** **Zusatzinformationen zum Projekt «Ärzttering» der Helsana**
 Eveline Wiederkehr-Steiger
 Wie ist die Helsana im Projekt «Ärzttering» vorgegangen und warum?

VERANSTALTUNGSBERICHTE

- 41** **Decision making: Verständliche Zahlen als Entscheidungsgrundlage**
 Brigitte Casanova
- 42** **Controlling im Spital – messen, kommunizieren und auch einmal «lästig sein»**
 Rita Schnetzler

RUBRIKEN

- 4** **Der redaktionelle Beirat stellt sich vor**
- 10** **Leserinnenbrief**
 Der SBK hat sich eingesetzt!
- 34** **Seite von med-swiss.net**
 Wie kann die Attraktivität gesteuerter Versicherungsmodelle verbessert werden?
- 40** **Kolumne**
 Im falschen Film... (Engelberger Impressionen von Christian Marti, Mitglied des Redaktionellen Beirats der Zeitschrift «Managed Care»)
- 44** **Resonanz**
 Verantwortungsvolle Versorgungsforschung • Patient Empowerment und Gesundheitskosten • Alternative Modelle politisch fördern • Kostensenkende Psychotherapie • Zähler, aber nachhaltiger
- 45** **Buchhinweis**
 Zukunft Medizin Schweiz
- 46** **Veranstaltungskalender**
- 48** **In Kürze**
 Wohnen in der EU – krankenversichert in der Schweiz • Für oder gegen Flüssigkeitszufuhr? • Zufriedenheit der Leistungserbringer ••• Vorschau: Managed Care und die letzten Lebenstage

managed
care

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

Verlag:
 Rosenfluh Publikationen
 Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen

Redaktioneller Beirat:
 Georges Ackermann, Richard Altorfer, Otto Brändli, Leo Buchs, Martin Denz, Herbert Gautschi, Kurt E. Hersberger, Kurt Hess, Claudio Heusser, Christian A. Ludwig, Christian Marti, Regula Ricka, Stefan Schindler, Hans Schmidt, Heidi Schriber, Ruedi Wartmann, Mechtild Willi Studer, Rolf Zwyzgart

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

Betreuung des Schwerpunktthemas:
 Leo Buchs

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

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

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

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

DTP und Layout:
 Rosenfluh Publikationen, Regina Hauser

Druck:
 stamm+co. Grafisches Unternehmen
 8226 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 Jahresbeitrag für die Vereinsmitgliedschaft beträgt Fr. 140.–. Kontaktadresse: Forum Managed Care, Postfach, 8402 Winterthur
 Diese Zeitschrift wird im EMBASE/Excerpta Medica indiziert.
 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.



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

managed care

Der Redaktionelle Beirat stellt sich vor

Ebenso interessant wie die Inhalte einer Zeitschrift sind die Menschen, die dahinter stehen. Im Fall der Zeitschrift «Managed Care» sind dies, neben den beiden Redaktoren, insbesondere die Mitglieder des Redaktionellen Beirats. Der Redaktionelle Beirat (RB) der Zeitschrift «Managed Care» ist eine Arbeitsgruppe des Vereins Forum Managed Care (FMC); die Zeitschrift «Managed Care» ist offizielles Organ des FMC. Der RB ist für die

grobe Planung des Redaktionsprogramms zuständig. Er bestimmt die Schwerpunktthemen der einzelnen Ausgaben und sucht geeignete Heftpatinnen und -paten. Zudem berät er die Redaktorinnen und die Heftpatinnen/-paten bei der Suche nach Autorinnen und Autoren. Im Redaktionellen Beirat engagieren sich Persönlichkeiten aus den verschiedensten Bereichen des Gesundheitswesens. Sie stellen sich im Folgenden selber vor.



Georges Ackermann
Dipl. Pflegedienstleiter,
DKP, DIPS

Leiter Pflege, Managed Care, Helsana Versicherungs AG

Berufliche Interessenschwerpunkte: Optimierung der Gesundheitsversorgung alter Menschen, Professionalisierung der Pflege, Kommunikation statt Konfrontation

Persönliche Interessen: Musik, Sport, Kochen, Nautik, Ziegensittiche

Ich engagiere mich im RB, weil ich überzeugt bin, dass Managed Care nur im interdisziplinären Rahmen Erfolg hat; ich schätze die offene, kompetente und kritische Auseinandersetzung unter Einbezug von eigenen Erfahrungen. Ich hoffe, durch die Mitarbeit im RB auch die Pflegenden in diese Diskussion mit einzubeziehen.



Richard Altorfer
Dr. med.

15 Jahre Allgemeinpraktiker, 20 Jahre Wissenschaftsjournalist, seit 10 Jahren Verleger (Verlag Rosenfluh Publikationen AG und SAEM Verlag AG) und damit Inhaber und Leiter zweier typischer KMU-Betriebe – mit aller damit zum Glück verbundenen Unabhängigkeit und allen damit leider verbundenen Abhängigkeiten (z.B. von der Wirtschaftslage und der Industrie)

Berufliche Interessenschwerpunkte: Publizistik, Medizin, Gesundheitspolitik (als Kantonsrat in Schaffhausen, FDP übriggens) und vor allem: meine Mitarbeiter

Persönliche Interessen: Kunst, Philosophie, Gastronomie, (vorwiegend Passiv-)Sport, Reisen (leider nur noch selten) und natürlich: Ehefrau, Haustiere, Nachbarn und Freunde

Die Beschäftigung mit Managed Care ist für mich als Gesundheitspolitiker und als Verleger der Zeitschrift «Managed Care» unvermeidlich.



Otto Brändli
Dr. med.

Chefarzt Pneumologie, Mitglied der Geschäftsleitung, Zürcher Höhenklinik Wald, 8639 Faltigberg

Berufliche Interessenschwerpunkte: motiviert durch die Tuberkuloseerkrankung meines Vaters Spezialisierung auf dem Gebiet der Lungenkrankheiten, «Spitalarzt» seit über 30 Jahren

Persönliche Interessen: «Krankengeschichten» (narrative Medizin), Epidemiologie, Tabakprävention, Umwelt (mitverantwortlich für SAPALDIA, die Schweizer Studie über Luftverschmutzung und Atemwegserkrankungen)

Ich engagiere mich im Redaktionellen Beirat, weil ich die Organisationsänderungen im Spital nicht nur miterleben, sondern mitgestalten möchte!



Leo Buchs

Industriekaufmann und Betriebsorganisator

Inhaber der Beratungsgesellschaft MHC-Consulting Buchs & Partner, Baar

Berufliche Interessenschwerpunkte: Umsetzung des Managed-Care-Gedankengutes, integrierte Netzstrukturen.

Persönliche Interessen: Bienenzucht, Bergtouren

Leo Buchs ist überzeugt, dass die Kostenprobleme im Gesundheitswesen nur gelöst werden können, wenn wir zu umfassenden Strukturänderungen und Prozessoptimierungen in Form von vertikal integrierten Netzwerken bereit sind. Die Zeitschrift kann die Entwicklung in diese Richtung fördern.



Herbert Gautschi
dipl. Ing., M.P.H.

Geschäftsführer UNIMEDES Luzern

Berufliche Interessenschwerpunkte: Entwicklung von MC-Systemen, Biostatistik

Persönliche Interessen: Rebbaud und Vinifikation von roten Traubenmosten, Skifahren, Lesen, handwerkliche Tätigkeit im Bereich Metall und Holz (spanabhebende Bearbeitung von Metall und Holz: Herstellung von Möbeln im Biedermeier-Stil).

Als Beiratsmitglied engagiere ich mich dafür, dass ein Paradigmawechsel stattfinden kann in der Zusammenarbeit von Ärzten, Kliniken und Krankenversicherern, wobei der Versicherte und Patient der Dritte im Bunde ist.



Martin D. Denz
Dr. med.

Head eHealthcare, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH

Berufliche Interessenschwerpunkte: menschengerechte Anwendung von Informations- und Kommunikationssystemen im System Gesundheitswesen, Organisations- und Strategieentwicklung.

Persönliche Interessen: meine Familie, Musik, Fotografie und Architektur.

Unser Gesundheitswesen muss fortentwickelt werden. Dazu brauchen wir

- Menschen welche bereit sind, sich und ihre Rollen weiterzuentwickeln, und welche transdisziplinäres Denken und Handeln fördern und leben;
- bedürfnisgerechte Prozesse dank neuer Technologien, welche auf sozialen und ethischen Konzepten beruhen;
- und last but not least die Zeitschrift Managed Care als Sprachrohr des Change Managements im Gesundheitswesen.



Kurt Hersberger
Dr. sc. nat., Fachapotheker
FPH in Offizinpharmazie

Lehrbeauftragter für Pharmaceutical Care, Institut für Klinische Pharmazie, Universität Basel

Berufliche Interessenschwerpunkte: Arzneimittelanwendung und -sicherheit

Persönliche Interessen: Natur, Reisen, Sport

Die Pharmakotherapie als eine der wichtigsten Interventionen in der Gesundheitsversorgung weist noch gravierende Schwachstellen in den Strukturen und Prozessen auf mit einem noch nicht ausgeschöpften Potenzial an Optimierungsmöglichkeiten. Managed Care impliziert Interdisziplinarität. Diese Interdisziplinarität sehe ich als Chance; sie ist auch die Stärke des Redaktionellen Beirats und der Zeitschrift Managed Care.



Kurt Hess
Dr. med., FMH für
Allgemeinmedizin,
Dipl. Ing. ETH/lic. oec. HSG

Langjährig als Arzt und Geschäftsleitungsmitglied der SanaCare AG verantwortlich, seit November 2002 selbstständig.

Berufliche Interessen: Gesundheitspolitik, Perspektiven der Managed Care, medizinisches Qualitätsmanagement

Persönliche Interessen: weite Fahrradtouren und Wanderungen, philosophische und andere spannende Bücher

Kurt Hess möchte im Redaktionellen Beirat vor allem durch seine Überzeugung wirken, dass Managed Care grosse Perspektiven hat, die es nur zu identifizieren und konkret umzusetzen gilt.



**Claudio Heusser
Drogist**

Produkt-Manager Hemophilia und Onkologie, Wyeth Pharma

Berufliche Interessenschwerpunkte: Kommunikation, Verkauf und Gentechnologie.

Persönliche Interessen: Familie, Skifahren und Tennis, Musik

Ich engagiere mich im RB, weil es mich interessiert, in einer Plattform mit so verschiedenen Gruppierungen mitzuwirken. Es ist höchst interessant, Meinungen von einem ganz anderen Standpunkt aus kennenzulernen.



**Christian A. Ludwig
Dr. med., M.H.A.**

Chefarzt, Schweizerische Unfallversicherungsanstalt Suva, Luzern

Berufliche Interessenschwerpunkte: Versicherungsmedizin, Care Management, Medizinische Informatik

Persönliche Interessen: Fotografie, Jazz

Ich bin vom Potenzial eines umfassenden Versorgungsmanagements überzeugt. Durch meine Mitwirkung im Redaktionellen Beirat will ich zu einer intensiveren Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen und zum vermehrten Wissensaustausch unter diesen beitragen.



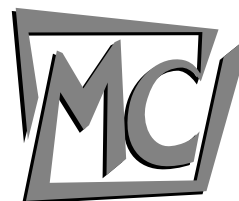
**Christian Marti
Dr. med.**

Geschäftsleiter WintiMed

Berufliche Interessenschwerpunkte: Medizin verstehe ich als Hilfe zu einem guten Leben statt als Geschäft mit der Angst. Das Gesundheitswesen will ich als Ganzes verstehen und als Ganzes verbessern, dies als Grundlage neuer Versorgungsmodelle

Persönliche Interessen: Lesen, Diskutieren, Wandern

Ich engagiere mich im redaktionellen Beirat dieser Zeitschrift, weil ich hier als medizinkritischer Bürger zur Perspektiven-Vielfalt in den Diskussionen um das Gesundheitswesen beitragen kann.



**Regula Ricka
Dipl. Krankenschwester,
PhD, MPH**

Projektbeauftragte Nationale Gesundheitspolitik Schweiz

Berufliche Interessenschwerpunkte: Gesundheitsförderung und öffentliche Gesundheit

Persönliche Interessen: Musizieren, das Nichtstun geniessen und reisend neue Lebenswelten entdecken

Ich engagiere mich im Redaktionellen Beirat von «Managed Care», weil in dieser Zeitschrift Innovationen für die schweizerische Gesundheitsversorgung vorgestellt werden und sie dadurch die Diskussion zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens fördert. Der Beirat ist ein Modell der interdisziplinären Kommunikation.



**Stefan Schindler
Dr. med**

Medizinischer Leiter Swica-Gesundheitszentren

Berufliche Interessenschwerpunkte: Praktische Umsetzung von Managed Care in der ärztlichen und ökonomischen Tätigkeit

Im Redaktionellen Beirat findet ein spannender Austausch der einzelnen Akteure im Gesundheitswesen statt, der ihre verschiedenen Sichtweisen zu einzelnen Themen zu einem stringenten Ganzen bündelt. Durch meine Mitwirkung im Beirat habe ich die «Hand am Puls von Managed Care».



Hans Schmidt
Lic. oec. HSG, Rechts-
anwalt

Interessenschwerpunkte: Sozialversicherungsrecht, Schulung und Projekte im Bereich Case Management zur Vermeidung von Langzeitinvalidität, Case Management am Arbeitsplatz

Ich engagiere mich im RB, um hier die Perspektive der von Invalidität bedrohten Patienten zu vertreten und nach Konzepten zu suchen, wie diese zu Experten der eigenen Gesundheit gemacht werden könnten.



Heidi Schriber
Dr. sc. nat., Apothekerin,
Supervisorin IAP/BSO

Coaching und Unternehmensentwicklung, Zürich

Berufliche Interessenschwerpunkte: Entwicklungsbegleitung, Teamentwicklung, Supervision, Einzel- und Gruppencoaching, Moderation, Stellung und Beteiligung von Versicherten und Patienten im Gesundheitswesen, Gender-Fragen.

Managed Care hat viel mit Veränderungsprozessen zu tun. Die Zeitschrift ist eine Diskussions- und Präsentationsplattform für solche Prozesse. Der Beirat trägt zu einer ausgewogenen Berichterstattung über diese Prozesse bei und sorgt dafür, dass dabei nicht einzelne Perspektiven, beispielsweise die Patientenperspektive, verloren gehen.



Ruedi Wartmann

Key Account Manager, Novartis Pharma Schweiz AG

Berufliche Schwerpunkte: Ruedi Wartmann betreut Leiter und Leiterinnen von HAM, HMO, MCO und Ärzte-Betriebsgesellschaften. Er arbeitet mit Krankenkassen, Vertrauensärzten, Werkärzten, Ärztelieferanten und vielen anderen zusammen. Er gestaltet Seminare wie «Unternehmen Arztpraxis», «Finanzen Arztpraxis» und «Zukunftswerkshops». Auch Awareness- und Präventionsaktionen in Grossbetrieben gehören zu seinen Tätigkeiten.

Durch seine Mitarbeit im Redaktionellen Beirat möchte Ruedi Wartmann die komplexen Zusammenhänge im Schweizerischen Gesundheitswesen besser verstehen und interpretieren können. Zudem möchte er im Rahmen der Interdisziplinarität einen Beitrag zu «Problemlösungen» im zwischenmenschlichen Bereich und zur Optimierung im Schweizerischen Gesundheitswesen leisten.



Mechtild Willi Studer

Leiterin Pflegedienst Akut

Bezirksspital Affoltern

Berufliche Schwerpunkte: Psychiatrie, Spitex und Management für NPO

Persönliche Interessen: meine Familie (habe einen zweijährigen Sohn), ich koche sehr gerne auch für Gäste, habe grosses Interesse an der Politik, und wenn noch Zeit bleibt, höre ich gerne Musik (Klassik und Jazz) und besuche Kunstausstellungen

Ich schätze es, mich im Redaktionellen Beirat zusammen mit verschiedenen Personen aus den unterschiedlichsten Berufsgruppen mit MC-Themen auseinander zu setzen. Ich lerne etwas und bin daran interessiert, Anliegen der Pflege einzubringen. Genauso ist es mir wichtig, die Pflegenden mit MC-Themen vertraut zu machen.



Rolf Zwygart

Corporate Affairs Director, AstraZeneca

Berufliche Interessenschwerpunkte: Public Affairs, Communication, Legal and Licensing

Persönliche Interessen: Kochen, Kunst, Politik, Reisen

Rolf Zwygart engagiert sich im Redaktionellen Beirat, weil die Zeitschrift «Managed Care» eine wichtige Kommunikationsplattform in der interdisziplinären «Managed-Care-Gemeinschaft» darstellt, und weil hier die Care-Management-Ideen breit abgestützt dargestellt und diskutiert werden können.

Lernen vom Beispiel des Knospe-Labels?

Nur sieben Prozent der Bevölkerung haben eine HMO- oder eine Hausarztmodellversicherung abgeschlossen. Was können wir tun, um die integrierte (vernetzte) Gesundheitsversorgung besser zu verkaufen? Mögliche Hinweise dazu erhielten die Teilnehmenden des 4. Forum-Managed-Care-Symposiums vom Geschäftsführer der BIO SUISSE (Dachverband der Schweizer BiobäuerInnen), der über die Erfahrungen mit der Bio-Knospe berichtete.

Christof Dietler

Die Biobauern haben es mit ihrem Knospe-Label geschafft, sich von den übrigen Produzenten in der Landwirtschaft abzuheben. Der einheitliche Auftritt mit der Knospe und die gemeinsam getragenen strengen Richtlinien geben den Biobäuerinnen und Biobauern im Markt und bei den Konsumenten mehr Gewicht und schaffen Vertrauen.

Sind die Erfahrungen der BIO SUISSE als Trägerin der Bio-Knospe auf das Gesundheitswesen übertragbar? Können die Anbieter von Ma-

naged-Care-Modellen von diesen Erfahrungen lernen?

Es ist nicht einfach, aus den Erfahrungen anderer zu lernen. Noch schwieriger ist es, von anderen Branchen zu lernen. Dass Mediziner vom Beispiel der Knospe der Biobauern lernen können, ist jedoch nicht so abwegig. Landwirtschaft und Medizin haben nämlich zahlreiche «natürliche» Gemeinsamkeiten:

- Bauer und Arzt sind Experten für das «Lebendige». Der Boden ist ebenso wie der Mensch ein komplexes, von Wechselbeziehungen durchsetztes System. In der Landwirtschaft wie in der Medizin führen deshalb nur ganzheitliche Ansätze zum Erfolg.

- Die Landwirtschaft und die Medizin sind Bereiche, in denen der Markt nicht alle Probleme regelt. In beiden Bereichen bestehen deshalb viele Schnittstellen zwischen Politik und Wirtschaft, und es ist in beiden Bereichen nicht einfach, die Balance zu finden zwischen «staatlicher Intervention» und «Eigenverantwortung».

- 10 Prozent der Landwirtschaftsbetriebe in der Schweiz sind Knospe-Betriebe. 7 Prozent der Schweizer Bevölkerung sind bei HMO- und Hausarztmodellen dabei. Beides ist noch zu wenig.

- Sowohl in der Landwirtschaft als auch in der Medizin wird zu viel Geld mit der «Symptombekämpfung» verdient. Das Erhalten der Bodenfruchtbarkeit, die Herstellung von im umfassenden Sinn «gesunden» Lebensmitteln ist wirtschaftlich genauso wenig attraktiv wie ein umfassendes Gesundheitsmanagement für Patienten.

Daneben bestehen allerdings auch Gegensätze:



Christof Dietler

- Immer weniger Bauern sorgen sich um immer mehr Esser – immer mehr Ärzte sorgen sich um immer weniger Kranke.

- Der Anteil der Ausgaben für Lebensmittel am Haushaltsbudget der SchweizerInnen nimmt laufend ab, der Anteil der Ausgaben für die Gesundheitskosten nimmt laufend zu.

Es gibt also Argumente für und Argumente gegen eine Übertragbarkeit von Erfahrungen des Biolandbaus auf das Gesundheitswesen. Ich möchte es dem Leser überlassen, sich selber ein Urteil zu bilden und die für ihn interessantesten Erfahrungen herauszupicken.

Die Entwicklung des Biolandbaus

Wesentliches Merkmal des Biolandbaus ist es, dass der Biohof als «Organismus» verstanden wird. Im Zentrum steht dabei ein lebendiger, vitaler Boden. Nicht die Pflanzen werden gedüngt, sondern der Boden wird befähigt, die Pflanzen zu ernähren. Auf chemisch-syntheti-

sche Hilfsstoffe wird strikt verzichtet; dies bedeutet meist auch Mehrarbeit und unternehmerisches Risiko.

In der Schweiz hat schon in den Zwanzigerjahren des 20. Jahrhunderts Rudolf Steiner den biologisch-dynamischen Landbau begründet. Nach dem zweiten Weltkrieg kam mit dem so genannten biologisch-organischen Landbau ein weiterer Zweig dazu.

1981 haben die Schweizer Biobauern und Biolandbau-Organisationen einen gemeinsamen Dachverband gegründet. Dieser Verband sollte als juristische Form dienen, um ein gemeinsames Label – die Bio-Knospe – zu schaffen und es als eingetragene Marke schützen zu lassen.

Heute kennen zwei Drittel aller Schweizerinnen und Schweizer die Bio-Knospe. In den letzten Jahren hat die Zahl der Biolandbau-Betriebe und der Anteil dieser Betriebe an der gesamten Landwirtschaftsfläche in der Schweiz zugenommen. Der Umsatz des Biolandbaus ist in jüngster Zeit jährlich um 20 Prozent gestiegen. Im Jahr 2002 betrug er rund eine Milliarde Franken. Dieser Erfolg (in der Landwirtschaft sind Wachstumskurven bekanntlich selten!) ist nicht zuletzt auch der Bio-Knospe zu verdanken.

Wie kam die Bio-Knospe zum Erfolg?

Zum Erfolg der Bio-Knospe mögen unter anderem die folgenden Aspekte beigetragen haben:

■ **Gemeinsames Label:** Dass sich die Biobauern vor über zwanzig Jahren entschlossen haben, mit einem einzigen gemeinsamen Label zu arbeiten, erwies sich im Rückblick als absoluter Glücksfall. Dass der Biolandbau nur einmal erklärt werden muss, ist inhaltlich, aber auch aus Sicht des Marketings ein grosser Vorteil.

■ **Einheitliche Richtlinien:** Seit Ende der Achtzigerjahre haben sich definitiv alle Biobetriebe zu einheitlichen Richtlinien durchgerungen. Diese einheitlichen Richtlinien sind im internationalen Vergleich einmalig. Die Schweizer Biobauern werden dafür benedict.

■ **Selbst- statt fremdbestimmt:** Die

Inhalte des Labels und des Biolandbaus wurden von den Bauern selbst definiert. Das war und ist wichtig; es ist eben schon ein Unterschied, ob der Staat solche Richtlinien definiert (wie dies in Deutschland geschehen ist) oder ob die Direktbetroffenen dies selber tun.

■ **Klare Positionierung:** In der Entwicklung der BIO SUISSE war die Qualitätssicherung lange Jahre das vorherrschende Thema. Es wurden einheitliche Richtlinien erarbeitet und Anforderungen verfeinert. Die damit verbundenen Arbeiten und Diskussionen haben die BIO SUISSE geprägt. Erst später begann man sich um den «Markt» und um ein professionelles Marketing zu kümmern. Im Rückblick muss auch dies als Glücksfall bezeichnet werden, denn ohne Inhalt, ohne klare Positionierung, ist jedes Marketing vergebliche Mühe. Klar kommunizierbare Inhalte und ein festgelegtes Selbstverständnis sind wichtig.

■ **Einbezug der Kritiker:** Als positiv erwies sich auch, dass sich engagierte KonsumentInnen beteiligt haben, als die Inhalte des Knospe-Labels und der Richtlinien definiert wurden. Wichtig war zudem der rege Kontakt zu den Kantonschemikern und zu kritischen Kreisen wie Umwelt- oder Tierschützern.

■ **Klare «Gewaltentrennung»:** Die BIO SUISSE definiert den Inhalt des Knospe-Labels, entscheidet über Änderungen der Richtlinien und regelt alle Details. Dagegen sind die Kontrolle und die Zertifizierung der Biobetriebe heute vollkommen von BIO SUISSE getrennt. Die Kontrolle und die Zertifizierung wird durch vom Staat akkreditierte Unternehmen ausgeführt. Diese «Gewaltentrennung» ist wichtig für die Glaubwürdigkeit des Zertifikats.

Nur jene Biobauern und -bäuerinnen, welche die Kontrolle bestanden haben, können Mitglied der BIO SUISSE werden. Im Jahr 2002 waren rund 6200 Betriebe Mitglieder der BIO SUISSE. Die Nutzung des Labels für den Verkauf ist in Lizenzverträgen zwischen BIO SUISSE und den einzelnen Verarbeitern und Händlern geregelt. Im Herbst 2002 bestanden rund 700 Lizenzverträge

zwischen BIO SUISSE und einzelnen Verarbeitern und Händlern.

■ **Sorgfältiges Marketing:** Für das Zusammenführen von Angebot und Nachfrage und für das Marketing für die Knospe ist die Geschäftsstelle der BIO SUISSE zusammen mit Fachgremien aus Biobäuerinnen und Biobauern verantwortlich. Beim Marketing werden die allgemeinen Erfolgskriterien für starke Marken und Label beachtet (siehe *Kasten 1*). BIO SUISSE versucht, mit der Knospe ökologische, tierschützerische und ethische Werte sowie eine Mehrleistung im Hinblick auf Gesundheit und Genuss der Konsumenten zu verkörpern. Zugleich gilt es aber zu verhindern, dass die verschiedenen Produkte des Schweizer Biolandbaus als austauschbar wahrgenommen werden. Es wird also versucht, die Knospe, die gemäss Definition ein Label ist (siehe *Kasten 2*), so sorgfältig zu führen wie eine Marke.

Für den Erfolg des Knospe-Labels scheinen insbesondere die folgenden Faktoren wichtig zu sein:

- auf langfristigen Erfolge ausgerichtete Entwicklung
- Verankerung von wenigen zentralen Botschaften für die KonsumentInnen
- Werbung abgestimmt auf Positionierung
- gelebte Präsenz der Knospe auf Biohöfen
- sorgfältige Weiterentwicklung der Marke.

Kasten 1:

Label oder Marke?

Eine Marke und ein Label (Gütesiegel) sind nicht dasselbe:

- Die Marke bezeichnet ein Produkt, stiftet Identität, ist eine Massnahme zur Differenzierung auf anderen Wegen als über den Preis (denn ein gutes Produkt verkauft sich nie nur über den Preis).
- Das Label (Gütesiegel) bezeichnet eine Komponente eines Produktes (z.B. die Art der Produktion). Das Label bedeutet, dass ein Produkt klare, festgesetzte Kriterien erfüllt. Das Label standardisiert und schafft Transparenz.

Kasten 2:

Erfolgskriterien für starke Marken und Label

Der Erfolg einer Marke oder eines Labels hängt wesentlich von den folgenden Kriterien ab:

- Unaustauschbarkeit
- Einzigartigkeit
- hohes Mass an Vertrauen
- hoher Bekanntheitsgrad bei der Zielgruppe
- klare Positionierung auf hohem Niveau (im Hinblick auf Qualität und Preis).

Für das Label sind zudem die folgenden Kriterien wichtig:

- hohe Glaubwürdigkeit des Absenders
- hohe Anforderungen an die Absender
- gelebtes Pflichtenheft.

3. Beziehen Sie kritische Kreise mit ein – legen Sie die Inhalte und Leistungen aber letztlich nach Ihrem Berufsverständnis eigenverantwortlich fest.

4. Bündeln Sie die Kräfte. Es braucht einen langen Atem und viel Geld, um die Bekanntheit und die Glaubwürdigkeit eines Labels aufzubauen.

5. Denken Sie an Ihre Zielgruppe und an einen wirklichen, kommunizierbaren Kundennutzen (der Preis alleine ist kein glaubhafter Zusatznutzen).

6. Vergessen Sie nicht, dass Widerstände normal sind. ■

Autor:

Christof Dietler

Geschäftsführer BIO SUISSE

Vereinigung Schweizer Biolandbau-Organisationen

Margarethenstrasse 87

4053 Basel

E-Mail: dietler@bio-suisse.ch

Ein erfolgreiches Label im Gesundheitswesen?

Es sei dem Leser beziehungsweise der Leserin überlassen, zu beurteilen, welche der geschilderten Erfahrungen auf das Gesundheitswesen übertragbar sind. Aus meiner Sicht eines Aussenstehenden ergeben sich

unter anderem die folgenden Tipps für ein erfolgreiches Label im Gesundheitswesen (ohne Gewähr):

1. Lassen Sie sich bei der Lancierung eines Labels nicht zu einem Start auf tiefem Niveau verleiten.

2. Lassen Sie sich nicht von einem ganzheitlichen Ansatz abhalten.

Leserinnenbrief

Der SBK hat sich eingesetzt!

zu «Aufwertung der Pflege – eine Aufgabe der Politik» in «Managed Care» 8/02, Seiten 26-29

Mit Interesse habe ich das Interview mit Nationalrat Rudolf Joder und den Beitrag über seine Motion gelesen. Als Verantwortliche der Abteilung Berufspolitik im Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und -pfleger SBK habe ich sehr eng mit Herrn Joder zusammengearbeitet, und ich war umso erstaunter, dass dies im Beitrag in keiner Art und Weise zum Ausdruck kam. Der SBK hat sich mit grossem Engage-

ment für die Anliegen dieser Motion eingesetzt, und nicht zuletzt dank der Aktion «nursepower» vom 14. November 2001 auf dem Bundesplatz Bern wurde die Motion im Nationalrat überwiesen.

Es ist mir zudem ein Anliegen, darauf hinzuweisen, dass der SBK mit Bundesrätin Ruth Dreifuss ein Gespräch führen konnte, und ich teile die Einschätzung von Herrn Joder nicht, wonach sie die Anliegen nicht

erkannt oder nicht ernst genommen hätte. Vielmehr war es ihre Aufgabe als Mitglied einer Kollegialbehörde, die Mehrheitsmeinung des Bundesrats im Parlament zu vertreten. Sie hat dies, nach unserem Gespräch mit ihr, im Ständerat mit grosser Sensibilität gemacht.

Elsbeth Wandeler, Leiterin Abteilung Berufspolitik, SBK Schweiz

Trialog – drei Parteien im Gespräch

Unter dem Begriff «Managed Care» wird üblicherweise die berufs- und institutionsübergreifende Zusammenarbeit verstanden. Mit der Kommunikationsform «Trialog» werden die Krankheitserfahrenen («PatientInnen») und die Angehörigen als ExpertInnen miteinbezogen. Dies entspricht einer echt integrierten Versorgung, die allen Beteiligten zugute kommt. Die Frage stellt sich, wie Erkenntnisse aus Trialoggen zurück in die Gesundheitsversorgung fließen können.

**Sibylle Schröder¹ und
Brigitte Casanova**

Wenn von integrierter Versorgung gesprochen wird, fallen Stichworte wie Gemeindeförderung, Qualität, Kontinuität und Patientenorientierung. Die Angebote im Versorgungssystem sollen zu Netzwerken verbunden und die berufs- und institutionsübergreifende

Zusammenarbeit soll gefördert werden. Wie aber werden die Krankheitserfahrenen und Angehörigen in diesem Versorgungssystem einbezogen? Ein mögliches Modell für die integrierte Versorgung ist der Trialog im Psychose-Seminar.

Am Symposium in Engelberg fand ein Workshop zum Thema «Trialog – Psychose-Erfahrene und Angehörige als Experten – auch ein Modell integrierter Versorgung» statt. Der Workshop vermittelte Wissen über die Kommunikationsform «Trialog», und die Teilnehmenden erlebten dadurch, dass eine Psychose-Erfahrene und eine Angehörige anwesend waren, wie ein Trialog ablaufen kann. Die Teilnehmenden überlegten gemeinsam, wie Erkenntnisse aus Trialoggen zurück in die Gesundheitsversorgung fließen könnten.

Was ist ein Trialog?

In einem Trialog treffen drei Parteien aufeinander: Krankheitserfahrenere, Angehörige und Fachpersonen (siehe *Kasten*). Trialoge werden heute in der Psychiatrie durchgeführt. Im vorliegenden Artikel werden Psychose-Seminare beschrieben, in denen trialogisch diskutiert wird. Die ersten Trialog-Seminare starteten 1990 in der Hamburger Sozialpsychiatrie. Inzwischen besteht das Angebot in vielen Schweizer Städten (siehe www.promentesana.ch unter Veranstaltungen). Psychose-Erfahrene, Angehörige und Fachpersonen begegnen sich gleichberechtigt und unabhängig von persönlichen Bindungen und professioneller Verantwortung als Seminarteilnehmende, um der subjektiven Perspektive Raum zu geben und voneinander zu lernen. Die Teilnehmenden sprechen



Sibylle Schröder

darüber, wie sie Psychosen erleben, tauschen Erfahrungen aus und setzen sich mit dem psychiatrischen Fachwissen auseinander.

In Winterthur gibt es seit Ende Oktober 2001 Trialog-Seminare, im Moment läuft das dritte Seminar mit ungefähr zwanzig Personen. Der Seminarraum befindet sich in einem Kulturzentrum, und die Kosten sind für alle Beteiligten gering. Wichtig ist, dass es möglich ist, «unerkannt» teilzunehmen und selbst zu entscheiden, was man einbringen möchte. Während acht Abenden tauschen sich die Teilnehmenden, begleitet von den ModeratorInnen, über verschiedene Fragen rund um das Thema Psychose aus. Zu Beginn sammelt die Gruppe ihre Fragen: «Was ist eine Psychose, wie werden Psychosen erlebt?», «Was brauchen Menschen in einer Psychose?», «Partnerschaft, Kinder und Psychose?», «Wer definiert die Norm?», «Wie kann Ängsten oder Gewalt begegnet werden?» oder «Psychose und Religion – kultureller Hintergrund», um einige wenige Beispiele zu nennen.

¹ Sibylle Schröder ist Leiterin der Koordinationsstelle für Langzeitangebote der Integrierten Psychiatrie Winterthur (ipw) und Moderatorin der Psychose-Trialoge Winterthur.

Das Psychose-Seminar wird subjektiv sehr verschieden empfunden, je nachdem, wie die Gruppe zusammengesetzt ist und welche individuellen Erfahrungen die Teilnehmenden mitbringen.

Handlungsbestandteile des Dialogs

Für alle Beteiligten besteht das Besondere dieser Begegnungsform aus folgenden vier Handlungsbestandteilen:

Erfahrungsteil: Subjektive Erfahrungen können ausgetauscht werden und die unterschiedlichen Perspektiven der Teilnehmenden werden sichtbar.

«In diesem Rahmen kann ich offen und spontan von meinen Psychosen und meinen Erfahrungen in der Klinik erzählen – ohne Angst vor den Reaktionen» (Erfahrene);

«Ich hatte am Anfang grosse Mühe, *normal* zu kommunizieren. Ich kommuniziere aus der Profi-Perspektive. Ich muss auch nicht als Profi reagieren, was aber schwierig ist.» (Fachperson)

Verhandlungsteil: Konflikte zwischen den beteiligten drei Parteien können verhandelt werden.

«Jedem Teilnehmer wird eine eigene Kompetenz zugesprochen. Dadurch ist es möglich, über Aggression und Gewalt in den Institutionen zu sprechen und einander zuzuhören.» (Erfahrener)

Bildungsteil: Die Teilnehmenden erwerben Wissen und beziehen es auf die eigene Erfahrung. Sie entwickeln neue Fähigkeiten, und es entsteht eine gemeinsame Kultur.

«Ich höre von den Erfahrenen, was sie von ihren Angehörigen während der Psychose brauchen. Das hilft mir im Umgang mit meinem eigenen Sohn.» (Angehörige);

«Es ist ein Experiment mit dem Ziel, eine gemeinsame Sprache zu finden in den Bereichen, in denen Sich-Aussprechen lebenswichtig ist.» (Fachperson)

Aktionsteil: Aktionen in der Gemeinde werden initiiert und soziale Aktivitäten entstehen.

«Durch das Seminar habe ich andere Erfahrene kennengelernt. Wir haben einen Stammtisch für Psychose-Erfahrene gegründet, wo wir uns zum

Austausch untereinander treffen.» (Erfahrene);

«Ich sehe ein politisches Potenzial: im gemeinsamen Gespräch, im offenen Austausch, in der Entwicklung entsprechender Ziele und im gemeinsamen Handeln.» (Fachperson)
Der Dialog ist also für alle drei Parteien sehr wertvoll, da Schwierigkeiten ganzheitlicher besprochen werden können.

Empowerment

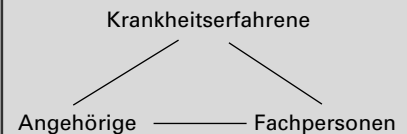
Die Vorstellung, Betroffene stärker an der Gesundheitsversorgung zu beteiligen, ist nicht neu. Die Weltgesundheitsorganisation hat dies bereits in der Ottawa Charta von 1986 gefordert. In diesem Dokument wird davon ausgegangen, dass es gesundheitsfördernd ist, wenn der Mensch mehr selbst bestimmen kann. In den dialogischen Psychose-Seminaren wird das Selbstbewusstsein der Psychose-Erfahrenen und Angehörigen gestärkt, sie können sich ausdrücken und Einfluss nehmen. Dieses Empowerment erst ermöglicht, dass eine Verhandlungsposition eingenommen werden kann.

Die Psychose-erfahrene Teilnehmerin am Workshop kommt zu folgendem Schluss: «Wenn sich etwas Grundlegendes in der Psychiatrie ändern soll, dann muss es von Betroffenen und Angehörigen aus kommen und dann vielleicht durch den Dialog an die Fachleute weitergegeben werden.»

Dem Dialog eine Stimme geben

Die Teilnehmenden des Dialog-Workshop waren sehr beeindruckt von den Möglichkeiten, die ein Dialog-Seminar eröffnet. Das Modell Dialog ist prinzipiell in viele Bereiche des Gesundheitswesens übertragbar. Im Dialog können die Erfahrenen und Angehörigen Wünsche an das Fachpersonal äussern. Anliegen an die Versorgung werden im dialogischen Austausch bewusster und können klarer formuliert werden. Aber was im Dialog zur Sprache kommt, betrifft oft nicht nur die Psychiatrie, sondern die ganze Gesellschaft. So ist beispielsweise der Wunsch nach einer sinngebenden Arbeit bei den meisten Psychose-Erfahrenen sehr gross. Nur: Arbeitge-

Dialog – Gespräch zu dritt



Ziele eines Dialogs:

- Fachlicher Erfahrungsaustausch
- Subjektiver Perspektive Raum geben
- Gemeinsame Sprache entwickeln
- Gleichberechtigte Begegnung üben
- Erfahrene und Angehörige als ExpertInnen in eigener Sache anerkennen
- Unabhängig von persönlichen Bindungen und professioneller Verantwortung voneinander lernen.

Rahmenbedingungen:

- Breit gestreute Einladung
- Neutraler Veranstaltungsort
- Seminartermin mit festem Rhythmus
- Geringe Kosten
- Dialogische Zusammensetzung der Teilnehmenden
- Zurückhaltende Moderation
- Gemeinsam festgelegte Inhalte der Gespräche.

bende, welche Arbeitnehmende integrieren können, die auch mal fehlen oder nicht die volle Leistung erbringen, sind fast nicht zu finden.

Wie lassen sich die Erkenntnisse aus Dialog-Seminaren gesamthaft, nicht nur individuell, ins System der Gesundheitsversorgung zurücktragen? Wie können die Erfahrenen und Angehörigen an den Entwicklungen und Entscheidungen, welche die Gesundheitsversorgung betreffen, beteiligt werden?

Dies bedingt einerseits, dass die Psychose-Erfahrenen und die Angehörigen mit ihren Anliegen an die Öffentlichkeit treten. In den Winterthurer Seminaren ist über solche Einflusswege nachgedacht worden: Möglich wären dialogische Roundtablegespräche mit Erfahrenen, Angehörigen und Vertretern aus dem Versorgungsnetz; Einsitz in Entwicklungs- und Entscheidungsgremien; Mitsprache bei baulichen Veränderungen von Kliniken und Behandlungskonzepten; dialogische Tagung zu Psychosen; Aktionswo-

chen in der Öffentlichkeit; Lobbyarbeit; Psychose-Liga gründen und Psychose-Seminare durchführen.

Andererseits müssen auch die FachexpertInnen dem Trialog mehr Gewicht geben. Die Workshop-Teilnehmenden machten sich darüber Gedanken:

■ Um einen Trialog zu führen braucht es keine Gesetzesänderungen, sondern die offene Mitarbeit aller Beteiligten. Der Aufwand dafür ist klein: Es braucht einen neutralen Raum und eine zurückhaltende Moderation, und man muss sich Zeit nehmen.

■ Der Trialog ist unter den ÄrztInnen nur teilweise bekannt. Zudem haben ÄrztInnen und andere Profis auch Hemmschwellen, sich in eine Trialog-Situation zu begeben und über Unsicherheiten zu sprechen und/oder in ihrer Rolle in Frage gestellt zu werden.

Wenn Trialog-Seminare anerkannte Fortbildungen wären, so fänden sie mehr Resonanz unter den Fachpersonen.

■ Mehr Gewicht könnte man den Trialogen geben, wenn die Erkenntnisse an Klinkleitungen oder an politische Gremien schriftlich weitergeleitet würden. Beispielsweise könnte mitgeteilt werden, dass der Trialog gezeigt hat, dass eher mehr Personal als eine neue Klinik gewünscht wird.

■ Das Modell des Trialogs wertet die PatientInnen und die Angehörigen auf, indem sie als Psychose-Erfahrene und somit ExpertInnen in eigener Sache gesehen werden. Dies ist ein ähnlicher Wandel, wie er bei den Versicherungen stattgefunden hat: Aus verwalteten Versicherten wurden, wie es ein Workshopteilnehmer ausgedrückt hat, «KundInnen, deren Anliegen Gehör finden». ■

Autorinnen:

Sibylle Schröder

Leitung Koordinationsstelle für

Langzeitangebote

Zentraler Sozialdienst

Integrierte Psychiatrie Winterthur

Postfach 144

8408 Winterthur

E-Mail: sibylle.schroeder@ipwin.ch

Brigitte Casanova

Redaktion «Managed Care»

Inserat RVK-Rück

Marketing in der Arztpraxis

Workshopbericht

Am 4. Forum-Managed-Care-Symposium widmete sich ein Workshop dem Marketing in der Arztpraxis. Im Folgenden werden einige wichtige Punkte zusammengefasst, die im Workshop diskutiert wurden.¹

Hansruedi Federer

Mit zunehmender Dichte der Ärzte verstärkt sich auch der Verdrängungswettbewerb zwischen den Arztpraxen. Das führt dazu, dass es Praxen gibt, die mehr und solche, die weniger Patienten haben. Doch warum hat die eine Praxis mehr Patienten als die andere? Weil der Arzt besser ist? Oder eher weil er sich besser verkauft? Fachliche Kompetenz alleine, das sei vorweggenommen, genügt heute nicht. Auch ein fachlich guter Arzt muss ein gewisses verkäuferisches Talent haben und einen gewissen unternehmerischen Sinn, und dazu gehört letztlich auch ein Gespür für Marketing.

Wichtige Marketing-Instrumente

Die Grundversorger und die Spezialisten haben verschiedene Marketing-Bedürfnisse, weil sie verschiedene Zielgruppen ansprechen. Der Grundversorger spricht primär direkt den Patienten an. Diese Ansprache erfolgt

in der Regel in der Publikumssprache. Der Spezialist dagegen ist auf die Zuweisungen der Grundversorger angewiesen. Deshalb muss er die Grundversorger ansprechen, die ihm Patienten zuweisen (die so genannten «Absatzmittler»). Diese Ansprache erfolgt in der Fachsprache. Eine Sonderrolle kommt dabei zum Beispiel Gynäkologen oder Ophthalmologen zu. Sie befinden sich in der Situation eines spezialisierten Grundversorgers, weil der Patient sie meist direkt aufsucht und sie deshalb nicht so stark auf Zuweisungen angewiesen sind.

Aufgrund der unterschiedlichen Bedürfnisse gelten für Grundversorger und für Spezialisten teilweise unterschiedliche Marketing-Regeln.

Im Folgenden werden einige wichtige Marketing-Instrumente vorgestellt: das Marketing der eigenen Person; die Zielgruppensegmentierung; die POS-Aktivitäten; der Internet-Auftritt; das Marketing des eigenen Fachwissens. Dabei werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Spezialist und Grundversorger ersichtlich.

Marketing der eigenen Person

Das Marketing der eigenen Person entscheidet sehr wesentlich über den Erfolg oder den Misserfolg einer Praxis. Im Vordergrund stehen Qualitäten, die wir uns von einem Arzt wünschen, nämlich Sozialkompetenz, Empathie, Kommunikationsfähigkeit, Akzeptanz und – was wir alle als Patienten nicht beurteilen können: die Fachkompetenz. Insbesondere der Umgang mit den Patienten, die Sozialkompetenz und die Empathie sind für die Patienten wichtig. Der Arzt soll sympathisch sein. Akzeptanz heisst, dass der Arzt



Hansruedi Federer

ein gutes Renommee in seinem Einzugsgebiet hat und von bestehenden Patienten aktiv an Neuzuzüger und an Wechselpatienten (Patienten, die mit ihrem bisherigen Arzt nicht zufrieden sind) weiterempfohlen wird. Marketingmässig steht die Fachkompetenz völlig im Hintergrund. Es nützt nichts, wenn wir alle Fach- und Fertigkeitsscheine demonstrativ im Wartezimmer aufhängen. Diese können nur der Unterstützung dienen. Ob die Praxis gut läuft, hängt aber letztlich nicht von der Fachkompetenz, sondern von der Sozialkompetenz des Arztes ab.

Zielgruppensegmentierung

Jeder Arzt hat die Patienten, die er verdient, und jeder Patient hat den Arzt, den er verdient. Manche Praxen haben ein sehr anstrengendes «Patientengut»: viele terminale Patienten, viele chronische Patienten, wenig Akutpatienten. Andere haben viele gesunde Kunden – man kann hier nicht von eigentlichen Patienten sprechen: viele Akutfälle, selten schwerere Erkrankungen.

¹ Der Autor bedankt sich bei allen Workshop-Teilnehmern für ihren Beitrag und die spannende Diskussion.

Wie kommt es dazu? Solche Praxismerkmale sind in der Regel das Resultat einer unbewussten Zielgruppensegmentierung. Wenn ein Arzt etwas sehr gut macht und auf eine Indikation gut anspricht, wird er entsprechende Patienten passiv selektieren. Ein Arzt, der manuelle Medizin betreibt, kann sich zum Beispiel nach einer gewissen Zeit plötzlich damit konfrontiert sehen, dass ein hoher Anteil seiner Patienten Rückenpatienten sind. Ähnliches findet auch statt, wenn man Zusatzleistungen ausserhalb der Grundversicherung anbietet, beispielsweise Leistungen im Bereich der Schönheitsmedizin. Solche sanfte Sub-Spezialisierungen können für eine Praxis im Extremfall zu existenziellen Problemen führen. Die Segmentierung sollte deshalb immer wieder überprüft werden. Als Prüfkriterium dienen dabei die Indikationen. Die vier wichtigsten Indikationen sollten beim Grundversorger in den Bereichen Herz-Kreislauf, Rheuma, Diabetes und Infekte liegen.

Es gibt nicht wenige Praxen, die sich von der traditionellen Grundversorgung abwenden und sich in andere Spezialitäten begeben. Klassische Beispiele: traditionell chinesische Medizin und Homöopathie. Mit jeder Abweichung vom ursprünglichen Leistungsprofil verändert sich auch die Zusammensetzung des Patientengutes. Dies kann passiv oder aktiv geschehen. Es ist deshalb wichtig, sich immer wieder vor Augen zu führen: Wie ist meine Zielgruppe zusammengesetzt? Entspricht meine Praxis noch einer Grundversorgerpraxis mit den üblichen Indikationen? Entspricht das Altersprofil meines Patientengutes dem Altersprofil der Bevölkerung am Praxisstandort? Entspricht meine Marktleistung dem von der Zielgruppe gewünschten Angebot?

POS-Aktivitäten

In manchen Wartezimmern kommt man sich vor wie an einem Bahnhof-

kiosk. Die Zahl der aufgelegten Broschüren, Aufklärungs- und Gesundheitszeitschriften übertrifft oft das Mass des Erträglichen. Bevor irgendeine POS-Aktivität² gestartet wird, empfiehlt es sich deshalb, zuerst einmal den Raum dafür zu schaffen, das heisst das Wartezimmer beziehungsweise den «Kiosk» gründlich, am besten radikal, zu räumen.

Sinnvolle POS-Aktivitäten sind zum Beispiel eine Praxisbroschüre, Visitenkarten des Arztes – im Idealfall mit einer persönlichen CI³ und mit Logo versehen. Insbesondere für den Spezialisten ist der persönliche Auftritt mit CI und Logo unabdingbar. Das persönliche Logo, das auf Praxisbroschüren, Visitenkarten, Terminkarten und so weiter aufgedruckt wird, dient nicht nur ästhetischen, sondern auch ganz praktischen Zwecken. Dank einem solchen Logo wird der Kollege beispielsweise in Sekundenschnelle einen Bericht aus einer Unmenge von Post herausgreifen können. POS-Aktivitäten ermöglichen also eine bessere Differenzierung gegenüber Mitbewerbern und steigern hiermit den Bekanntheitsgrad des Arztes.

Internet-Auftritt

Der Internet-Auftritt ist kein unbedingtes Muss für den Grundversorger. Da die Bedeutung des Internets in Zukunft noch zunehmen wird, wird ein Grundversorger mit eigener Homepage aber als Grundversorger wahrgenommen, der seine Kundenorientierung öffentlich demonstriert. Beim Surfen im Internet findet man allerdings auch Homepages von Ärzten, bei denen man sich fragt, ob sie nicht zu persönlich sind. Dass man sich damit selber qualifiziert, ist selbstverständlich. Wir empfehlen deshalb, die Inhalte auf das Notwendige zu beschränken. Die Inhalte ermöglichen den Patienten eine erste Orientierung. Dies ist vor allem wichtig für Patienten, die den Arzt wechseln möchten, oder für potenzielle Neupatienten.

Marketing des eigenen Fachwissens

Das Marketing des eigenen Fachwissens richtet sich immer an die rele-

vante Zielgruppe, also beim Grundversorger an die Versicherten und beim Spezialisten an die Zuweiser. Dabei ist grundsätzlich zu unterscheiden zwischen mündlichen und schriftlichen Kommunikationsformen; im Fall des Grundversorgers geht es dabei konkret um Publikumsvorträge zu medizinischen Themen von allgemeinem Interesse und um patientenzentrierte Publikationen zu entsprechenden Themen. Publikumsvorträge und Publikationen ermöglichen es dem interessierten Publikum, sich ein Bild vom Fachwissen des Arztes zu machen und in unverbindlicher Form einen ersten Eindruck vom Arzt zu gewinnen.

Beim Spezialisten richtet sich das Marketing des eigenen Fachwissens dagegen an die zuweisenden Ärzte – vor allem auch an Ärzte, die dem Spezialisten bisher noch keine Patienten zuweisen. Idealerweise wird ein Fachgebiet behandelt, das den Zuweiser interessiert, auf dem er möglicherweise weniger bewandert ist, das aber ein gewisses Zuweisungspotenzial aufweist (eine Indikation, die in der Praxis des zuweisenden Arztes kaum jemals auftreten wird, ist für diesen nicht interessant). Gleiches gilt für Publikationen. Sie werden idealerweise in Fachmedien platziert, die einem medizinischen Fachpublikum dienen. Sie vermitteln dem Zuweiser einen Eindruck von der fachlichen Kompetenz des Spezialisten. Daraus, dass der Spezialist in Form von Vorträgen und Publikationen aktiv die öffentliche Kommunikation sucht, schliessen die potenziellen Zuweiser zudem, dass der Spezialist auch im Falle eines gemeinsamen Patienten aktiv kommunizieren und eine Interaktion suchen wird. ■

Autor:

Dr. Hansruedi Federer

FEDERER&PARTNERS

Unternehmensberatung im

Gesundheitswesen AG

Mitteldorfstr. 3

5605 Dottikon

E-Mail: federer@federer-partners.ch

Internet: www.federer-partners.ch

² POS steht für Point of Sale (Ort des Verkaufs); POS-Aktivitäten sind also absatzfördernde Massnahmen vor Ort, das heisst in der Arztpraxis selber.

³ CI steht für Corporate Identity. Gemeint ist die Unternehmens-Persönlichkeit, die sich im Verhalten, der Kommunikation und dem Erscheinungsbild einer Unternehmung zeigt.

Marktforschung im Gesundheitswesen

Workshopbericht

Ein Workshop am 4. Forum-Managed-Care-Symposium widmete sich dem Thema «Marktforschung im Gesundheitswesen». Geleitet wurde dieser Workshop von Claude Longchamp vom GfS-Forschungsinstitut, Bern. Zuerst lernten die Teilnehmenden die Grundlagen der Marktforschung kennen. Anschliessend wurden konkrete Fragen zur Marktforschung im Gesundheitswesen diskutiert.

Rita Schnetzler*

Der Krankenversicherer Gsund möchte zusammen mit einem Spital und einem ambulanten Netzwerk von Ärzten, Pflegenden und Therapeuten ein neues Versicherungsprodukt anbieten, das sich speziell an chronisch Kranke richten soll. Doch sind chronisch Kranke überhaupt an einem solchen Versicherungsprodukt interessiert? Gsund ist unsicher.

Was heisst Marktforschung?

Ähnlich wie Gsund sind viele Anbie-

ter (im Gesundheitswesen ebenso wie in anderen Branchen) unsicher, ob eine Nachfrage nach einem Produkt besteht, das sie neu auf den Markt bringen möchten. In solchen Situationen kann es sinnvoll sein, eine Marktforschungsstudie durchzuführen. Marktforschung ist ein Überbegriff für Methoden mit dem Ziel, dem Anbieter Informationen über die Nachfragelage zu verschaffen.

Grundsätzlich können Marktforschungsstudien in Form von *Befragungen* (Umfragen) oder in Form von *Beobachtungen* durchgeführt werden. Sie können *quantitative* oder *qualitative* Aussagen zum Ziel haben. Sie können sich auf Verhalten oder auf Einstellungen beziehen. Und sie können alle Mitglieder der *Grundgesamtheit*, über die eine Aussage gemacht werden soll, einbeziehen (*Vollerhebung*) oder sich auf eine repräsentative *Stichprobe* beschränken.

Ob die Ergebnisse einer Marktforschungsstudie ein repräsentatives Bild des tatsächlichen Verhaltens beziehungsweise der tatsächlichen Einstellungen der untersuchten Bevölkerungsgruppe (Grundgesamtheit) ergeben, hängt unter anderem von den folgenden Faktoren ab:

■ **Zieldefinition:** Bevor eine Marktforschungsstudie konzipiert wird, muss klar definiert werden, welche Ziele erreicht werden sollen und welche Daten hierzu benötigt werden. Erst dann kann die geeignete Marktforschungsmethode ausgewählt werden.

■ **Auswahl der Stichprobe:** Damit die Stichprobe repräsentativ für die Grundgesamtheit ist, muss sie erstens genügend gross und zweitens

zufällig ausgewählt sein. Zufällige Auswahl heisst, dass alle in der Grundgesamtheit dieselbe Chance haben müssen, ausgewählt zu werden. Dies kann nur durch ein systematisches Zufallsverfahren sichergestellt werden¹. Dagegen bilden beispielsweise die (freiwilligen) Teilnehmer einer Internetumfrage keine repräsentative Stichprobe für die Gesamtbevölkerung.

■ **Beteiligung an der Umfrage:** Auch durch die unterschiedliche Bereitschaft der Mitglieder der ausgewählten Stichprobe zur Beteiligung an der Umfrage kann eine Verzerrung entstehen. Eine geringe Ausschöpfungs- beziehungsweise Rücklaufquote ist zwar gemäss Longchamp nicht in jedem Fall ein Problem. Wenn die Zahl der Personen, die eine Antwort verweigern beziehungsweise in einer schriftlichen Befragung nicht antworten, nicht «neutral» auf die Untersuchungsgruppe verteilt ist, können aber Verzerrungen entstehen. So sind beispielsweise bei klassischen Telefonbefragungen die Rentner untervertreten, weil viele Rentner sich abends zwischen 17 und 20 Uhr nicht befragen lassen. Bei Fragestellungen, bei denen das Alter relevant sein könnte, müssen die Telefonzeiten deshalb angepasst werden.

■ **Verzerrungen durch Interview-situation:** Auch durch die Interview-situation und das Befragungsumfeld

¹ Auch wenn die Stichprobe systematisch ausgewählt wurde, können alle Aussagen einer Repräsentativbefragung nur mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit und innerhalb bestimmbarer Grenzen gemacht werden. Auf der Website des GfS-Forschungsinstituts (www.gfs.ch) findet sich ein Tool, mit dem sich die Fehlermarge für eine konkrete Frage im Rahmen einer Repräsentativbefragung (abhängig von der Grösse der Stichprobe und dem Zustimmungswert) einfach berechnen lässt.

* Der Bericht basiert auf dem Workshop von Claude Longchamp, Leiter Geschäftsbereich «Politik und Staat» des GfS-Forschungsinstituts in Bern.

können Verzerrungen entstehen. So kann es beispielsweise die Antwort beeinflussen, wenn für den Befragten sofort klar wird, welche Absicht hinter einer Frage steht. Besonders heikel sind auch Fragen zur persönlichen Einstellung. Die Antworten auf solche Fragen werden gemäss Claude Longchamp oft durch Normvorstellungen oder auch durch das tagesaktuelle Geschehen beeinflusst. Die Psychologie habe aber Instrumente entwickelt, dank denen auch Einstellungen messbar geworden seien. In manchen Fällen empfiehlt es sich auch, anstelle einer Befragung eine Beobachtungsstudie durchzuführen. Wenn die Beobachteten nicht merken, dass sie beobachtet werden, geben sie möglicherweise mehr oder etwas anderes von sich preis, als wenn sie Fragen beantworten.

■ **Ist-Aufnahmen versus Vorhersagen:** Oft wird mit Marktforschungsstudien versucht, eine künftige Situation vorherzusagen. Einmalerhebungen sind meist eine unzureichende Grundlage für solche Vorhersagen. Erst wenn Befragungen in regelmässigen Abständen durchgeführt werden, können Aussagen über Veränderungen im Laufe der Zeit gemacht werden.

Marktforschung im Gesundheitswesen

Offenbar befinden sich viele Akteure im Gesundheitswesen in einer ähnlichen Situation wie der eingangs genannte Krankenversicherer Gsund. Der Workshop «Marktforschung im Gesundheitswesen» lockte jedenfalls viele Teilnehmende an, und die Fragen der Teilnehmenden zeigten, dass Marktforschung für viele Unternehmen im Gesundheitsbereich ein Thema ist. Doch was in diesem Bereich wirklich geschieht, ist für Ausenstehende oft nicht erkennbar. Gemäss Claude Longchamp wird nur ein sehr kleiner Teil der Marktforschungsstudien veröffentlicht, denn



Geleitet wurde der Workshop zum Thema «Marktforschung im Gesundheitswesen» von Claude Longchamp vom GfS-Forschungsinstitut in Bern.

das Wissen darum, dass man eine Marktforschungsstudie durchführt, sich also über die Nachfrage nach einem Produkt nicht im Klaren ist, könnte der Konkurrenz einen unerwünschten Konkurrenzvorteil verschaffen.

Umso mehr Beachtung geniessen die wenigen Studien, die veröffentlicht werden. Eine davon ist der Gesundheitsmonitor: eine Befragung der Schweizer Stimmbevölkerung über die Denkweisen zu Fragen des Gesundheitswesens, welche das GfS-Forschungsinstitut seit 1999 im Auftrag der Interpharma durchführt². Dieser Gesundheitsmonitor gab denn auch im Workshop zu verschiedenen Fragen Anlass: «Gibt es bei der Bevölkerung so etwas wie eine Befragungsmüdigkeit?», wollte ein Teilnehmer wissen. Claude Longchamp verneinte. Einzig bei den Ärzten bestehe eine grosse Befragungsmüdigkeit, weil sie die wichtigste Multiplikatorengruppe für die Pharmaindustrie seien, welche ihrerseits zu den wichtigsten Nachfragern im Bereich der Marktforschung gehöre. Bei den Ärzten betrage die Verweigerungsrate bei Umfragen heute 90 Prozent.

Die eigentliche Kernfrage lautete aber: Gibt es im Gesundheitswesen und im Krankenversicherungsmarkt überhaupt ein Käuferverhalten? Nur wenn ein aktives Käuferverhalten besteht, kann Marktforschung nämlich überhaupt sinnvoll sein. Gemäss Claude Longchamp war in den ersten Jahren der Befragung im Rahmen des Gesundheitsmonitors kaum ein Käuferverhalten festzustellen. Das heisst aber nicht, dass sich die Bevölkerung im Gesundheitsbereich irrational verhalten hätte, wie das manche Ökonomen monierten. Vielmehr habe es die Mehrheit der Leute – im Wissen darum, dass ein individueller Kassenwechsel die Gesamtkosten der obligatorischen Grundversicherung nicht zu beeinflussen vermag – vorgezogen, den individuellen Nutzen zu optimieren (indem sie versuchten, die bestmögliche Behandlung zu erhalten), anstatt die Kasse zu wechseln. Erst in der letzten Befragung im Jahr 2002 sei eine Tendenz erkennbar geworden, ein individuelles Risiko einzugehen und die individuellen Kosten zu senken (zum Beispiel durch eine Erhöhung der Franchisen oder durch einen Kassenwechsel). Zugleich war der Anteil der Personen, für welche die Krankenkassenprämien ein Problem darstellt, höher als im Vorjahr. Longchamp vermutet deshalb, dass künftig noch mehr Leute beim Kassenwechsel und bei der Wahl des Versicherungsprodukts Kostenaspekte berücksichtigen werden. Parallel dazu zeigte der Gesundheitsmonitor 2002 einen weiteren Trend: Der Anteil jener Personen, die ihren Gesundheitszustand als mässig bis schlecht beurteilen, hat zugenommen, und die Beschreibung des eigenen Gesundheitszustandes ist in zunehmendem Mass schichtabhängig. All diese Trends dürften den Krankenversicherer Gsund interessieren. ■

Autorin:
Rita Schnetzler

Redaktion «Managed Care»

² Die Interpharma hat das Erstveröffentlichungsrecht für diese Studie. Sie stellt die Ergebnisse jährlich dem Parlament vor. Nach dieser Erstveröffentlichung werden die Studienergebnisse auch der Presse zugestellt. Zudem wird auf der Website des GfS-Forschungsinstituts (www.gfs.ch) eine Zusammenfassung der Ergebnisse veröffentlicht.

Qualität greifbarer machen: Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze

Ärztetnetze mit Budgetverantwortung geraten leicht in den Verdacht, Billigmedizin zu betreiben. Eine systematische Qualitätsmessung kann sie vor diesem Vorwurf schützen.

**Joachim Szecsenyi¹,
Johannes Stock², Björn Broge³**

Die Gemeinschaft der 17 Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) in Deutschland arbeitet unter Federführung des AOK-Bundesverbands am Aufbau von Arztnetzen mit Qualitätsmanagement und Budgetverantwortung. Für die AOK wie für die beteiligten Ärzte ist es wichtig, die Qualität der Versorgung im Netz transparent zu machen, um sie darlegen und weiterentwickeln zu können. Geeignete Instrumente dafür gab es bislang nicht. Der AOK-Bundesverband hat deshalb das AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen, beauftragt, «Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze» zu erarbeiten. Mit dem von AQUA erstellten Leitfaden liegt erstmals ein Indikatorensystem für hausarztba-

sierte Netze in Deutschland vor. Dieses System wurde am FMC-Symposium 2002 vorgestellt und wird nachfolgend in seinen Grundzügen erläutert.

Was sind Qualitätsindikatoren?

Wenn eine Krankenkasse mit einem Arztnetz einen Vertrag abschliesst, entsprechende Mittel investiert und ihren Versicherten die besondere Versorgung im Netz anbietet, dann muss sie die Qualität im Netz kennen und wissen, wie sie sich entwickelt. Sie braucht dazu ein Gesamtbild, das mit wenig Aufwand erhoben werden kann und zuverlässig und regelmässig informiert. Hier helfen Qualitätsindikatoren (Messpunkte für Qualität). Wenn sie gut verteilt sind und das Richtige messen, lässt sich aus den Messergebnissen ein Gesamtbild der Qualität und ihrer Veränderung im Zeitverlauf gewinnen. Das erfordert eine grosse Sorgfalt bei der Erarbeitung der Indikatoren, aber auch einen vorsichtigen Umgang mit den Indikatoren in der Praxis.

Die mit Qualitätsindikatoren erreichte Transparenz über wichtige Qualitätsaspekte soll Anreiz zum Handeln sein, mit dem Ziel, unbefriedigende Werte zu verbessern und das Gesamtniveau mindestens zu halten, wenn nicht gar zu heben. Qualitätsindikatoren sind damit ein wesentliches Element im Kreislauf des Qualitätsmanagements: Sie messen die Ist-Situation und ermöglichen es, den Handlungsbedarf einzuschätzen, Massnahmen zu planen sowie später den Umsetzungserfolg zu überprüfen und die Situation erneut zu bewerten.

Qualitätsindikatoren sind ein Megatrend im Gesundheitswesen. Auf in-



Joachim Szecsenyi



Johannes Stock



Björn Broge

¹ Prof. Dr. Joachim Szecsenyi ist Geschäftsführer des AQUA-Instituts, Göttingen, sowie Professor für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung an der Universität Heidelberg.

² Johannes Stock ist Projektleiter Integrierte Versorgung/Arztnetze beim AOK-Bundesverband, Stabsbereich Medizin.

³ Dipl. Kfm. Björn Broge ist wissenschaftlicher Mitarbeiter des AQUA-Instituts, Göttingen.

Tabelle 1:

Überblick über die elf Indikatorensets

Netzbezogen	1	Allgemeine Merkmale von Arztnetzen
Krankheitsbezogen – Medizinische Indikatoren	2	Hypertonie
	3	Diabetes mellitus Typ II
	4	Asthma
	5	Koronare Herzkrankheit
	6	Akuter Rückenschmerz
	7	Alkoholabusus
Leistungsbezogen	8	Depression
	9	Pharmakotherapie
	10	Laboruntersuchungen
	11	Prävention

vitäten, häufige Erkrankungen, wichtige Leistungen) beleuchtet werden.

2. Die *Hauptanforderungen an die einzelnen Qualitätsindikatoren* waren, dass sie valide, evidenzgestützt, praktikabel, beeinflussbar und effektiv sein sollten. Die Auswahl erfolgte in einem mehrstufigen Verfahren, das sich sowohl auf Literatur und verfügbare Evidenz als auch auf Expertenmeinungen aus Wissenschaft und Praxis stützt (siehe *Tabelle 2*). Für deutsche Verhältnisse wurde damit Neuland betreten. Allerdings orientiert sich die Methodik an den Standards führender Länder wie der USA, der Niederlande und von Grossbritannien [1, 4]. Sie erfüllt damit auch die Anforderungen, die sich bei den zuständigen Stellen in Deutschland abzeichnen [6].

Als Ergebnis liegt nun ein Leitfaden vor, in welchem das AQUA-Institut insgesamt 120 Qualitätsindikatoren für Arztnetze vorschlägt und begründet, verbunden mit Hinweisen und Checklisten zur Anwendung für Ärzte und AOK-MitarbeiterInnen. *Tabelle 3* skizziert beispielhaft einige der Indikatoren und zeigt zugleich die Breite der Blickwinkel auf, aus denen die Qualität in Arztnetzen beobachtet werden soll.

3. Als nächster Schritt steht nun die *praktische Umsetzung* der Qualitätsindikatoren an. Es ist geplant, sie in den *Arztnetz-Pilotprojekten* ver-

ternationaler Ebene hat das Thema Konjunktur, und es findet zunehmende Beachtung an Kongressen und in Publikationen [1]. Zu den führenden Ländern gehören beispielsweise die USA, wo es Indikatorenssysteme für unterschiedliche Zielgruppen wie Versicherte, Arbeitgeber oder Versicherer gibt [2]. Einige dieser Systeme sind über das Internet abrufbar [3]. Auch in Grossbritannien und Neuseeland ist der Umgang mit Qualitätsindikatoren im Gesundheitswesen für viele bereits selbstverständlich. In den Niederlanden werden in einem breit angelegten Forschungsprojekt Qualitätsindikatoren für die hausärztliche Versorgung erarbeitet und umgesetzt [4].

Wie wurden die Qualitätsindikatoren erarbeitet?

Die insgesamt 120 von AQUA empfohlenen Indikatoren sind evidenzbasiert ausgewählt und werden in einem Leitfaden sorgfältig erläutert und begründet. Das Vorgehen lässt sich in drei Schritten beschreiben:

1. *Auswahl der Bereiche für einzelne Indikatorensets:* *Tabelle 1* zeigt die letztlich ausgewählten 11 Bereiche, für welche Indikatorensets vorgelegt werden. Da die AOK-Arztnetze die gesamte Breite der hausärztlichen Versorgung abdecken sollen, sind die Bereiche entsprechend breit verteilt. Dabei erfolgte eine bewusste Konzentration auf wichtige Versorgungsbereiche, die aus unterschiedlichen Perspektiven (Netzakti-

Tabelle 2:

Methodisches Neuland – Das Vorgehen von AQUA zur Entwicklung der Indikatoren

Schritte	Beteiligte Akteure
Auswahl der Gebiete für Indikatorensets	AQUA-Institut in Abstimmung mit Vertretern von neun AOKs und des AOK-Bundesverbands
Ableitung der Indikatoren	AQUA-Institut (Prof. Joachim Szecsenyi)
<ul style="list-style-type: none"> aus existierenden Indikatorenssystemen in anderen Ländern (USA, NL, CH u.a.) aus medizinischen Leitlinien (evidenz-/konsensbasiert) aus randomisierten, kontrollierten Studien (evidenzbasiert) aus der Fachliteratur (soweit keine Evidenzbasierung möglich) 	In Kooperation mit <ul style="list-style-type: none"> Centre of Care Quality, Nijmegen (Prof. Richard Grol) National Primary Care Research and Development Centre, Manchester (Prof. Martin Marshall)
Strukturierte externe Bewertung	Sieben deutsche Experten als externe Gutachter
Diskussion in zwei Fokusgruppen	<ul style="list-style-type: none"> Fokusgruppe Netzärzte (D, CH) Fokusgruppe Netzexperten (CH)
Diskussion mit AOK-Projektgruppe	Vertreter von neun AOKs und des AOK-Bundesverbands

Tabelle 3:

Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze – ausgewählte, vereinfachte Beispiele

Fokus	Beispiele für Indikatoren (Auswahl)
Qualitätsmanagement-Aktivitäten des Arztnetzes	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitätszirkel: Häufigkeit und Teilnahmequoten • Implementierte Leitlinien • Bearbeitete Reklamationen
Entdeckung wichtiger Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Entdeckte Hypertoniker • Dokumentierte Patienten mit Koronarer Herzkrankheit • Berücksichtigte Symptome für Rückenerkrankungen
Medizinischer Prozess	<ul style="list-style-type: none"> • Durchführung von Basisdiagnostik • Regelmässige Messung wichtiger Parameter • Durchführung von Kontrolluntersuchungen
Rationale Pharmakotherapie	<ul style="list-style-type: none"> • Hauptmedikation bei wichtigen Erkrankungen • Anteil Medikation durch verschiedene Praxen • Generikaeinsatz • Polymedikation und Wechselwirkungen
Fortbildung und Schulung	<ul style="list-style-type: none"> • Umfang der Fortbildung für Ärzte und Arzthelferinnen • Durchgeführte Patientenschulungen
Sicht von Patienten und Versicherten	<ul style="list-style-type: none"> • Anteil zufriedene Patienten und Versicherte • Anzahl der Reklamationen von Patienten

schiedener AOKs zu erproben. Neben der rein technischen Implementation geht es dabei vor allem darum, zu erfahren, wie der Umsetzungsprozess gemeinsam mit den Netzärzten angegangen und durchgeführt werden kann. Es versteht sich von selbst, dass dies sorgfältig evaluiert wird.

Neuland in der Zusammenarbeit der Vertragspartner

In dieser Form sind Qualitätsindikatoren ein Novum im deutschen Gesundheitswesen. Mit den vorliegenden Indikatorensets wurde erstmals eine Systematik entwickelt, welche allgemeine Merkmale eines Netzes oder einer Gemeinschaft von Gesundheitsversorgern sowie die Versorgung bei wichtigen Krankheitsbildern und den Einsatz von Arzneimitteln und Labordiagnostik für beide Seiten sichtbar, transparent und beurteilbar macht. Die Systematik liefert ein *Koordinatensystem*, aus dem Ärzte und AOK gemeinsam wichtige Aspekte und Ziele der Versorgung auswählen können, welche monitorisiert (gemessen und im Zeitverlauf beobachtet) werden sollen.

Die Indikatoren werden sowohl für die Vertragsgestaltung und die Überprüfung der Vertragseinhaltung als auch für das netzinterne Qualitäts-

management genutzt werden. In der sich anbahnenden Zukunft mit mehr Vertragswettbewerb, mit neuen leistungsorientierten Vergütungsformen und mit Arztnetzen, welche Budgetverantwortung übernehmen, wird dies eine sehr wichtige Rolle spielen. Zunächst geht es aber darum, das Hauptziel – gute Qualität in den Arztnetz-Pilotprojekten der AOK – greifbarer zu machen und mit konkretem Inhalt zu füllen, um eine gemeinsame Basis für die Diskussion zwischen Arztnetz und Kasse zu schaffen. Erfahrungsgemäss ist dieser erste Schritt nicht einfach. Doch substanzielle Fortschritte sind heute nur in konstruktiver Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Kasse zu erreichen. So gesehen bieten diese Qualitätsindikatoren für Arztnetze eine gute Ausgangslage, um allmählich genauer zu wissen, was «ärztliche Qualität» ist und wie man sie – zumindest an wichtigen Stellen – messen kann. ■

Kontaktadresse: Johannes Stock

AOK-Bundesverband
Stabsbereich Medizin

Kortrijker Str. 1

D-53177 Bonn

E-Mail: johannes.stock@bv.aok.de

Literatur und Links:

1. RAND: Quality of Care for General Medical Conditions: A Review of the Literature and Quality Indicators. Santa Monica, RAND Health Program, 2000.

Martin Marshall et al.: Quality Indicators for general practice. A practical guide for health professionals and managers. London u. a., Royal Society of Medicine Press Ltd., 2002.

2. Epstein, Arnold: Leistungsberichte zur Qualität – Prototypen, Probleme und Aussichten. In: Arnold, Lauterbach, Preuss (Hrsg.): Managed Care. Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte. Stuttgart/New York, 1997, S. 149–156.

3. Einige Links, unter denen Hinweise auf Qualitätsindikatoren zu finden sind, als Beispiele: www.ncqa.org, www.facct.org, www.qi-project.org, www.qualityhealth.org.nz

4. Forschungsprojekt MIND (Monitoring Indicators in general practice) des Centre of Care Quality, Nijmegen, unter Leitung von Prof. Richard Grol.

5. Als weiterer erster Schritt in Deutschland ist das Forschungsprojekt «Konzept für eine standardisierte Evaluation Managed-Care-orientierter Modelle in Deutschland» des Berliner Zentrum Public Health anzusehen, dessen Ziel die Entwicklung eines Informationssystems (Report Card) für Versicherte ist (www.ivreport.de). Im Kontext des Projekts entstand ein Sammelband mit weiterführender Literatur: Preuss, Rübiger, Sommer (Hrsg.): Managed Care – Evaluation und Performance – Measurement integrierter Versorgungsmodelle. Stand der Entwicklung in der EU, der Schweiz und den USA. Stuttgart/New York, 2002.

6. Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung (ÄZQ): Beurteilung klinischer Messgrößen des Qualitätsmanagements. Konsenspapier der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der AWMF. Köln, Dezember 2001.

managed care

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

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

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



Bitte ausschneiden und einsenden oder faxen an:

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

Abonnements-Bestelltalon

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

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

Einzelnummer-Bestelltalon

Einzelne Schwerpunkt-Nummern sind noch erhältlich.

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

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

* inkl. Porto, zzgl. MwSt.

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

Lieferadresse:

Firma:

Vorname/Name:

Strasse, Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon/Fax:

Datum/Unterschrift:

Rechnungsadresse:

Firma:

Vorname/Name:

Strasse, Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon/Fax:

Versicherteninformation zur integrierten Versorgung

Wenn sich Versicherte bewusst für oder gegen eine integrierte Versorgung entscheiden sollen, dann müssen sie wissen, dass es überhaupt integrierte Versorgungsformen gibt und worin sich diese von herkömmlichen Modellen unterscheiden. Doch was genau wollen Versicherte über integrierte Versorgung wissen? Die Autorin berichtet über Erkenntnisse aus Deutschland.

Jutta Rübiger

Zertifikate oder Gütesiegel haben den Vorteil, für den Kunden ein einfach zu erfassendes Markenzeichen zu sein. Sie liefern allerdings keine differenzierten Informationen darüber, worin die überlegene Qualität des jeweiligen Produktes besteht. Ärztenetze und andere integrierte Versorgungsformen sind für die deutschen Versicherten neuartige, hoch komplexe Produkte, die hinsichtlich ihrer Qualität und ihrer Vor- und Nachteile für die Nutzer erklärungsbedürftig sind.

Integrierte Versorgung in Deutschland

In Deutschland werden zurzeit 150 Ärztenetze, Qualitätsgemeinschaften,

Hausarztmodelle und ähnliche Versorgungsverbände gezählt, rund 30 davon haben einen Vertrag mit Krankenkassen.¹ Die Zahl der Ärztenetze ist rückläufig; im Jahr 1999 gab es in Deutschland noch rund 300 Netze.² Im Zuge der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in Richtung mehr Wettbewerb, Vertrags- und Wahlfreiheit wird die Gründung integrierter Versorgungsformen vom Gesetzgeber unterstützt.³ Für die Krankenversicherungen und die Leistungserbringer sind Netze allerdings nur unter bestimmten Bedingungen ein gutes «Geschäftsmodell». Zwar liegen die Vorteile einer abgestimmten, kontinuierlichen Versorgung für die Patienten auf der Hand, aber der «return of investment» lässt aus Sicht der Träger (zu) lange auf sich warten. Dem sicheren Aufwand an Zeit und Geld für die Koordination steht ein unsicherer Ertrag in Form netzbedingter Kosteneinsparungen gegenüber. Zudem mangelt es einigen Netzen an beitriftswilligen Versicherten. Es gibt mehrere Gründe dafür, dass am herkömmlichen System festgehalten wird – einer ist, dass Versicherte integrierte Versorgungsformen schlichtweg nicht kennen: Nur 11 Prozent der Versicherten haben die Begriffe «Integrierte Versorgung» oder «Disease Management» je gehört.⁴

Versicherten-Informationssystem gefordert

Die bewusste Entscheidung für oder gegen die integrierte Versorgung setzt Informationen über Produkteigenschaften voraus, die es den Versicherten erlauben, alternative Versorgungsformen vergleichend zu



Jutta Rübiger

bewerten. Damit Versicherte informierte Entscheidungen («informed choices») treffen können, wird ein Versicherten-Informationssystem gefordert, das – ähnlich wie die so genannten «report cards» in den USA⁵ oder die Tests der Stiftung Warentest in Deutschland – Produktalternativen nach einheitlichen Kriterien beschreibt und benotet. Erste Überlegungen zu einem solchen Versicherten-Informationssystem für inte-

1 Baur, Rita: Die erste Generation der Ärztenetze – Bestandsaufnahme und Bewertung im Auftrag des AÖK-Bundesverbandes. Unveröffentlichtes Manuskript, Basel 2002.

2 Vergleiche Rübiger/Hasenbein/Klatt et al.: Konzept für eine standardisierte Evaluation Managed-Care-orientierter Versorgungsmodelle in Deutschland: ein Werkstattbericht. In: Rübiger/Preuss/Sommer (Hrsg.): Evaluation und Performance Measurement integrierter Versorgungsmodelle – Stand der Entwicklung in der EU, der Schweiz und den USA. Stuttgart 2002, S. 126-131.

3 Im Sozialgesetzbuch (SGB) V (Gesetzliche Krankenversicherung) sind insbesondere drei Vorschriften enthalten, die den Kassen respektive den Leistungserbringern das Angebot an integrierten Versorgungsformen ermöglichen: §§ 63 ff (Modellversuche), § 73a (Strukturverträge), §§ 140 a-h (Integrierte Versorgung), wobei unter anderem kombinierte (sektorenübergreifende) Netzbudgets vorgesehen sind.

4 Andersen, H.: Versichertenbefragung zur Ermittlung von Versichertenpräferenzen zu integrierten Versorgungsformen/Disease-Management-Programmen, www.VdAK.de; Oktober 2002.

5 Rübiger/Hasenbein/Klatt et al. (siehe Fussnote 2), S. 126.

grierte Versorgungsformen im Gesundheitswesen sind in einem Forschungsprojekt des Berliner Zentrums Public Health entwickelt worden.⁶

Für die Träger integrierter Versorgungsangebote (Krankenkassen und/oder Leistungserbringer) stellt sich die Frage, mit welchen Argumenten sie die Versicherten von den Vorteilen dieser Versorgungsformen überzeugen können.⁷ Eine gezielte Ansprache der potenziellen Kunden setzt voraus, dass man weiss, was die Versicherten von integrierter Versorgung erwarten und für welche Produkteigenschaften sie sich besonders interessieren.

Welche Informationen sind gefragt?

Im oben genannten Forschungsprojekt wurden 50 Versicherte in persönlichen Interviews nach ihrem Informationsinteresse bezüglich integrierter Versorgungsformen gefragt. Dabei hat sich gezeigt, dass Versicherte die vernetzte Versorgung wünschen und einen hohen Informationsbedarf haben. Insbesondere fünf Eigenschaften beziehungsweise Leistungen sind für die Versicherten interessant (Reihung nach Nennhäufigkeit):

- unter verschiedenartigen Behandlungsverfahren (neben Schulmedizin auch Naturheilkunde, Akupunktur usw.)
- Auswahl unter mehreren Ärzten
- Ärztliche Behandlungsleitlinien in patientenverständlicher Form
- Externe Überprüfung der Netzqualität (Gütesiegel)
- Ärztliche Hausbesuche, netzzeitige Notdienste (zur Kompensation von Defiziten in der Normalversorgung)

Diese im Rahmen einer eher qualita-

tiv angelegten Studie gewonnenen Ergebnisse decken sich weitestgehend mit den Erkenntnissen aus grossen Repräsentativbefragungen, wie sie unter anderem im Auftrag von Krankenkassen durchgeführt worden sind.⁸

In die persönlichen Interviews waren sowohl chronisch kranke als auch gesunde Versicherte einbezogen. Erwartungsgemäss haben die chronisch kranken (eher älteren) Versicherten einen höheren und etwas anders gelagerten Informationsbedarf als die gesunden (eher jungen). Da chronisch Kranke das Versorgungssystem von innen her kennen und beurteilen können, sind sie besonders an Informationen interessiert, die den Inhalt und den Verlauf der Behandlung betreffen (Behandlungsschwerpunkte und -leitlinien, Mitgliedschaft von Krankenhäusern und Pflegediensten im Netz, Existenz von Arzneimittelbudgets). Die jungen Gesunden betrachten das System dagegen eher von aussen, interessieren sich stärker für die objektive (durch Gutachter oder Kassen) festgestellte Netzqualität und für Serviceleistungen, die ihnen als Berufstätige nützen (zum Beispiel erweiterte Praxisöffnungszeiten). Die Gesunden interessieren sich auch deutlich häufiger als Kranke dafür, ob mit dem Netzbeitritt ein Kostenvorteil (Beitragsbonus) verbunden ist.

Zusammenfassung

Die Ergebnisse dieser und weiterer Versichertenbefragungen zeigen, dass seitens der (potenziellen) Kunden ein grosses Interesse an integrierten Versorgungsformen und an entsprechenden Informationen besteht. Die Versicherten können benennen, was sie im Einzelnen wissen wollen und wünschen sich eine neutrale Informationsinstanz. Angesichts der vorliegenden Befragungsergebnisse kann man den Versicherten insgesamt ein rationales Informationsinteresse bescheinigen: Sie interessieren sich vorrangig für die Leistungsvielfalt, für krankheits- und behandlungsbezogene Informationen, für die Ergebnisse externer Qualitätsprüfungen (Gütesiegel) sowie für die freie Arztwahl, die es ihnen erlaubt, durch

«Abstimmung mit den Füßen» (Arztwechsel) die Konsequenz aus einer als schlecht empfundenen Qualität zu ziehen. Von nachrangigem Interesse ist die mögliche Kostenersparnis durch den Netzbeitritt, wobei der Kostenvorteil nicht unabhängig von der Leistung respektive der Qualität des Netzes gesehen wird.

Die Informationsinteressen von Versicherten und ihre Erwartungen an integrierte Versorgungssysteme sollten ermittelt werden. Die in dem oben genannten Forschungsprojekt durchgeführte Befragung ist ein erster Schritt in diese Richtung. Weitere Untersuchungen, speziell zu den Versorgungs- und Informationswünschen derjenigen, für welche die integrierte Versorgung (über)lebenswichtig ist, nämlich der chronisch kranken, alten und multimorbiden Menschen, sollten folgen. ■

Autorin:

Prof. Dr. rer. oec. Jutta Rübiger

Alice-Salomon-Fachhochschule

Berlin und

Berliner Zentrum Public Health

E-Mail: raebiger@asfh-berlin.de

Hinweis:

Die Ergebnisse der vom Berliner Zentrum Public Health durchgeführten Befragungen sowie Quellenhinweise auf andere Versichertenbefragungen zur integrierten Versorgung sind im Internetforum des Forschungsprojektes unter www.ivreport.de abrufbar.

6 Konzept für eine standardisierte Evaluation Managed-Care-orientierter Modelle in Deutschland, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) unter Leitung von Prof. H.M. Brenner, Prof. K.-D. Henke, Prof. J. Rübiger. Schlussbericht unter www.ivreport.de.

7 Die produktbezogene Information der Versicherten ist zumindest im Fall der neuen Einschreibmodelle unerlässlich; in der Vergangenheit waren sich die Patienten ihrer Netzmitgliedschaft oft gar nicht bewusst.

8 Vgl. Versichertenbefragung des Verbandes der Angestellten Krankenkasse (mit 12 500 schriftlich Befragten) unter www.VdAK.de; Versicherten-Report der BKK-Novitas 1999 (ca. 2000 schriftlich Befragte), BZPH-Veröffentlichungsreihe Mai 2000.

Ärztliche Qualitätssicherungsmodelle im Vergleich

Am Symposium in Engelberg vom 15. und 16. November 2002 wurden bestehende Qualitätsstandards und Gütesiegel im Gesundheitswesen präsentiert. In der folgenden Übersicht werden drei ärztliche Qualitätssysteme

aus der Schweiz einander gegenübergestellt. Ihre Vertreter Peter Christen (Qualimed-net), Florian Suter (EQUAM-Stiftung) und Beat Künzi (swisspep Quali Doc[®]) haben unsere Fragen beantwortet.

	Quali-med-net Peter Christen	EQUAM-Stiftung Florian Suter	swisspep Quali Doc [®] Beat Künzi
1. Grundgedanken/ Vision	Prozess- und ergebnisorientiertes Qualitätsentwicklungsmodell für Netzwerke als lernendes System. Fokussierung auf die Behandlungskette; Schnittstellenoptimierung.	Qualität ist – wenn intelligent durchgeführt – durchaus messbar und vergleichbar. Die Qualität im Gesundheitswesen soll und muss aus politisch-soziologischen Gründen unter Beweis gestellt werden.	Swisspep Quali Doc erfasst die Betreuungsqualität der ärztlichen Tätigkeit und induziert durch Transparenz und durch Auseinandersetzung mit Peers und Benchmarks Lernprozesse zur fortlaufenden Verbesserung.
2. Ziel	Transparenz und Optimierung der Leistung der einzelnen Mitglieder/Netzwerke unter Wahrung der Versorgungssicherheit. Qualität als Label für Verhandlungen mit Versicherern und Entscheidungsträgern.	Die EQUAM-Stiftung fördert eine externe, unabhängige Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung, insbesondere in Systemen integrierter Gesundheitsversorgung.	Swisspep Quali Doc fördert Qualitätsbewusstsein, qualitätssichernde Massnahmen und Eigenverantwortlichkeit in der ärztlichen Betreuung mit Hilfe von validierten Messinstrumenten und logistischer Unterstützung von Peers. Swisspep Quali Doc wird grundsätzlich nur im Auftrag des zu evaluierenden Arztes durchgeführt.
3. Zielgruppe	Schweizer Netzwerke für Grundversorger und Spezialisten.	HMO-Praxen, Praxisnetze, Einzelpraxen.	Hausärzte in Einzel- und Gruppenpraxen. Ärzte in Netzwerken und in HMOs. Ab 2003 Pilotphase mit Spezialarztpraxen.

	Quali-med-net Peter Christen	EQUAM-Stiftung Florian Suter	swisspep Quali Doc® Beat Künzi
4. Instrumente: Wie funktioniert es?	<p>Prozessmanagement-Modell: Entwicklung aus Qualitätsbedürfnissen der Mitglieder (Bottom-up) mit zentralen Steuerungselementen (Top-down). Transparenz der Prozesse dank messbaren Indikatoren und Überprüfung der Ergebnisse. Durchführung und Kontrolle der Prozesse erfolgt durch die Netzwerke. Funktion von Quali-med-net: Koordination, Informationsaustausch (Praxisforschungsprojekte usw.), Aufbereitung zur externen Kontrolle, Kommunikation.</p>	<p>EQUAM-Standards, EQUAM-Audits, Verleihung des EQUAM-Zertifikats.</p>	<p>Swisspep Quali Doc besteht aus einer kombinierten Patienten-, Arzt- und Praxisteambefragung (Balanced Scorecard). Mit den datenschutzkonform erhobenen Antworten wird ein Praxisprofil erstellt, und zusammen mit dem Arzt werden Steuerungs- und Verbesserungsstrategien erarbeitet (Benchmark-System), die Umsetzung geplant und die Kontrolle abgesprochen.</p>
5. Momentane Reichweite: Wie viele machen mit?	<p>Kerngruppe: 5 Netzwerke (Argomed, Hawadoc, Thurcare, VHZ, zmed) mit zirka 1000 ÄrztInnen.</p>	<p>Zertifiziert: 9 HMOs, 1 Praxisnetz. Interessiert: 2 bis 3 weitere HMOs, 3 bis 4 Praxisnetze.</p>	<p>Bisher wurden über 280 Arztpraxen (Einzelpraxen, Netzwerke, Polikliniken, HMOs) aus allen Landesteilen mit swisspep Quali Doc evaluiert. Dazu wurden gegen 13 000 Patientenbefragungen ausgewertet. Quali Doc findet international Beachtung.</p>
6. Finanzierung	<p>Netzwerkmitgliederbeiträge, Netzwerkverträge, Einzelprojekte durch Versicherer. Weitere externe Projektfinanzierung wird derzeit gesucht.</p>	<p>Finanzielle Mittel aus Zertifizierungen und Sponsoring (vgl. www.equam.ch).</p>	<p>Swisspep Quali Doc ist die Hauptaktivität von swisspep, einem Institut zur Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen. Swisspep gehört zur Mehrheit (60 Prozent) der FMH und der SGAM (Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin), zur Minderheit (40 Prozent) den beiden Hausärzten B. Künzi und W. Oswald. Die swisspep-Quali-Doc-Evaluationen werden von den evaluierten Teilnehmern finanziert.</p>

	Quali-med-net Peter Christen	EQUAM-Stiftung Florian Suter	swisspep Quali Doc® Beat Künzi
7. Einbettung in übergeordnete Struktur?	Med-swiss.net: Dachorganisation der Schweizer Netzwerke als Koordinationsstelle.	Die EQUAM-Stiftung nimmt teil an der Formulierung nationaler, international abgestimmter Qualitätsstandards im Rahmen eines Technischen Komitees der Schweizerischen Normenvereinigung (SNV). Eine eigentliche Einbettung besteht aber nicht, was angesichts der Unabhängigkeit der EQUAM einerseits und der Tatsache andererseits, dass die EQUAM derzeit die einzige operationelle Zertifizierungsinstitution im ambulanten Gesundheitswesen der Schweiz ist, kaum verwundert.	Swisspep Quali Doc ist eine aktiv auf die Schweiz adaptierte und durch swisspep erweiterte Umsetzung der EUROPEP-Studie. EUROPEP-Daten aus bald 20 Ländern stehen zum Vergleich zur Verfügung. Swisspep Quali Doc wird von der SGAM propagiert und empfohlen. Die Weiterentwicklung ist durch nationale und europäische Forschungsoperationen gewährleistet (IMPROVE, European Practice Assessment).
8. Entwicklungspotenzial	Quantitativ: derzeit 50 Netzwerke mit zirka 3 500 ÄrztInnen mit steigender Tendenz. Qualitativ: Reifegradmodell mit mittelfristiger Zertifizierungsmöglichkeit.	Über HMO-Praxen und Praxisnetze hinaus wird derzeit an EQUAM-Standards für Einzelpraxen gearbeitet. Sollte die erwähnte Arbeit im Technischen Komitee der SNV erfolgreich verlaufen, plant die EQUAM, sich schwergewichtig auf den Prozess der Zertifizierung zu konzentrieren.	Swisspep Quali Doc ist modular aufgebaut. Als Einstiegsversion sind eigene Daten erhältlich. Wir empfehlen die vertiefte Auseinandersetzung im Qualitätszirkel, im Workshop oder in der Praxis vor Ort (Praxisbesuch durch speziell geschulten Arzt). Es ist vorgesehen, swisspep-Quali-Doc-Evaluationen mit eigenen Kostendaten und/oder mit spezifischen Erkrankungsfällen vergleichbar zu machen. Folgeevaluationen machen es möglich, die Wirksamkeit von Interventionen nachzuweisen.

	Quali-med-net Peter Christen	EQUAM-Stiftung Florian Suter	swisspep Quali Doc® Beat Künzi
9. Kommentar (Chancen/Gefahren?)	Mit der Darstellung von Prozessen wird ärztliches Handeln und qualitative Entwicklung der Netzwerke abgebildet. Der Heterogenität der verschiedenen Netzwerke wird Rechnung getragen. Die Darstellung von Prozessen ist ein anspruchsvolles Ziel und braucht Ressourcen. Externe finanzielle Mittel für das Projektmanagement sind Voraussetzung. Wir müssen unsere Partner überzeugen, dass kostenbewusste Qualität ihren Preis hat.	Die EQUAM-Stiftung ist sich bewusst, dass ihre Standards ein Qualitätsniveau verlangen, das wohl nicht von allen HMO-Praxen und Praxisnetzen (gewiss auch nicht von allen Einzelpraxen) erreichbar sein wird. Obwohl die EQUAM-Stiftung auf genügend zertifizierungswillige Institutionen angewiesen ist, verfolgt sie bewusst das Ziel, das Niveau ihrer Qualitätsstandards unverändert hoch (wenn auch gewiss nicht zu hoch!) zu halten. Ein EQUAM-Zertifikat soll etwas Besonderes sein, das den KundInnen der zertifizierten Institution eine hochstehende Betreuungs- und Behandlungsqualität zusichern kann. Bei EQUAM dominieren neben den Strukturmerkmalen vor allem die Prozesskriterien. Ergebnismessung spielt in der ambulanten Medizin nur eine marginale Rolle. Betont wird die Dokumentation der Qualitätszirkelarbeit und der Lerneffekte. Eine Patientenbefragung bringt zusätzliche Informationen, zum Beispiel über die zwischenmenschliche Ebene.	Die bisherigen swisspep-Quali-Doc-Erfahrungen zeigen zwei Dinge: – Eigene Daten zur Beratungskompetenz sind äusserst stimulierend, sofern sie in einem geschützten Rahmen besprochen werden können, auch wenn die erste Konfrontation mit den eigenen Daten unangenehm oder gar bedrohlich ausfällt. – Viele Rückmeldungen lassen uns annehmen, dass die induzierten Verbesserungen über längere Zeit anhalten. Der Beweis steht zurzeit aber noch aus.
Weitere Infos	www.med-swiss.net	www.equam.ch	www.swisspep.ch

Brigitte Casanova
Redaktion «Managed Care»

Können und dürfen wir Verhalten managen?

«Massvoller Gesundheitskonsum: Können und dürfen wir Verhalten managen?»
So wurde im Programm des 4. Forum-Managed-Care-Symposiums ein Roundtable angekündigt, der von der Unternehmensberaterin Elisabeth Michel-Alder geleitet wurde. Die Moderatorin hätte die Ausgangsfrage vermutlich mit einem klaren Ja beantwortet. Die Gesprächsteilnehmenden waren skeptisch.

«**W**ie könnte man Patienten beeinflussen, damit sie abstinenter werden?» Mit dieser Frage eröffnete Elisabeth Michel-Alder am 4. Forum-Managed-Care-Symposium die Podiumsdiskussion. Sie wiederholte die Frage im Lauf der Diskussion mehrmals. Doch die Fragestellung stiess, wie Michel-Alder am Schluss der Diskussion selber feststellte, bei den Diskussionsteilnehmenden mehrheitlich auf Skepsis. «Wir können und dürfen das Verhalten der Patienten nicht beeinflussen wollen», so schien der Grundtenor zu lauten. Das Gespräch wurde denn auch immer wieder unterbrochen durch grundsätzliche Kritik an der Fragestellung. Um die Lesbarkeit sicher-

zustellen, folgt die folgende Zusammenfassung nur zum Teil dem tatsächlichen Gesprächsablauf. Ziel war es, das Gesprächsklima spürbar zu machen und die Kernaussagen wiederzugeben.¹

Elisabeth Michel-Alder²: Wie könnte man die Patienten beeinflussen, damit sie abstinenter werden?

Jacqueline Bachmann³: Abstinenz ist völlig unsexy. Ich kann mir nicht vorstellen, dass Sie die Konsumentinnen und Konsumenten dazu bringen werden, weniger zu konsumieren. Marketing zielt ja eigentlich in die umgekehrte Richtung.

Michel-Alder: Man kann mit Marketing nicht nur den Konsum ankurbeln, man kann auch ein bestimmtes Verhalten propagieren. Denken Sie an die Stop-Aids-Kampagne.

Heidi Schriber⁴: Patienten sind Teil eines Systems. Wenn sich das Gesamtsystem nicht massvoller verhält, warum sollten das die Patienten tun? Und: Wer bestimmt das Mass? Ich denke, das kann nur in demokratischen Prozessen erarbeitet werden.

Annamaria Müller-Imboden⁵: Wenn wir den Konsum wirklich reduzieren wollen, müssen wir Mittel aus dem System nehmen.

Stefan Schütz⁶: Zuerst muss die politische Frage beantwortet werden: Soll es möglich sein, den Leistungskatalog zu differenzieren? Wenn ja, wo finden die Differenzierungen statt: Auf der Ebene der Versicherungsprodukte? Oder auf der Ebene des einzelnen Arztes?

Bachmann: Es ist offenbar erwiesen, dass HMOs und Hausarztmodelle

günstiger arbeiten. Warum heben wir dann nicht den Vertragszwang auf und lassen diese Modelle sich verkaufen, mit einem schicken Label und mit klaren Versprechungen, deren Einhaltung sich überprüfen lässt? Das würde den Krankenkassen gefallen, das würde den Patienten und den Versicherten gefallen; und dann müssten wir über andere Dinge gar nicht mehr so endlos diskutieren. Das setzt aber voraus, dass Information, Transparenz und Vergleichbarkeit sichergestellt sind, wie wir das mit dem «Guide santé» anstreben. – Hier beissen wir bekanntlich mehr oder weniger auf Granit, vor allem bei den Ärztinnen und Ärzten.

Michel-Alder: Sogar im bestehenden System mit all seinen Mängeln gibt es Bevölkerungsgruppen, die deutlich weniger konsumieren als andere. Wie können wir die Gruppen, die viel konsumieren, dazu bringen, so viel zu konsumieren wie jene, die wenig konsumieren?

Adrian Wirthner⁷: Es ist ein Problem der Information. Die Leute kommen

¹ Die Voten, welche die Fragestellung als solche kritisierten, wurden für die schriftliche Wiedergabe an den Textanfang verschoben. Im zweiten Textteil folgen die Voten, welche konkrete Massnahmen vorschlugen, um das Verhalten der Patienten zu beeinflussen. Im tatsächlichen Gespräch wurden die letztgenannten Voten immer wieder durch die erstgenannten unterbrochen.

² Elisabeth Michel-Alder ist Unternehmensberaterin (Unternehmensberatung EMA Human Potential Development, Zürich).

³ Jacqueline Bachmann ist Geschäftsführerin der Stiftung für Konsumentenschutz.

⁴ Heidi Schriber (Dr. sc. nat.) leitet die Arbeitsgruppe Patienten des Vereins Forum Managed Care.

⁵ Annamaria Müller-Imboden ist Zentralsekretärin der schweizerischen Ärztesgesellschaft FMH.

⁶ Stefan Schütz ist Leiter Managed Care und Leistungseinkauf der ÖKK.

⁷ Adrian Wirthner ist Allgemeinpraktiker und leitet die Praxis Bubenberg in Bern. Die Praxis Bubenberg ist eine mitarbeiter-eigene HMO-Praxis; sie wird für rund 80 Prozent ihrer Patienten im Capitationsystem entschädigt (Kopfpauschalen anstatt Einzelleistungsentschädigung).



«Dürfen wir Patienten zu «abstinenterem Verhalten» erziehen? Können wir das? Ist es sinnvoll?», fragten sich die Diskussionsteilnehmenden.

zum Arzt, weil sie Angst haben, weil sie verunsichert sind. Es ist nicht lustvoll, Gesundheitsleistungen zu konsumieren.

Michel-Alder: *Welche Leistungen sind vielleicht doch nicht so unlustvoll zu konsumieren und werden häufiger konsumiert als eigentlich nötig?*

Wirthner: Vor allem die Leistungen, die passiv und schmerzfrei konsumiert werden können, wie Massagen und komplementärmedizinische Therapien.

Michel-Alder: *Wie stehts mit Diagnostik?*

Wirthner: Das kommt meistens aus der Angst heraus: «Wenn ich Kopfschmerzen habe, brauche ich ein MRI.» Das kommt daher, dass die Patienten schlecht informiert sind oder dass der Arzt sie nicht gut berät.

Bachmann: Den grössten Teil der Kosten verursachen jene, die multiple Krankheiten haben und wirklich krank sind. Da würde ich nicht mehr von lustvollem Konsum sprechen. Zudem wissen wir, dass die Mengenausweitung das Problem der Menge der zur Verfügung stehenden Dienstleistungen ist.



Elisabeth Michel-Alder: «Man kann mit Marketing nicht nur den Konsum ankurbeln, man kann auch ein bestimmtes Verhalten propagieren.»

Michel-Alder: *Es ist ein Zusammenspiel zwischen Angebot und Nachfrage. Die Nachfrager könnten auch Nein sagen.*

Schriber: Sicher. Die Frage ist, wie man sie dazu motiviert und welche Informationen man ihnen zur Verfügung stellt. Man muss den Leuten sagen, was sie durch den Verzicht gewinnen. Dazu braucht es Strukturen für unabhängige Informationen.

Solche Strukturen gibt es bis heute nicht.

Esther Baldegger⁸: Verzicht auf eine Leistung bedeutet auch Verzicht auf Nebenwirkungen und auf Risiken. Das müsste man den Leuten klarmachen.

Müller-Imboden: Wir können die Leute nur dazu bringen, freiwillig auf etwas zu verzichten, wenn wir ihnen ganz genau erklären können, was passiert, wenn sie nicht verzichten. Die Aids-Kampagnen waren einigermaßen erfolgreich, weil man den Leuten drastisch zeigen konnte, was passiert, wenn sie ungeschützten Geschlechtsverkehr haben oder Spritzen tauschen.

Baldegger: Ich wünsche mir ein Gesundheitsmagazin, das seriös informiert über Vorteile und Nachteile von therapeutischen Massnahmen. Das wäre enorm wichtig zur Aufklärung der Leute, neben einer seriösen Beratung durch den Gesundheitsanbieter.

Müller-Imboden: Hier haben wir zurzeit ein grosses Problem: Weil die Anzeigen in den Printmedien rückläufig sind, ist es kaum noch möglich, wirklich objektive, nicht gekaufte Informationen zu verbreiten.



Jacqueline Bachmann: «Den grössten Teil der Kosten verursachen jene, die multiple Krankheiten haben und wirklich krank sind. Da würde ich nicht mehr von lustvollem Konsum sprechen.»

⁸ Esther Baldegger leitet das Projekt Allfit des Stadtärztlichen Dienstes der Stadt Zürich.



Das Gespräch wurde immer wieder unterbrochen durch grundsätzliche Kritik an der Fragestellung.



Stefan Schütz: «Wenn die Versicherer über Leistungen oder über die Leistungserbringer informieren, werden die Rollen vermischt.»

Michel-Alder: *Wie informieren Sie, Herr Wirthner, Ihre Patientinnen und Patienten über vernünftigen Konsum?*

Wirthner: Ich bin in einer speziellen Situation, denn ich habe Budgetverantwortung, das heisst, ich habe eine Aufgabe mit sich widersprechenden Zielen: Ich habe ein grosses Interesse, dass der einzelne Patient die Leistungen bekommt, die er braucht. Andererseits habe ich auch die Verant-

wortung gegenüber den anderen Versicherten und gegenüber dem Geschäft. Wenn ich dem Einzelnen zu viel gebe, schade ich den anderen.

Michel-Alder: *Und wie machen sie es dem einzelnen Patienten klar, wenn sie etwas nicht für nötig halten, das der Patient oder die Patientin haben möchte?*

Wirthner: Ich versuche ihn zu überzeugen, mit meinem Wissen und mit meiner Überzeugungskraft.

Das Problem ist, dass die Datenlage in der Medizin sehr schlecht ist. Wir leben eben nicht in einer mechanistischen, sondern in einer biopsychosozialen Welt. Deshalb geht das alles nicht so einfach linear und deduktiv, sondern es braucht viel Kreativität und Intuition. Diese Qualitäten werden aber im Moment im Einzelleistungssystem sehr schlecht abgegolten.

Michel-Alder: *Die Krankenkassen wären ja eigentlich ebenfalls interessiert an dieser unabhängigen Information, die Frau Schriber moniert hat. Was können Sie tun, und wo sind Grenzen?*

Schütz: Generell ist zu sagen, dass wir gar nicht wissen, welches eigentlich die Informationsbedürfnisse der Patientinnen und Patienten in der konkreten Situation sind. Zudem ist nicht klar, wieweit sich der Versicherer in die Information einschalten darf. Wenn wir über Leistungen oder

über die Leistungserbringer informieren, werden die Rollen vermischt; das kann zu Schwierigkeiten führen, auch in der Schweiz.

Wir können solche Informationsdienstleistungen heute auch gar nicht abrechnen. Dieses Problem wurde erkannt; es ist Thema der dritten Krankenversicherungsrevision. Doch vorläufig schlagen sich solche Investitionen in den Verwaltungskosten nieder, und wenn die Systeme dadurch Leistungen einsparen, verschlechtert sich das Verhältnis der Verwaltungskosten zu den Leistungen. Das läuft auf einen ineffizienten Krankenversicherer hinaus ...

Müller-Imboden: Ich sehe eine zusätzliche Möglichkeit darin, dass man den Jugendlichen bereits im Schulalter ein Gesundheitsbewusstsein und ein Bewusstsein im Umgang mit Gesundheitsdienstleistungen und -gütern aneignen könnte, wie es im Bereich der Zahnpflege geschieht. Da muss ich den Politikerinnen und Politikern einen Vorwurf machen, die jetzt die schulärztlichen Dienste abschaffen wollen. Da zerstört man ein Potenzial, das sich später nur noch zu einem sehr hohen Preis wieder aufbauen lässt.

Michel-Alder: *Wer soll die Verantwortung übernehmen, um hier Massnahmen zu ergreifen?*



Heidi Schriber: «Man muss den Leuten sagen, was sie durch den Verzicht gewinnen.»



Annamaria Müller-Imboden: «Weil die Anzeigen in den Printmedien rückläufig sind, ist es kaum noch möglich, wirklich objektive, nicht gekaufte Informationen zu verbreiten.»

Müller-Imboden: Ohne politischen Druck geht gar nichts.

Wirthner: Es braucht einen politischen Auftrag an alle Verbände – Patientenorganisationen, Versicherungsorganisationen, Leistungserbringerorganisationen. Gemeinsam haben diese Verbände sehr viel Einfluss.

Michel-Alder: Welche Zielgruppen sollte man vor allem zu erreichen versuchen?

Wirthner: Eine wichtige Zielgruppe sind sicher die sozial schlechter Gestellten, die schlechter Verdienenden. Denn sie sind schlechter informiert und brauchen mehr Gesundheitsleistungen. Eine weitere wichtige Zielgruppe ist die Jugend.

Müller-Imboden: Wenn wir versuchen, die Gesunden davon abzuhalten, sich einzubilden, dass sie krank sind, und Gesundheitsleistungen zu beanspruchen, ist dies das eine. Das ist sehr aufwändig. Dazu braucht es eine Kampagne.

Das andere ist, auf jene 20 Prozent der Kranken zu fokussieren, welche 80 Prozent der Gesundheitskosten verursachen.

Michel-Alder: Dürfen wir aus ethischer Sicht zuerst bei dieser Gruppe ansetzen?

Baldegger: Ich arbeite mit Diabetikern, mit COPD⁹- und mit Herzinsuffizienzpatienten. Das sind Patienten, die jahrelang hohe Kosten generieren. Es ist doch kein Verbrechen, wenn man ihnen beibringt, wie sie sich zu verhalten haben, damit keine Fussamputationen nötig werden und keine Hospitalisationen, weil sie ihre Situation falsch einschätzen. Es wäre ein Verbrechen, wenn wir das nicht tun würden. Die Leute sind sehr motiviert, da mitzumachen, sofern man es richtig anpackt und auf sie eingehen kann.

Bachmann: Es geht ja nicht darum, diesen Leuten etwas wegzunehmen, sondern darum, Prozesse zu optimieren und Doppelspurigkeiten zu vermeiden.

Michel-Alder: Es geht aber auch um angenehme Leistungen, die man durchführen kann – aber nicht unbedingt muss. Es geht um Leistungen mit geringem Grenznutzen. Und um solche, bei denen ein nachhaltiger Nutzen nicht erwiesen ist.

Schütz: Solche Entscheidungen fallen in der Arztpraxis. Da ginge es darum, für beide Seiten, die Patienten und die Ärzte, die richtigen Anreize zu setzen.

Ich könnte mir vorstellen, dass wir Standards und Zertifizierungen für Leistungserbringer kombinieren könnten mit ökonomischen Anreizen für die Versicherten. Ich denke an eine Art Halbtaxeffekt: Wenn der Patient sich bei zertifizierten Leistungserbringern behandeln lässt, ist seine Kostenbeteiligung nur halb so hoch wie bei nicht zertifizierten Leistungserbringern. ■

Aufzeichnung des Gesprächs:
Rita Schnetzler

Fotos:
Stefan Kubli, Winterthur



Adrian Wirthner: «Wenn ich dem Einzelnen zu viel gebe, schade ich den anderen.»



Esther Baldegger: «Es ist doch kein Verbrechen, wenn man den Patienten beibringt, wie sie sich zu verhalten haben, damit keine Fussamputationen nötig werden.»

⁹ COPD: chronic obstructive pulmonary disease (chronisch obstruktive Bronchitis)

Aufgeschnappt am vierten Forum-Managed-Care-Symposium vom 15. und 16. November 2002 in Engelberg



«Die Einführung eines Labels ist der Versuch, nicht nur über den Preis verglichen zu werden.»
(Christof Dietler)

«Wir hatten das Glück, dass die Jammerfraktion gar nie Interesse bekundet hat, im Biolandbau mitzumachen.»
(Christof Dietler)



«Künftig haben nur noch Organisationen eine Zukunft, welche Dinge aus Kundensicht besser tun als andere. – Ich denke, das ist eines Ihrer Probleme.»
(Roger Harr)

«Eigentlich müssten die Patienten in integrierten Versorgungsnetzen mehr bezahlen, da die Qualität gestiegen ist.»
(Helmut Hildebrandt)



«Wir haben eingesehen, dass die Evaluation der einzelnen Arztpraxen unerlässlich ist, weil der Arzt für einen Grossteil der Qualitätsverbesserungen verantwortlich ist.»
(Joachim Roski)





«Alle unsere Mitarbeiter ausser der Raumpflegerin haben Budgetverantwortung.»
(Roger Harr)



Fotos: Stefan Kubli, Winterthur



«Bei den Kollegen bin ich nicht beliebt, aber ich kann damit mittlerweile leben.»
(Roger Harr)

«Wie bringen wir die Patienten dazu, dass sie aus Qualitätsgründen innerhalb des Systems einkaufen?»
(Helmut Hildebrandt)



«Die Zukunft wird heissen: Reengineering der Versorgungskette durch Generalunternehmer.»
(Helmut Hildebrandt)



Wie kann die Attraktivität gesteuerter Versicherungsmodelle verbessert werden?

Im Rahmen der Vorbereitungsarbeiten für eine dritte Revision des KVG ist eine Projektgruppe im Auftrag des Bundesrates und des EDI damit beschäftigt, «... zu prüfen, wie die Verbreitung der Managed-Care-Modelle mit geeigneten Anreizsystemen gefördert werden kann ...». Der Autor, seit Juni dieses Jahres Präsident von med-swiss.net, der Dachorganisation der Schweizer Ärztenetzwerke, ist von der FMH in diese Projektgruppe delegiert worden. Er hat zuhanden der Projektgruppe die folgenden Überlegungen zur Förderung des Care-Managements im Gesundheitssystem formuliert.

1. Wesentliche Elemente, welche das Care-Management ausmachen, sind:

- Steuerung der Gesundheitsleistung durch eine Vereinbarung zwischen Versicherungsnehmer/Patient¹ und einer Vertrauensperson.
- Risikobeteiligung der Leistungserbringer beziehungsweise ihrer Netze
- Vernetzung der Leistungserbringer und der Behandlungseinrichtungen

2. Wer ist verantwortlich für die Steuerung?

In den bisherigen Hausarztnetzen war ausschliesslich der Hausarzt für die Steuerung verantwortlich. Es gibt aber bereits jetzt Ansätze, welche andere Lösungen erproben (Care-Manager der Versicherungen, Telefontriage etc.). Steuerung verlangt auf der Seite des Patienten das Vertrauen, auf der Seite des für die Steuerung Verantwortlichen umfassendes medizinisches Wissen und Verständnis für Verfahrensabläufe. Diese Voraussetzungen erfüllen gegenwärtig fast ausschliesslich die in der Grundversorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte. Auch bei ihnen besteht vielerorts in Sachen Kenntnis von Verfahrensabläufen noch erheblicher Nachholbedarf. Besser stehen hier jene Kantone da, in denen sich bereits Hausarztnetze, ärzteigene HMOs und Betriebsgesellschaften² gebildet haben. Es ist denkbar, dass auch ärztliche Vertreter von Spezialitäten (z.B. Rheumatologen oder Gynäkologen) in gewissen Fällen die Aufgabe der Vertrauensperson übernehmen können. Dass in fernerer Zukunft ein eigentliches Berufsbild eines «Care-Managers» entstehen wird, ist nicht ausgeschlossen. *Die Gesetzgebung muss im Hinblick auf die Steuerungsorgane offen formuliert werden, aber Standards setzen.*

3. Welches sind die Anforderungen an die Organe des Care-Managements?

Organe des Care-Managements sind sowohl die Care-Manager wie die dahinter stehenden Organisationen (Netzwerke, Versi-

cherungen, Versichertenorganisationen). Mit dem Anspruch auf Steuerung sind auch Verantwortung und Haftung verbunden. Damit ist klar, dass ein konsequentes Qualitätsdenken³ sowie Wissen im wirtschaftlichen Bereich entwickelt werden muss. Ein finanzieller Anreiz für die Anbieter ist erwünscht und erhöht die Akzeptanz der gesteuerten Modelle. Eine erfolgreiche Steuerung verlangt notwendigerweise die Einbindung der Steuerungsorgane in die Budgetverantwortung. Dabei kann es aber nicht die Aufgabe der Leistungserbringer sein, das eigentliche Versicherungsrisiko zu übernehmen. Dies ist und bleibt, wie es der Name ausdrückt, Aufgabe der Versicherungen. *Die Gesetzgebung muss Rahmenbedingungen für die Normen der Qualitätssicherung und für die Verantwortlichkeiten setzen. Risiko- und Erfolgsbeteiligungen sollen ausdrücklich erlaubt und eventuell sogar vorgeschrieben werden. Die Möglichkeit der Einbindung in die Budgetverantwortung soll als wichtiges Steuerungselement Erwähnung finden.*

4. Was muss die öffentliche Hand beisteuern?

Während die wissenschaftliche Forschung im Bereich der Medizin auch in der Schweiz auf höchstem Niveau und mit glänzenden Erfolgen brillieren kann, muss die Managed-Care-Bewegung auf kleinem Feuer kochen. Die meiste Arbeit wird durch hochmotivierte, aber bald auch desillusionierte Pioniere in Fronarbeit geleistet. Mit etwas Glück lassen sich von Zeit zu Zeit Sponsoren finden, welche verhindern, dass zusätzlich zur Gratisarbeit auch noch eigene finanzielle Mittel investiert werden müssen. Besser organisierte Netze und HMOs kennen zwar Entschädigungsreglemente, für fundierte Projekte und echte Grundlagenforschung fehlt aber das Geld. Die Versicherer sind zurückhaltend und auf den kurzfristigen Erfolg bedacht. Hier muss die öffentliche Hand einspringen und die Forschung koordinierend und materiell fördern.

Die Gesetzgebung muss explizit die Grundlagenforschung in Care-Management als durch die öffentliche Hand förderungswürdig bezeichnen. Die öffentliche Hand muss verpflichtet werden, die dazu nötigen Gelder freizugeben.

5. Was muss der Versicherer beitragen?

Der Konkurrenzkampf unter den Versicherern zeichnet sich gegenwärtig in erster Linie durch den Kampf um die guten Risiken aus. Modelle, welche kostenträchtige Kunden anlocken, schaden dem Versicherungsanbieter. Demgegenüber macht die Steuerung im Gesundheitswesen nur dort Sinn, wo grosse Kosten anfallen. Dieser Widerspruch kann nur durch einen Risikoausgleich gelöst werden, welcher den Namen auch verdient. Als Alternative bietet sich ein Grossrisiko-Pool an, welcher entweder von den Versicherern gemeinsam oder durch eine öffentliche Rückversicherung gespiesen wird (Mehrwertsteuer? Wenn auf die monistische Spitalfinanzierung umgestellt wird, werden die Kantone über genügend Geld für die Prämienverbiligung verfügen, womit die bisher dafür verwendeten Mehrwertsteuerprozente frei werden).

Ein weiterer Aspekt, welcher bisher aus der Diskussion ausgeklammert wurde, aber in der Praxis eine eminente Rolle spielt,

1 Im Dienste der besseren Lesbarkeit wurde auf die weibliche Form teilweise verzichtet, es sind aber immer beide Geschlechter gemeint.

2 Unter dem Namen med-swiss.net haben sich diese Organisationen zu einem Dachverband mit Sitz in Zürich zusammengeschlossen.

3 Die Ärztenetze und HMOs unternehmen in diesem Bereich grosse Anstrengungen. Unter den Namen EQUAM und Qualimed.net bestehen zwei Projekte zur Qualitätssicherung mit der späteren Möglichkeit zur Zertifizierung.

ist die Trennung der Kranken- und Taggeldversicherung. Eine Behandlung, welche den Arbeitsausfall verkürzt, kann Mehrkosten verursachen, welche aber durch die geringeren Taggeldkosten mehr als kompensiert werden. Die diesbezügliche Praxis der Unfallversicherer ist Beweis genug. Die Fragmentierung der Krankenversicherer in kleine und kleinste Kassen bedeutet hier ein grosses Hindernis, da kleine Kassen kaum die Ressourcen für solche Versicherungsangebote haben.

Bisherige Erfahrungen mit den Hausarztmodellverträgen zeigen, dass die Versicherer zu rasch Erfolge erwarten und deshalb wegen scheinbar ungenügenden Resultaten Verträge nach kurzer Zeit wieder aufkündigen. Nachhaltigkeit ist jedoch ein wichtiges Element der Steuerung.

Die Erfolgsberechnungen für die bisherigen Managed-Care-Modelle der Versicherungen sind kaum transparent und häufig widersprüchlich (z.B. widersprüchliche Daten von Sanacare und Helsana über das gleiche [bei Helsana versicherte] Patientengut). *Die Gesetzgebung muss die Frage des Risikoausgleichs ernsthaft angehen und entsprechende Forschungsprojekte (siehe Punkt 4) prioritär fördern⁴. Alternativen, wie ein Hochrisiko-Pool, müssen geprüft werden. Das Zusammenspiel von Kranken- und Taggeldversicherung muss verbessert werden. Die Vertragssicherheit zwischen Netzen und Versicherern muss erhöht werden. Die Versicherer und Modellanbieter müssen die Möglichkeit erhalten, finanziell über einen grösseren Zeitraum zu planen. Es müssen Vorschriften für eine transparente Rechnungslegung der Versicherer erlassen werden.*

6. Was muss der Versicherungsnehmer leisten?

Den heute geläufigen Modellen wird oft vorgeworfen, dass sie gute Risiken anziehen und dass deshalb die ausgewiesenen Resultate durch Selektion entstehen. Beweise für oder gegen diese These fehlen weit gehend. Dies ist auch nicht Thema dieser Abhandlung. Ziel der Reform muss es aber sein, vor allem die kostenträchtigen Risiken der Steuerung zuzuführen. Während Franchisen erwiesenermassen vor allem gute Risiken anziehen und kein lenkendes Potenzial haben, ist der Selbstbehalt umso höher, je mehr Leistungen bezogen werden. Durch eine Differenzierung des Selbstbehaltes in der Grundversicherung könnten Anreize geschaffen werden, dass kostenintensive Risiken vermehrt die Angebote mit Steuerung in Anspruch nehmen. Steuerung ist nur wirksam, wenn sie über mehrere Jahre ihre Wirkung erzielen kann. Durch gezielte Anreize (Bonus/Malus, Treueprämien, nach Beitrittsjahren abgestufte Prämien) soll die Treue zum Versicherungsmodell gefördert werden.

Die Gesetzgebung muss abgestufte Selbstbehalte für die Grundversicherung vorschreiben. Versicherungsmodelle mit Steuerung müssen durch tiefere Ansätze für den Selbstbehalt privilegiert werden. Die Treue zum Versicherungsmodell soll belohnt werden.

7. Der Leistungskatalog

Von vielen Seiten wird immer wieder moniert, dass der ausufernde Umfang des Leistungskatalogs zu höheren Kosten führe. Zuverlässige Daten, welche diese Behauptung stützen, fehlen leider, wenn man von der Studie Sommer absieht, welche dokumentiert, dass komplementärmedizinische Leistungen nicht an Stelle, sondern zusätzlich zur klassischen Medizin konsumiert werden. Teuer sind vor allem neue Abklärungs- und Therapiemethoden, welche aber gleichzeitig meist auch einen

unverzichtbaren Fortschritt bedeuten. Nur die unkritische oder gar unzweckmässige Anwendung dieser Errungenschaften verdient es, eingeschränkt zu werden. Dies ist wiederum die Aufgabe der Steuerung. Es wäre sinnvoll, wenn in der Einführungsphase die Anwendung solcher Methoden nur unter der Voraussetzung einer angemessenen Steuerung entschädigt würde. Dies würde wiederum die Attraktivität von Care-Management-Modellen erhöhen. Es wäre aber auch zu prüfen, ob im Rahmen von Behandlungsverträgen die freiwillige Einschränkung des Leistungskatalogs zu erlauben ist.

Die Gesetzgebung soll die Neueinführung von Abklärungs- und Behandlungsmethoden in der Einführungsphase von der Steuerung durch Care-Management-Organisationen abhängig machen. Im Rahmen von Care-Management-Verträgen soll die freiwillige Einschränkung des Leistungskatalogs erlaubt werden.

8. Zwangsmässiges Care-Management in der Grundversicherung?

Mehrere parlamentarische Vorstösse verlangen für die Grundversicherung das Obligatorium für Care-Management. Prominent ist hierbei die Motion Sommaruga, welche vom Nationalrat im Oktober 2000 überwiesen wurde. Sie verlangt, «in der Grundversicherung das Hausarztmodell, respektive verwandte Modelle wie HMO oder Ärztenetze, obligatorisch und flächen-

Unverzichtbare Messpunkte für die Prüfung aller Beschlüsse und Anträge:

Soziale Verträglichkeit

Hoher qualitativer Standard

Versorgungssicherheit

Effizienter Einsatz der beschränkt vorhandenen Mittel

deckend einzuführen». Ein solcher Zwang wäre natürlich die konsequenteste Methode, Care-Management-Modellen zum Durchbruch zu verhelfen. Die Gefahr ist andererseits gross, dass ohne den aktiven Entschluss des Versicherungsnehmers zur Teilnahme am Modell der Unmut über die neuen Einschränkungen und die Tendenz, sie zu umgehen, gross würden. Der zuständige Arzt würde statt zur Vertrauensperson zum Polizisten. Diese Situation wäre den Zielen der Steuerung abträglich. Sollten sich unter diesen Umständen die erwarteten (finanziellen) Effekte nicht einstellen, würde die ganze Care-Management-Philosophie kompromittiert.

Unter der Voraussetzung, dass andere griffige Anreize gemäss den oben beschriebenen Vorschlägen geschaffen werden, soll zum heutigen Zeitpunkt auf einen generellen Zwang verzichtet werden. Ein solcher müsste geprüft werden, wenn sich der Erfolg der Modelle auch im grösseren Rahmen bestätigen würde.

Dr. med. Max-Albrecht Fischer-Taeschler
Präsident med-swiss.net



⁴ Der Verband Managed Care des Kantons Thurgau (VMCT) hat dazu einen interessanten Beitrag entwickelt. Beim Thurgauer Morbiditätsindikator handelt es sich um ein einfaches Modell zur Erfassung der Morbidität und damit des Kostenrisikos des Versicherten.

Die/Der selbständig erwerbstätige diplomierte Pflegefachfrau/Pflegefachmann



von Christine Olsen-Sickinger,
Präsidentin des Schweizerischer Vereins
der Selbständig Erwerbstätigen
Krankenschwestern und Krankenpfleger (SVSK)

1 998 trat der Vertrag zwischen santésuisse und dem SBK (Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger) in Kraft, gemäss welchem diplomierte Krankenschwestern und Krankenpfleger (heute: diplomierte Pflegefachfrauen und -männer), welche über eine eigene Zahlstellenregisternummer verfügen (kann bei santésuisse beantragt werden), direkt mit den Krankenversicherern abrechnen können¹. Die gesetzlichen Grundlagen für diesen Vertrag sind in der Verordnung über die Krankenversicherung KVV (Art. 49) und in der Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV (Art. 7 bis 9a) festgeschrieben. So ist ein neues Berufsfeld entstanden: jenes der freiberuflichen diplomierten Pflegefachfrauen und -männer. Heute gibt es in der Schweiz rund 850 freiberufliche diplomierte Pflegefachfrauen und -männer. 350 davon haben sich in einer Interessengemeinschaft – dem Schweizerischer Verein der Selbständig Erwerbstätigen Krankenschwestern und Krankenpfleger (SVSK) – zusammengeschlossen. Gegenüber santésuisse werden die Interessen der freiberuflichen diplomierten Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner vom SBK vertreten.

Leistungsangebot

Die freiberuflichen diplomierten Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner sind berechtigt, sämtliche in Artikel 7, Absatz 2 der KLV genannten Leistungen der Abklärung und Beratung, der Untersuchung und Behandlung sowie der Grundpflege zu erbringen und direkt den Krankenversicherern zu verrechnen. Das Angebot der «Freiberuflichen» versteht sich als eine gesunde Konkurrenz zu anderen Anbietern. Wir verstehen uns als Alternative oder Ergänzung zur gemeinnützigen Spitex, das heisst, wir übernehmen Aufträge, welche die gemeinnützige Spitex wegen deren Komplexität oder aus Zeitgründen nicht übernehmen kann. Viele Freiberufliche arbeiten zu Randzeiten und an Wochenenden,

welche die gemeinnützige Spitex nicht abdeckt. So kann auch in kleineren Gemeinden eine ganzheitliche Betreuung angeboten werden.

Insbesondere die Abend-, Nacht- und Wochenendbetreuung und die Betreuung von psychisch kranken Menschen wird vielfach von uns Freiberuflichen übernommen. Diese Leistungen werden zu 90 Prozent im Rahmen der KVG-Grundversicherung abgerechnet. Allerdings wird die Abrechnung bei der Betreuung psychisch kranker Menschen immer problematischer. Viele Krankenversicherer sehen nicht ein, dass ein psychisch Kranker sehr viel Pflege benötigt. Zudem lässt sich bei diesen Patienten der Zeitaufwand im Voraus oft nicht genau eruieren. Ging es dem Patienten heute noch gut, so kann es ihm morgen plötzlich sehr schlecht gehen, sodass er wesentlich mehr Betreuung braucht. Dieser Mehraufwand an Stunden ist kaum vorhersehbar – was eigentlich nur beweist, wie komplex diese Pflege ist.

Firmengründung

Ich selber habe mich gleich nach Inkrafttreten des genannten Vertrags zwischen santésuisse und SBK selbstständig gemacht, um meine Arbeit künftig in eigener Regie ausführen zu können. Der Einstieg war für mich schwierig. Zunächst galt es, eine eigene Firma zu gründen. Bei der Suche nach einem geeigneten Ratgeber stellte ich fest, dass bei der Firmengründung in jeder Branche unter anderem die folgenden Punkte von Bedeutung sind:

- Werbung
- Finanzierung (z.B.: Muss ich jeden Klienten übernehmen, um mir meinen eigenen Unterhalt finanzieren zu können?)
- Branchenspezifische Fragen (z.B.: Wo erhalte ich meine Weiterbildung?)
- Versicherungen (Welche Versicherungen machen Sinn? Wie steht es mit meiner Altersvorsorge?)
- Lokalität
- Zeit
- Marktücken erkennen (Welchen Zweig der Pflege decke ich ab?).

Ich erstellte ein Betriebskonzept, welches es mir ermöglichen sollte, einen persönlichen «Kosten-Nutzen-Vergleich» anzustellen: Ist meine Arbeit für mich befriedigend und finanziell rentabel? Entspricht mein Arbeitspensum und meine Arbeitssituation meiner ursprünglichen Absicht? Der SVSK hat inzwischen einen Leitfaden für die Firmengründung erarbeitet, welcher Pflegefachfrauen und -männern den Weg in die Selbständigkeit erleichtern soll. Dieser Leitfaden wird voraussichtlich im Frühjahr 2003 veröffentlicht.

Rechnungsstellung

Der Vertrag zwischen SBK und santésuisse, den ich eingangs erwähnt habe, legt die Tarife für die Bereiche Bedarfsabklärung/Beratung, Behandlungspflege und Grundpflege fest. Mir persönlich haben es diese Tarife sehr erleichtert, für

meine Arbeit ein angemessenes Honorar zu verlangen.

Um die eigene Wirtschaftlichkeit gegenüber den Krankenversicherern nachweisen zu können, muss bei der Übernahme eines neuen Klienten immer zuerst eine Bedarfsabklärung durchgeführt werden: Dabei geht es darum, die Bedürfnisse des Klienten wahrzunehmen und den Pflegebedarf zu eruieren. Aus der Bedarfsabklärung wird abgeleitet, welche pflegerischen Massnahmen notwendig sind. Wenn der Klient Leistungen wünscht, die über den Bedarf hinausgehen, muss er diese Leistungen selber bezahlen. Wenn die Krankenversicherer den Verdacht haben, dass zu viele Stunden verrechnet wurden, verlangen sie einen Bedarfsnachweis.

Ressourcenmanagement

Eine besondere Herausforderung bei der selbständigen Tätigkeit besteht darin, die eigenen Ressourcen zu managen. Anfangs habe ich mich manchmal überfordert. Heute weiss ich, dass ich nicht allmächtig bin. Ich kann nicht alleine eine «Rund-um-die-Uhr-Pflege» anbieten. Auch sollen neben meiner Arbeit meine Familie und meine Freunde nicht zu kurz kommen.

Umso wichtiger ist für mich die Vernetzung mit meinen Kolleginnen. Glücklicherweise ist das Netz der freiberuflichen Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner unterdessen angewachsen. Dank dieser Vernetzung kann ich sicherstellen, dass ich auch zu meiner Freizeit komme.

Christine Olsen-Sickinger
E-Mail: cos@swix.ch

Ein Arbeitstag

Morgens um sieben Uhr fünfzehn treffe ich bei einem HIV-Klienten ein, um einen Verbandwechsel vorzunehmen. Danach besucht ich zwei weitere Klientinnen, die aufgenommen und geduscht werden möchten.

Am Mittag treffe ich mich mit einem Suchtklienten. Wir besprechen, wo er in Zukunft unterkommen kann. Er hat viele Forderungen, die aber meinen Kompetenzbereich übersteigen. Es ist angebracht, mit ihm den Weg zum Sozialamt zu gehen. Der Klient schämt sich, diesen Schritt tun zu müssen. Doch daran wird er nicht vorbeikommen. Er muss sich selber anmelden. Ich werde ihn das erste Mal begleiten. Ich werde dabei aber sehr darauf achten, dass ich nicht in die Rolle einer Ersatzmutter komme.

Erst am Abend habe ich wieder zwei Einsätze: Zuerst besuche ich eine Klientin in der Klinik, um mit ihr zusammen die Rückkehr nach Hause zu planen. Anschliessend besuche ich eine Alzheimerpatientin, die von ihren Kindern, ihrem Ehemann, der Spitex und mir gepflegt wird. Obwohl dieser Einsatz körperlich sehr anstrengend ist, ist es für mich eine wahre Genugtuung zu sehen, wie meine Arbeit als Pflegefachfrau geschätzt wird.

Den späten Abend nutze ich, um meine Dokumentation à jour zu halten und den kommenden Arbeitstag zu planen.

¹ Vertrag zwischen Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer und Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger; Bern 16.5. 1997; Gültigkeit ab 1. Januar 1998

Zusatzinformationen zum Projekt «Ärzttering» der Helsana

In Arztekreisen wurde wiederholt und in zum Teil kritischen Tönen über das Vorgehen der Helsana im Projekt «Ärzttering» berichtet. «Managed Care» hat die Helsana gebeten, aus ihrer Sicht darzustellen, wie sie in diesem Projekt vorgegangen ist und warum.

Eveline Wiederkehr-Steiger

Die Kosten im Gesundheitswesen steigen weiter. Ein wichtiger Grund dafür ist das oft zu wenig kostenbewusste Verhalten von Arzt und Patient. Dieser Mangel kommt nicht von ungefähr: Bisher haben klare Kriterien gefehlt, um wirtschaftliches Handeln zu erkennen. Das Projekt «Ärzttering» will diese Lücke schliessen und dazu beitragen, die Kostensteigerung im ambulanten Bereich zu dämpfen. Es ist aufgeteilt in eine Ärzte- und eine Versichertenbefragung. Ziel ist es, in partnerschaftlicher Zusammenarbeit aufschlussreiche Informationen zu gewinnen.

Wie ist das Projekt aufgebaut?

Als führender Krankenversicherer verfügt die Helsana über umfangreiches Zahlenmaterial, das sie verstärkt nutzen will, um die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen und deren Hintergründe besser verstehen zu können (Abbildung 1). Die Grundlage für das Projekt «Ärzttering» liefern die Helsana-Kostendaten des Jahres 2001. Im Projekt werden die Kostendaten der beiden Facharztgruppen «Allgemeinpraktiker» und «Allgemeine Innere Medizin» näher untersucht (vgl. *Abbildung 2*). Um die Zuverlässigkeit der Daten zu erhöhen, wurden nur Leistungserbringer einbezogen, die im Rechnungsjahr 2001 mindestens 50 Helsana-Versicherte betreut haben. Die Indizes wurden wie in der Rechnungssteller-Statistik von santésuisse berechnet – allerdings wurden die Kennwerte dieser Statistik zusätzlich noch nach Alter und Geschlecht der Patienten bereinigt.

Die Indizes wurden wie in der Rechnungssteller-Statistik von santésuisse berechnet – allerdings wurden die Kennwerte dieser Statistik zusätzlich noch nach Alter und Geschlecht der Patienten bereinigt.

Fragen an Ärzte

Die Helsana hat den Leistungserbringern das Ergebnis dieser Datenauswertung (siehe *Kasten 1*) präsentiert und sie gebeten, allfällige Abweichungen vom Durchschnitt zu begründen. Gleichzeitig befragt der Ärztfragebogen die Leistungserbringer zu den Praxisbesonderheiten und zur Infrastruktur ihrer Praxen. Gestellt werden Fragen wie:

- Wie war die Patientenzusammensetzung in Ihrer Praxis im Jahr 2001?
- Wie sind Ihre Sprechstundenzeiten?
- Führen Sie Selbstdispensation aus?
- Verfügen Sie über eine besondere Praxiseinrichtung?

Verschickt wurden 3479 Ärztfragebogen in folgenden Kantonen: Zürich, Glarus, Bern, Tessin, Aargau, St. Gallen, Thurgau, Zug, Baselland, Schwyz und Waadt. Begleitend zur ganzen Befragung hat die Helsana mit den Beteiligten intensive Gespräche geführt, um das Projekt zu optimieren. Namentlich waren dies Gespräche mit den Vertretern der FMH (Schweiz. Ärztesgesellschaft), der SGAM (Schweiz. Gesellschaft für Allgemeine Medizin) und der SGIM (Schweiz. Gesellschaft für Innere Medizin) sowie mit Vertretern von Ärztenetzwerken und von betroffenen kantonalen Ärztesgesellschaften.

Erfreulich: 51 Prozent der befragten Ärzte haben die Fragebogen ausgefüllt zurückgeschickt. Die Frage zu

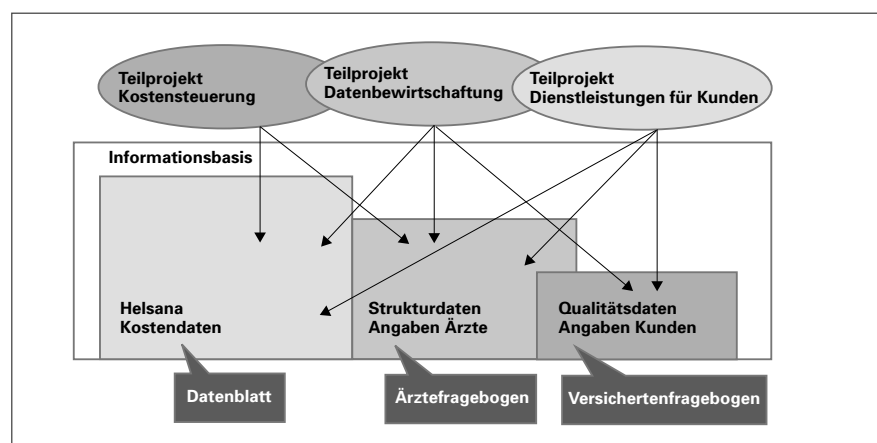


Abbildung 1: Wie werden die Ergebnisse des Projekts «Ärzttering» genutzt?

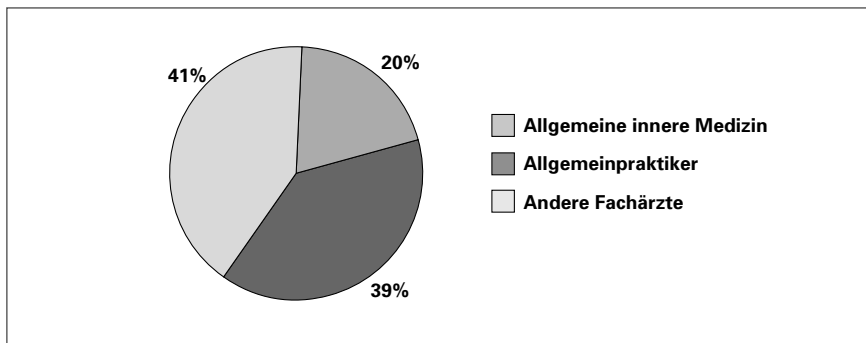


Abbildung 2: Wer steuert die Kosten in der obligatorischen Grundversicherung?
6634 Allgemeinpraktiker und Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin steuern einen wesentlichen Teil (819 Millionen Franken) der gesamten Kosten der Helsana- und Progrès-Versicherten in der obligatorischen Grundversicherung (1390 Millionen Franken).

den Praxisbesonderheiten (Patientenzusammensetzung) bereitete offenbar Schwierigkeiten. Es werden deshalb über hundert Detailauswertungen durchgeführt. Sie bringen bezüglich der Praxisbesonderheiten zahlreiche wertvolle Erkenntnisse – sowohl für die Leistungserbringer als auch für die Helsana.

Näher untersucht werden insbesondere Fragen zu den kostenmässigen Auswirkungen der Komplementärmedizin, zur Korrelation zwischen Behandlungs- und Medikamentenkosten und zu standortmässigen Unterschieden (Stadt-Land-Effekt). Die Antworten auf die Arbeitsthese sollten im ersten Quartal 2003 vorliegen und werden in den Dialog mit Vertretern der Ärzteschaft einfließen.

Auch die Meinung der Versicherten ist gefragt

Neben den Leistungserbringern kommen im Projekt «Ärzterating» auch die Versicherten selbst zu Wort: Sie sollen sich dazu äussern, wie sie die Servicequalität der Leistungserbringer beurteilen. Die Helsana hat dafür ein etabliertes Instrument gewählt: den Fragebogen von EUROPEP¹, der auch bereits in der Schweiz angewendet wird, unter anderem durch SwissPEP-QualiDoc (Inhalte dieses Fragebogens siehe *Kasten 2*).

1 Richard Grol & Michel Wensing. (2000). Patients evaluate general/family practice. The EUROPEP instrument. Centre for Quality of Care Research Uni Nijmegen – The Netherlands. International standardisiert, übersetzt in 15 Sprachen.

Für die Basiserhebung (Eichmessung) zur Patientenzufriedenheit wurden Arztpraxen zufällig nach Kantonen ausgewählt. Voraussetzung für die Auswahl der Arztpraxen war: mindestens 140 mindestens 18-jährige Helsana-Versicherte mit mindestens einer Konsultation zwischen dem 1. August 2001 und dem 31. Juli 2002. Die Helsana informierte die 220 ausgewählten Ärzte direkt über die Befragung.

Datenschutz

Die Patientenbefragung wurde in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Testentwicklung und Diagnostik am psychologischen Institut der Universität Freiburg durchgeführt, welches die 40 656 Versicherten direkt anschrieb. Erzielt wurde ein Rücklauf von 27 Prozent.

Der Umstand, dass die Helsana-Versicherten den Fragebogen mit dem Namen ihres Arztes von der Universität Freiburg erhielten, löste Kritik aus. Der Eidgenössische Datenschutzbeauftragte (EDSB) nahm Stellung:

Die Selektion der Adressen durch die Helsana sowie der Einbezug der Uni Freiburg wird als gesetzeskonform beurteilt. Beanstandet wurde das gewählte Vorgehen für den Einbezug der Patienten in die Befragung und der Umstand, dass die Helsana nicht direkt an die Patienten gelangt ist.

Aus diesem Grund verpflichtete der EDSB die Helsana, die folgenden drei Auflagen zu erfüllen: Die Daten jener Versicherten, die nicht geantwortet haben, zu löschen. Die Daten

jener zu löschen, die den Fragebogen zurückgesandt haben und nun an der Umfrage doch nicht mehr teilnehmen wollen. Im Weiteren dürfen die Versicherten, die den Fragebogen nicht eingesandt haben, kein weiteres Mal dazu aufgefordert werden. Die Helsana hat die Weisungen des EDSB befolgt und dies den Verantwortlichen des EDSB am 8. November 2002 schriftlich bestätigt.

Gleichzeitig hat sie nochmals ihre Rechtsauffassung dargelegt. Gemäss ihrer – vom EDSB abweichenden – rechtlichen Interpretation handelt es sich nicht um eine Datenweitergabe im Sinne von Artikel 84a KVG, sondern um ein zulässiges Outsourcing gemäss Artikel 84 KVG («Personendaten bearbeiten lassen»).

Kasten 1:

Erläuterungen zum Datenblatt der Ärztebefragung

Die Ärzte erhielten ein Datenblatt mit den folgenden Daten:

Medikamenten-Index: Vergleich der Medikamentenkosten pro Patient innerhalb der gleichen Facharztgruppe. Ein Indexwert von 100 entspricht dem Durchschnitt.

Index Arztkosten: Datengrundlage des Arztkostenindex 2001 sind alle Verrechnungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Bruttokosten OKP), die im Jahr 2001 mit der Helsana getätigt wurden. Im Gegensatz zur Rechnungssteller-Statistik von santésuisse werden Alter und Geschlecht der Patienten für die Ermittlung des Arztkosten-Indexes berücksichtigt.

Pro Altersgruppe (entsprechend den Altersgruppen des Risikoausgleichs) und Geschlecht werden die durchschnittlichen Kosten pro Patient je Kanton und Facharztgruppe berechnet. Ein Vergleich dieser kantonalen durchschnittlichen Kosten mit den Durchschnittskosten beim einzelnen Arzt ergibt den Indexwert. Ein Indexwert von 100 entspricht genau dem Durchschnitt. Werte über 120 sind deutlich überdurchschnittlich, Werte unter 80 sind deutlich unterdurchschnittlich. In diesem Index werden keine Apothekenkosten oder Kosten für direkt abgegebene Medikamente berücksichtigt.

Das Datenblatt mit weiteren Informationen finden Sie im Internet: www.helsana.ch

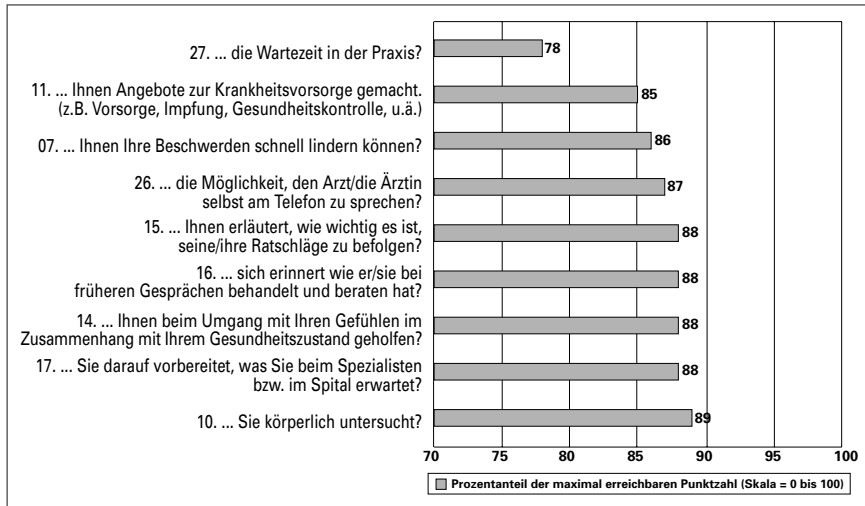


Abbildung 3: Die schlechtesten Bewertungen von 10 739 PatientInnen

Fragen:

Item 1–22: Wie hat Ihr Arzt/Ihre Ärztin in den letzten 12 Monaten ...

Item 23–30: Wie war(en) in den letzten 12 Monaten ...

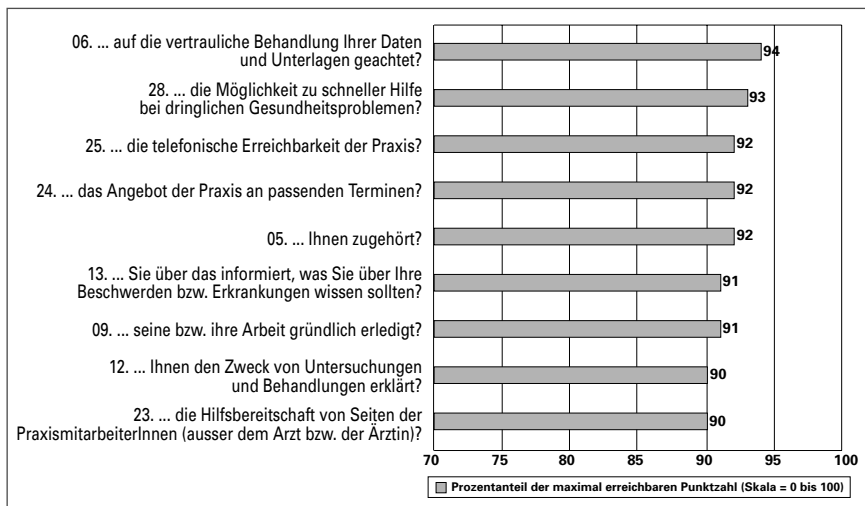


Abbildung 4: Die besten Bewertungen von 10 739 PatientInnen

Fragen:

Item 1–22: Wie hat Ihr Arzt/Ihre Ärztin in den letzten 12 Monaten ...

Item 23–30: Wie war(en) in den letzten 12 Monaten ...

Ausdrücklich festzuhalten ist, dass der EDSB weder das grundsätzliche Vorgehen noch die Zielsetzung des Projektes «Ärzttering» negativ bewertet hat.

**Auswertungen:
Ärztbefragung ...**

Aus den Kostendaten und den Antworten der Ärzte leitet die Helsana Empfehlungen ab, um die Wirtschaftlichkeit des ärztlichen Handelns zu beurteilen. Ziel ist es, den

Auftrag der «Kontrolle der Wirtschaftlichkeit» gemäss Artikel 56 KVG künftig mit evaluierten Beurteilungskriterien erfüllen zu können. Eine grosse Herausforderung bildet dabei die Berücksichtigung der Praxisbesonderheiten, welche hohe Behandlungs- und Medikamentenkosten rechtfertigen. Es müssen entsprechende Korrekturfaktoren ermittelt werden.

Konkret heisst das: Der Index eines Arztes, der sich zum Beispiel auf

HIV-positive Patienten spezialisiert hat und dadurch überdurchschnittlich hohe Medikamentenkosten ausweist, wird mittels des Korrekturfaktors entzerrt und vergleichbar gemacht. Vorgesehen ist auch ein Abgleich mit den differenzierten Kostenauswertungen aus Ärztenetzwerken. Dabei interessiert besonders die Frage, wie die Analyse der Patientenzusammensetzung optimiert werden kann (Beispiel: Anwendung von Morbiditätsindikatoren).

... und Versichertenbefragung

Die Auswertungen der Versichertenbefragung zeigen eine hohe Patientenzufriedenheit (vgl. *Abbildungen 3 und 4*).

Die Versichertenbefragung bildet einen wichtigen Grundpfeiler des Projekts. Denn die Empfehlungen zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit werden ergänzt mit Empfehlungen zur Beurteilung der Servicequalität auf der Basis der erzielten Patientenzufriedenheit.

In diesem Zusammenhang interessiert besonders die Frage nach den Zusammenhängen zwischen wirtschaftlichem Handeln und der Patientenzufriedenheit: Erzielen Ärzte, welche ökonomische Überlegungen mit einbeziehen – zum Beispiel bei Forderungen der Patienten nach zusätzlichen, nicht medizinisch gerechtfertigten Untersuchungen –, eine tiefere Patientenzufriedenheit als Ärzte, welche alle Patientenforderungen ohne Abstriche erfüllen? Auch hier wird Helsana die Untersuchungsergebnisse mit Vertretern der Ärzteschaft diskutieren.

Ziel: Wirtschaftlich handeln, keine Billigmedizin!

Die richtige Behandlung durch den richtigen Arzt zum richtigen Zeitpunkt; mit diesem Ansatz ist dem Patienten und dem Gesundheitswesen gedient. Zu wenige oder falsche Leistungen (Unterversorgung) verursachen längere Behandlungszeiten und hohe Folgekosten, zu viele Leistungen (Übersorgung) bedeuten eine Mehrbelastung für den Patienten und die Gesundheitskosten.

Die Helsana möchte mit dem Projekt «Ärzttering»

Kasten 2:

Der Inhalt der Versichertenbefragung zur Patientenzufriedenheit

In der Versichertenbefragung zur Patientenzufriedenheit werden die folgenden Themenbereiche angesprochen:

- Kommunikation und Beziehung
- Information und Unterstützung
- Medizinisch-technische Betreuung
- Praxisorganisation und Erreichbarkeit
- Koordination und Kontinuität
- Weiterempfehlung
- Wiederwahl
- Weiteres (offene Frage)
- Gesundheitszustand, Arztbesuche, Alter, Geschlecht, Sprache, Bildung, Stellung im Beruf

Den Versichertenfragebogen mit weiteren Informationen finden Sie im Internet: www.helsana.ch

- das Bestreben unterstützen, unnötige Leistungskosten im Gesundheitswesen zu vermeiden
- wirtschaftliches Verhalten von Leistungserbringern erkennen und unterstützen
- ihre Versicherten bei der Arztwahl unterstützen, zum Beispiel mit Angaben zur Infrastruktur.

Aufschlussreiches Projekt für alle

Das Projekt «Ärzttering» liefert allen beteiligten Partnern wertvolle Rückmeldungen:

- den Ärzten
- zu ihren aktuellen Kostendaten
- darüber, wie sie von ihren Patienten wahrgenommen werden.

der Helsana

- zum wirtschaftlichen Verhalten

- der Leistungserbringer
- zur Servicequalität
- zum Zusammenhang zwischen Kostendaten und Daten zur Infrastruktur der Arztpraxen.

die Versicherten

- zur Infrastruktur von Arztpraxen. Mit dem Projekt «Ärzttering» werden Ärzte und Patienten dafür sensibilisiert, auf wirtschaftliches Verhalten in allen Bereichen des Gesundheitswesens zu achten. ■

Autorin:
Eveline Wiederkehr-Steiger
 Projektleiterin «Ärzttering»
 Helsana Versicherungen AG
 Stadelhoferstrasse 25
 8024 Zürich

KOLUMNE

Im falschen Film ...

Engelberger Impressionen von Christian Marti, Mitglied des Redaktionellen Beirats der Zeitschrift «Managed Care»

Das Atmosphärische war vertraut und erfüllte meine Erwartungen. Auch am vierten FMC-Symposium gehörten die Pausen, und vor allem der Abend bis tief in die Nacht, dem ungezwungenen Gespräch, bei welchem man eine Fülle von Informationen austauschen konnte. Und beim Nachtessen sah man Mitarbeiter der BlueCare, der SanaCare und der Helsana einmütig und locker gestimmt am selben Tisch vereint. Auch inhaltlich bin ich auf meine Rechnung gekommen. So hat mich die Vorstellung eines Krankenhauses in Norddeutschland beeindruckt, welches die volle Budgetverantwortung für die ambulanten und stationären Kosten seiner Patienten übernommen hat. – Ein alternatives Szenario zur Budgetverantwortung von Netzen praktizierender Ärzte? Der Workshop «Trialog – Psychose-Betroffene und Angehörigen als Experten: Auch ein Modell integrierter Versorgung!» war so anregend, dass

der Trialog in den folgenden Plenumsdiskussionen noch mehrmals erwähnt wurde. Beim Stichwort «Integrierte Versorgung» denken Professionelle des Gesundheitswesens normalerweise (und nur!) an berufs- und institutionsübergreifende Zusammenarbeit. Das Modell «Trialog» integriert neben den Professionellen Psychoseerfahrene und Angehörige als gleichwertige Experten partnerschaftlich ins Betreuungsmodell. Damit besitzt das Modell «Trialog» etwas, was den Schreibtischmodellen der integrierten Versorgung bis jetzt fehlt – nämlich eine systematische Klientenorientierung. Dennoch hatte ich mehrfach den Eindruck, in den falschen Film geraten zu sein: Die Referenten, welche zum Tagungsthema «Label/Gütesiegel» sprachen, haben die Zuhörerschaft immer so angesprochen, als ob sie zu einer Ärzteversammlung sprechen würden. Dabei stellten Ärzte nur eine Minderheit der Teil-

nehmer dar. Erwartet man, dass die Ärzteschaft dem Gesundheitswesen den Qualitätsstempel aufdrückt? Alle Redner zum Tagungsthema betonten, dass beim Aufbau eines Labels die Latte von Anfang an hoch gelegt werden muss. Nur 10 Prozent aller Landwirte produzieren gemäss den Anforderungen der «Bioknospe»; ihre Produkte sind hoch begehrt und nicht billig. Schleierhaft ist, was Ärzte in der existenziellen Sicherheit des Vertragszwangs zur Anstrengung motivieren würde, ein Label aufzubauen. Wer sich dazu in Engelberg Hinweise erhoffte, befand sich eindeutig im falschen Film.

Dr. med. Christian Marti, Geschäftsführer WintiMed; Mitglied des Redaktionellen Beirats und des Redaktionsausschusses der Zeitschrift «Managed Care»

Decision making: Verständliche Zahlen als Entscheidungsgrundlage

Wissen Sie, was die Spezifität eines Tests bedeutet? – Medizinische Informationen richtig zu interpretieren, ist schwierig. Durch eine dem menschlichen Gehirn angepasste Darstellung von statistischen Angaben und von Risiken werden medizinische Informationen für ÄrztInnen und PatientInnen verständlicher gemacht.

Brigitte Casanova

Im Rahmen des Fortbildungsprojekts «Decision making: von der Theorie zur Praxis» (siehe Kasten) fand am 14. November 2002 in Bern ein Vortragsnachmittag statt, der unter dem Titel «Medizinische Unsicherheit – wie damit umgehen?» stand. Der folgende Bericht fokussiert auf den Umgang mit Informationen, den verschiedene Referenten angesprochen haben, insbesondere auf die Frage, wie Zahlen und Risiken richtig verstanden werden.

«Informationsparadox»

Johann Steurer, Leiter des Horten-Zentrums Zürich, formulierte das Informationsproblem in Anlehnung an Muir Gray folgendermassen: Unsere Zeit leide an einem «Informationsparadox»: ÄrztInnen würden zwar mit Informationen überschwemmt, aber wenn eine bestimmte Information gesucht werde, sei sie, wenn überhaupt, nur mit grossem Zeitaufwand zu finden.

Wenn nun aber eine richtige Information gefunden werde, so stellten sich die nächsten Probleme: Ist die Information verlässlich? Und wie interpretiere ich sie richtig?

Dem Problem der richtigen Interpretation hat sich Gerd Gigerenzer, Direktor des Max-Planck-Instituts Berlin, angenommen. Er hat untersucht, wie ÄrztInnen Wahrscheinlichkeiten und Risiken verstehen, und bei ihnen nachgefragt, was genau Spezifität

und Sensitivität eines Tests bedeuten. Die Antworten der ÄrztInnen waren sehr breit gestreut. Offenbar sind ÄrztInnen ziemlich «zahlenblind». Aber nicht nur sie: Ähnliche Resultate erzielten Untersuchungen bei Richtern, beispielsweise über ihr Verständnis von Aussagen zur Verlässlichkeit von DNA-Untersuchungen, oder auch bei StudentInnen. Ebenso verstehen PatientInnen oft nicht richtig, was es bedeutet, wenn ein Arzt ihnen beispielsweise sagt, die Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen betrage 30 bis 50 Prozent. Viele der untersuchten PatientInnen interpretierten diese Aussage dahin gehend, dass in 30 bis 50 Prozent der Zeit bei ihnen Nebenwirkungen auftreten würden.

Abstrakte Zahlen verwirren

Offenbar habe das menschliche Gehirn Mühe, mit abstrakten Zahlen umzugehen. Da aber gerade solche Zahlen als Grundlage für wichtige Entscheide dienen, beispielsweise darüber, welche Behandlung gewählt werden solle, sei es äusserst wichtig, diese verständlicher zu machen.

Laut Gigerenzer geht es als Erstes darum, Zahlen so zu kommunizieren, dass der Arzt oder die Ärztin und der Patient oder die Patientin ihre Bedeutung verstehen. Zweitens sei es wichtig, die emotionale Unsicherheit bei Risikoabschätzungen zu akzeptieren. Denn das menschliche Gehirn habe die Tendenz, aus Unsicherheiten Sicherheiten zu kreieren. Beispielsweise werde den ÄrztInnen im Handbuch für HIV-Tests gesagt, dass die Möglichkeit von falschpositiven Resultaten bestehe (Angabe über die Spezifität des Tests). Dennoch verneinten 17 von 20 ÄrztInnen die Frage eines HIV-Test-Positiven, ob es sein könne, dass er trotz positivem Testergebnis keine HIV-Infektion habe. Mit solchen Aussagen verliere die Medizin an Glaubwürdigkeit.

Gigerenzers These lautet nun, dass Fachleute und PatientInnen nicht in Statistik geschult werden müssen, sondern dass die Form der Information so sein sollte, dass das mensch-

liche Gehirn sie leichter versteht. Verwirrend für das menschliche Gehirn seien Einzelfall-Wahrscheinlichkeiten, bedingte Wahrscheinlichkeiten und relative Risiken. Dies seien aber zugleich die am häufigsten verwendeten Formen.

Verständlich durch natürliche Form

Würden Wahrscheinlichkeiten und Risiken in natürlicher Form präsentiert, so würden ÄrztInnen und PatientInnen sie besser verstehen. Folgende konkrete Vorschläge machte Gigerenzer:

Zu jeder Wahrscheinlichkeit muss eine Referenzklasse (Bezugsgruppe) genannt werden, es soll also von natürlichen Häufigkeiten gesprochen werden und von absoluten statt relativen Risiken. Beim oben genannten Beispiel mit den Nebenwirkungen sollte der Arzt oder die Ärztin also sagen, dass bei 3 bis 5 von 10 seiner PatientInnen Nebenwirkungen auftreten. Sehr verständlich sei es auch, wenn «Numbers needed to treat (NNT)» (die Anzahl PatientInnen, die behandelt werden müssen, um einen Krankheitsfall zu verhindern) angegeben würden, um den Benefit eines Medikaments zu beschreiben.

ÄrztInnen bräuchten eine Schulung in so genannter Risikokommunika-

Fortbildungsprojekt «Decision making»

Das Fortbildungsprojekt «Decision making: von der Theorie zur Praxis» wurde von Sanofi-Synthelabo (Schweiz) AG in Zusammenarbeit mit mehreren medizinischen Experten aus Fortbildung, Universitäten, Fachgesellschaften und Fachzeitschriften entwickelt. Pädagogisches Ziel ist es, das Wissen über Entscheidungshilfen zu vergrössern. Die ÄrztInnen sollen in der Lage sein, die Resultate klinischer Studien in einen pragmatischen Zusammenhang zu stellen. Dazu sind drei halbtägige Workshops geplant, in denen niedergelassene ÄrztInnen praxisbezogen lernen, mit medizinischer Information und Unsicherheit umzugehen.

tion, um zu lernen, sowohl die eigene Unsicherheit auszudrücken als auch die Risiken verstehbar zu kommunizieren. Dies gebe der Medizin Glaubwürdigkeit und den PatientInnen die Chance, mündig mitzuentcheiden.

Entscheidungen basieren auf Informationen und individuellen Überzeugungen

In eine ähnliche Richtung gingen die Ausführungen von Arnaud Perrier, Oberarzt am Kantonsspital Genf, über die «Unsicherheiten in der Medizin».

Im Rahmen einer Arzt-Patient-Beziehung, die nicht auf dem paternalistischen Modell beruhe, sondern getragen sei von gemeinsamen Ent-

scheidungen (shared decision), sei es unabdingbar, dass der Arzt oder die Ärztin dem Patienten oder der Patientin die Informationen in verständlicher Form liefere. Grafische Informationen hätten sich als verständlicher erwiesen als numerische: Es sei einfacher, ein Risiko einzuschätzen, wenn beispielsweise hundert Strichmännchen zu sehen seien, sieben davon rot gefärbt, als wenn mit einer Zahl, wie bei diesem Beispiel 7,35 Prozent, das Risiko einer gravierenden Nebenwirkung ausgedrückt werde.

Eine gute Entscheidung beruht laut Perrier auf relevanten Informationen und individuellen Überzeugungen. Der Arzt oder die Ärztin könne eine

mathematische Entscheidungsanalyse durchführen und die Risiken gegeneinander abwägen. Um zu einer gemeinsamen Entscheidung zu kommen, sei es jedoch unabdingbar, dass der Patient oder die Patientin seine/ihre Präferenzen und Bewertungen einbringen könne. ■

Bericht:

BRIGITTE CASANOVA

REDAKTION «MANAGED CARE»

Buchhinweis: Gerd Gigerenzer (2002): Das Einmaleins der Skepsis. Über den richtigen Umgang mit Zahlen und Risiken. Berlin Verlag, Berlin. 22 Euro/37.10 Franken. ISBN 3-8270-0079-3.

Controlling im Spital – messen, kommunizieren und auch einmal «lästig sein»

Durch die Einführung von DRG-Systemen für die Spitalentschädigung steigt der Druck auf die Spitäler, ihre medizinischen Prozesse zu überprüfen und zu steuern. Dazu braucht es ein Medizincontrolling. An der dritten Internationalen Controller-Gesundheits-tagung wurde unter anderem gefragt, wie es Medizincontrollern gelingen kann, sich bei Ärzten Gehör zu verschaffen.

Rita Schnetzler

Am 25. Oktober 2002 fand in Zürich die dritte Internationale Controller-Gesundheitstagung statt. Organisiert wurde diese Tagung vom «Internationalen Controller Verein» (siehe *Kasten*) beziehungsweise, genauer, von den Arbeitskreisen Gesundheitswesen dieses Vereins aus Deutschland, Österreich und der Schweiz.

Controlling im Spital

Was ist unter einem Controller zu

verstehen? Ein Controller ist, wie Thomas Szucs (Chief Medical Officer, Hirslanden Holding) es ausdrückte, der «Transparenzverantwortliche im Betrieb». Der Controller (beziehungsweise die Controlling-Abteilung) sammelt und analysiert Daten, die für das Management des Unternehmens von Bedeutung sind. Oft handelt es sich um eine Stabstelle, die direkt der Unternehmensleitung untersteht.

Im Gesundheitswesen ist das Controlling heute vor allem in den Spitälern üblich. Bisher konzentrierte sich das Controlling im Spital auf finanzielle und auf verwaltungstechnische Kennzahlen. In grösseren Spitälern gibt es ein Finanzcontrolling und ein Personalcontrolling. Dagegen findet bisher noch kaum ein eigentliches medizinisches Controlling statt. Zwar gehört es zum täglichen Handwerk des Arztes, Daten zu erheben und zu analysieren, daraus neue operationale Ziele abzuleiten und entsprechende Massnahmen einzuleiten. Doch dies geschieht auf der Ebene des Einzelfalls, das heisst des individuellen Patienten. Das Medizincontrolling dagegen interessiert sich für die medizinische Strategie einer Abteilung, einer Klinik oder des

gesamten Spitals im Umgang mit bestimmten Patientengruppen.

Der Internationale Controller Verein

Der Internationale Controller Verein e.V. wurde 1975 gegründet, um die im praktischen Controlling tätigen Personen des deutschsprachigen Raumes zusammenzuführen, die Philosophie und die Anwendung des Controllings zu verbreiten und den fachlichen Erfahrungsaustausch und das fachliche Qualitätsniveau von Controlling in der Praxis zu heben. Der wichtigste Teil der Vereinsarbeit findet in regionalen Arbeitskreisen oder Erfahrungsgruppen statt. Neben branchenübergreifenden gibt es branchenspezifische Veranstaltungen. Eine davon ist die jährliche Internationale Gesundheitstagung, die dieses Jahr in Zürich stattfand. Die nächste Internationale Controller-Gesundheitstagung wird im Oktober 2003 in Wien stattfinden. Die Daten und Themen der nächsten Arbeitskreistagungen «Gesundheitswesen» werden auf der Website des Internationalen Controller Vereins, www.controllerverein.de, publiziert. Vereinsmitglieder haben kostenlosen Zugang zu diesen Veranstaltungen.



Ziel ist letztlich eine Verschmelzung von Betriebswirtschaft und Medizin, meint Rainer Stelzer (Leiter des Arbeitskreises Gesundheitswesen Schweiz des Internationalen Controlling Vereins).



Eugen Hauke (Generaldirektor, Krankenanstaltenverbund der Stadt Wien) warnte davor, das traditionelle «Säulenmodell», das die Zusammenarbeit im Spital erschwert, im Controlling-Bereich weiterzuführen.

Warum ein Medizincontrolling?

Die Einführung von neuen Tarifsystemen, insbesondere die Einführung von DRG-Systemen (Diagnosis Related Groups) und die Entschädigung der Spitäler über DRG-Fallpauschalen, führt dazu, dass das Interesse des Spitals und seiner Partner an den medizinischen Prozessen und deren Ergebnissen zunimmt. Einerseits geben die Fallpauschalen für das Spital Sollkosten vor; diese Kosten können nur eingehalten werden, wenn die medizinische Behandlung effizient erfolgt. Andererseits erhält das Spital, wie Max Lenz (Geschäftsführer LENZ-Schweiz) erläuterte, durch Fallpauschalen den Anreiz, seinen medizinischen Aufwand (Behandlungsdauer und -kosten) zu minimieren. Die Leistungseinkäufer (Staat, Versicherer) stellen deshalb bestimmte Mindestanforderungen an die Qualität der Spitalbehandlung und verlangen von

den Spitalern einen entsprechenden Nachweis. Um diesen Nachweis zu erbringen, ist wiederum ein medizinisches Controlling notwendig.

Aufgrund dieser Entwicklung ist in den letzten Jahren ein neues Berufsbild aufgetaucht: jenes des Medizincontrollers. Im Unterschied zum «herkömmlichen» Controller befasst sich der Medizincontroller nicht mit administrativen, sondern mit medizinischen Prozessen und ihrem Ergebnis; im Unterschied zum Arzt befasst sich der Medizincontroller nicht mit dem Einzelfall, sondern mit der Gesamtzahl der Fälle einer Abteilung beziehungsweise des Gesamspitals.¹

Die Rolle der Ärzte im Medizincontrolling

In einem Punkt waren sich die Referenten einig: Der Medizincontroller hat keine einfache Aufgabe. Denn ein medizinisches Controlling kann nur Wirkung zeigen, wenn es in Zusammenarbeit mit den Ärzten durchgeführt wird. Viele Ärzte stehen dem Controlling aber misstrauisch oder gar ablehnend gegenüber. Es genügt deshalb nicht, dass der Controller Daten erhebt und analysiert. Mindestens ebenso wichtig ist es, dass er den Ärzten die Ergebnisse kompetent und glaubwürdig präsentiert und ihnen gegebenenfalls konkrete Massnahmen zur Kurskorrektur vor-

schlägt. Guido Schüpfer (Leitender Arzt Anästhesie, Stabschef des Ärztlichen Direktors, Kantonsspital Luzern) rät davon ab, Datenerhebungen und -auswertungen hinter dem Rücken der Betroffenen durchzuführen. Um die Akzeptanz der Ärzte sicherzustellen, würden im Kantonsspital Luzern die zuständigen «Prozessherren» (Chefärzte) frühzeitig informiert und in die Datenerhebungen und -analysen einbezogen. Zudem muss der Controller, wie Eugen Hauke (Generaldirektor, Krankenanstaltenverbund der Stadt Wien) es ausdrückte, «lästig sein» können: Oft gelingt es nur durch «permanentes Drängen», die Ärzte zum Handeln zu bewegen. Der Medizincontroller muss also nicht nur ein guter Analytiker, sondern vor allem auch ein guter Kommunikator sein.

Das «Säulenmodell» überwinden

Über die Frage, ob Ärzte einen Nichtmediziner in der Funktion des Medizincontrollers akzeptieren würden, waren sich die Referenten uneinig. Die Ärzte unter ihnen waren eher skeptisch. Doch Eugen Hauke warnte davor, das traditionelle «Säulenmodell», das die Zusammenarbeit im Spital erschwere, im Controlling-Bereich weiterzuführen. Es brauche kein berufsgruppenorientiertes Controlling (Finanzcontrolling, Medizincontrolling, Pflegecontrolling usw.), sondern ein funktionsorientiertes Controlling. Das Controlling solle berufsgruppenübergreifend beziehungsweise «berufsgruppenfrei» organisiert werden. Nicht die unterschiedlichen Quellberufe der Controlling-Mitarbeiter sollten im Zentrum stehen, sondern die gemeinsame Aufgabe: das umfassende Controlling im Spital.

Wichtig sei aber, dass die Controlling-Mitarbeitenden die spezifischen «Fettnäpfchen im Gesundheitswesen» kennen und mit dem Kernprozess des Spitals – dem Geschehen am Bett des Patienten – vertraut seien. Quereinsteiger aus anderen Branchen sollten, so schlägt Hauke vor, zuerst einige Tage als «Schüler» im weissen Kittel den Spitalalltag kennenlernen. ■

Bericht und Fotos:

RITA SCHNETZLER
REDAKTION «MANAGED CARE»

¹ Während die einen (am Kongress war dies zum Beispiel Sascha Baller von der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling) dem Medizincontroller ein umfassendes Aufgabenspektrum, vom Projektmanagement über das DRG-Berichtswesen und das EDV-Schnittstellenmanagement bis hin zum Informations-, Qualitäts- und ärztlichen Erlösmanagement, zuweisen, möchten andere (am Kongress war dies zum Beispiel Sebastian Lorenz vom Medical Departement der Hirslanden Holding) den Beruf des Medizincontrollers klar von anderen Berufsgruppen (z.B. Medizinökonom, Qualitätsbeauftragte, Medizinische Dokumentatoren, Medizininformatiker, Codierer usw.) abgrenzen.

Stimmen zu Entwicklungen im Gesundheitswesen

Verantwortungsvolle Versorgungsforschung

Im Gesundheitswesen besteht ein Steuerungsproblem: Es fehlt an Wissen darüber, wie das Gesundheitswesen funktioniert und wo im Praxisalltag angesetzt werden muss, um die gewünschten Effekte zu erzielen. An der Universität Köln wurde deshalb ein Zentrum für Versorgungsforschung (ZVFK) gegründet. Durch die Zusammenarbeit zwischen Medizinern und Experten für soziale Systeme (z.B. Soziologen, Ökonomen, Qualitätsforscher und Epidemiologen) sollen hier, wie Holger Pfaff (Sprecher des ZVFK) es ausdrückt, «die Voraussetzungen für die dringend benötigte Effizienz- und Qualitätsexplosion» im Gesundheitswesen geschaffen werden. Das Verhältnis der Ärzteschaft zur Gesundheitsökonomie und somit auch zur Versorgungsforschung ist aber gemäss Christoph Fuchs (Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Köln) «von Unverständnis, Misstrauen und Ablehnung gekennzeichnet». Im Mittelpunkt ärztlichen Handelns stehe «nicht das gesellschaftliche Ganze, sondern das Individuum». Wenn beispielsweise in den Medien berichtet werde, dass im Lauf eines Jahres Zehntausende von Brustoperationen unnötigerweise durchgeführt werden, sei es aus Ärztesicht nicht verantwortungsbewusst, die Hunderttausenden von betroffenen Frauen mit dieser Nachricht allein zu lassen und sich dem nächsten Forschungsobjekt zuzuwenden. (rs)

Quelle: Pressemappe zum 1. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung vom 11. und 12. Oktober 2002 an der Universität Köln.

Patient Empowerment und Gesundheitskosten

«Ein informierter Patient verlangt nur das Notwendige und weiss sich gegen die übertriebenen Massnahmen des Arztes zu wehren.» So lautet eine Hypothese, die zwar oft geäussert wird, die aber «nirgends bewiesen ist», wie der FMH-Präsident Hans Heinrich Brunner in der

«Sprechstunde» betont. Mit gutem Recht liesse sich, so Brunner, das Gegenteil behaupten, «nämlich, dass eine vermehrte Transparenz im Gesundheitsmarkt den Konsum nur noch weiter anheizen würde, statt ihn einzudämmen». Denn, so fragt der FMH-Präsident, «was in aller Welt sollte den informierten Patienten davon abhalten, von den vielen neuen Gütern, die der Gesundheitsmarkt in Zukunft in noch grösserem Überfluss anbieten wird, profitieren zu wollen?» Er sei keineswegs gegen «Patient Empowerment». Aber er sei dagegen, dieses «in einen allzu direkten Zusammenhang» mit der Frage der Gesundheitskosten zu stellen. (rs)

Briefwechsel zum Thema «Empowerment». Sprechstunde (das offizielle PatientInnenmagazin der Ärztinnen und Ärzte) 4/2002, Seite 27.

Alternative Modelle politisch fördern

«Wir sind davon ausgegangen, dass die Politik die HMO- und Hausarztmodelle ernsthaft fördern wird, weil sie einen Beitrag zur Kostensenkung leisten», sagte Hans-Ueli Regius (Generaldirektor der Swica-Gesundheitsorganisation) im November in einem Interview im «Bund». Seit 1996 sei aber «keine einzige politische Massnahme eingeführt worden, welche die alternativen Modelle für den Konsumenten in finanzieller Hinsicht genügend attraktiv» mache. Konkret fordert Regius neben der Aufhebung des Vertragszwangs auch eine Entlastung der «Alternativmodelle» beim Risikoausgleich. Denn nur durch eine solche Förderung würden diese Modelle attraktiver und gewannen mehr Kunden. «In der Folge werden mehr Ärzte mitmachen, und die Kostenlenkung beginnt auch in der Breite zu wirken.» (rs)

«Kein Jahr ohne Prämienerböschung». Interview von Hans Galli mit Hans-Ueli Regius. Der Bund, 21. November 2002.

Kostensenkende Psychotherapie

Der Anteil der Ausgaben für Psychotherapie an den Gesamtkosten in der obligatorischen Krankenpflege-

Grundversicherung beträgt heute nur gerade 0,36 Prozent. Wenn die nicht medizinisch delegierten Leistungen, die heute nicht kassenpflichtig sind, ebenfalls aus der Grundversicherung finanziert würden, würden die Psychotherapiekosten gemäss einer Berechnung des Schweizer Psychotherapie-Verbandes (SPV) immer noch höchstens 2 Prozent der Gesamtkosten in der obligatorischen Grundversicherung ausmachen. Und: Die Psychotherapeuten gehen davon aus, dass ihr Angebot – wäre es via Grundversicherung zugänglich – «nicht zu einer Mengenausweitung, sondern zu einer Verlagerung der konsumierten Leistungen und damit zu Einsparungen führen würde». Der SPV verweist auf eine Studie aus Basel, welche zeige, dass «jeder in die Psychotherapie investierte Franken fünf Franken Gesundheitskosten einsparen könnte». Zudem zeige eine Studie aus Berlin, dass Psychotherapie «Krankenhausaufenthalte wie Arztbesuche reduziert und die Zeit der Arbeitslosigkeit verkürzt». (rs)

Psychotherapie und Gesundheitswesen. Kostendämpfung dank besserer Seelenpflege. Neue Zürcher Zeitung, Ressort Inland, 29. November 2002.

Zäher, aber nachhaltiger

«Kooperation und Koordination führen zu besseren Resultaten, stellen aber auch immer ganz spezielle Herausforderungen dar», schreibt die Präsidentin der Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK), Alice Scherrer, im Newsletter des Projekts «Nationale Gesundheitspolitik Schweiz». «Zusammenarbeit ist in der Regel, und bis sie institutionalisiert ist, komplexer, aufwändiger, zäher, langwieriger, aber im Ergebnis nachhaltiger, ganzheitlicher und vor allem auch lustvoller, als der Alleingang. Die geteilte Freude über das Erreichte wird zu einer doppelten Freude, die Genugtuung, gemeinsam Grenzen überschritten zu haben, lässt Flügel wachsen.» (rs)

Quelle: Nationale Gesundheitspolitik Schweiz. Newsletter Dezember 2002. Bezugsadresse: Projekt Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, 3003 Bern. Tel. 031-323 36 09; Internet: www.nationalegesundheits.ch

Zukunft Medizin Schweiz

Im Projekt «Neu-Orientierung der Medizin» der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) wurde versucht, die wesentlichen Probleme der heutigen Medizin wahrzunehmen. Wichtige Eckpfeiler des Projekts bildeten zwei Klausurtagungen sowie ein Symposium mit dem Titel «Zukunft Medizin Schweiz», an dem die Ergebnisse präsentiert wurden. Werner Stauffacher und Johannes Bircher haben die wesentlichen Beiträge der drei Veranstaltungen nun in einem Buch herausgegeben.

In den zwei grossen Themenbereichen «Die Medizin bewegt sich in einem neuen Umfeld» und «Die Medizin sucht Orientierung» wird in kurzen Beiträgen die aktuelle Situation aus juristischer, philosophischer, ethischer und ökonomischer Sicht beleuchtet. Auch die Ergebnisse einer Bevölkerungsbefragung werden präsentiert. Zudem wird ein Blick auf die internationale Entwicklung geworfen.

Stellvertretend möchte ich zwei Beiträge herausgreifen:

Claude Jeanrenaud, Professor am «Institut de recherches économiques et régionales» der Universität Neuenburg, geht davon aus, dass es gesundheitsökonomisch keinen Sinn macht, die Ausgaben für das Gesundheitswesen auf einem bestimmten Wert zu stabilisieren. Es sollen vielmehr die Effektivität und die Effizienz der eingesetzten Ressourcen gesteigert werden. Dies mit dem Ziel, einen möglichst grossen Nutzen, das heisst möglichst viel Lebensqualität daraus zu ziehen. Solange der Nutzen die Kosten der Behandlung übertreffe, sei gegen eine Kostensteigerung nichts einzuwenden. Aufgrund dieser Gedanken analysiert Jeanrenaud das Gesundheitswesen auf Bereiche hin, welche die Leistungsfähigkeit limitieren.

Eine durch das Angebot induzierte Nachfrage, zu viele Wettbewerbs-hemmnisse, kontraproduktive Anreize, Wissensdefizite bezüglich der Kosten neuer Technologien und Kompetenzvermischung nennt er als Hauptprobleme. Herausforderungen seien die Alterung, der Druck der Steuerzahler (der zur Plafonierung der Gesundheitsausgaben führen könnte, ohne dass die Effizienz gesteigert würde) und der Widerstand gegen Veränderungen. Letzterer komme insbesondere auch von den Leistungserbringern, da alle Spar-massnahmen Auswirkungen auf deren Einkommen und Arbeitsplätze hätten.

Silvia Käppeli, Leiterin Pflege und Forschung am Universitätsspital Zürich, legt in ihrem Beitrag dar, dass Care (Pflege, Sorge) und Cure (Heilen) gleichwertig seien. Dadurch, dass das biomedizinische Paradigma handlungsleitend ist, sei die therapeutische Wirkung der heutigen Medizin schlechter, als sie sein könnte. «Objektivierung der Patientinnen und Patienten», Defizitorientierung und Fragmentierung seien Folgen einer überschätzten Schulmedizin. Caring, «die tätige Sorge um kranke Menschen», ist wirksam, wenn der individuelle Mensch und seine Lebensqualität betrachtet werden. Es gehe darum, «Konzepte von Diagnosen zu entwickeln, welche die Persönlichkeit eines Patienten oder einer Patientin integrieren, oder aber die traditionellen Diagnosen innerhalb des Lebenskontextes eines Betroffenen zu interpretieren». Dies bedingt laut Käppeli eine ver-stehende Haltung, die zusätzlich zur naturwissenschaftlichen erworben werden müsse. Emotionale Präsenz, Sozialkompetenz und persönlicher Einsatz für die PatientInnen seien verlangt. Eine solche Herangehensweise erfordere auch eine alltags-

nahe Sprache, welche Befindlichkeiten und Lebenskontexte ausdrücken könne, und nicht nur eine «formelhafte Darstellung biomedizinischer Sachverhalte». Care und Cure entsprächen einem gesellschaftlichen Auftrag; eine Neuorientierung in der Medizin verlange, dass diese beiden Aspekte in Einklang gebracht werden.

Die Beiträge zeugen davon, dass die Krise im Gesundheitswesen wahrgenommen wird, dass Erklärungen gesucht und unterschiedlichste Wege zur Lösung oder Linderung aufgezeigt werden. Das Buch eignet sich auch dafür, sich einen Überblick über neue Projekte im schweizerischen Gesundheitswesen zu verschaffen. Im Anhang werden beispielsweise die Idee des Schweizerischen Gesundheitsrats, das Projekt «Nationale Gesundheitspolitik Schweiz» oder auch die Reform der universitären Medizinalberufe vorgestellt. (bc)

Werner Stauffacher und Johannes Fischer (Herausgeber): Zukunft Medizin Schweiz. Das Projekt «Neu-Orientierung der Medizin» geht weiter. EHM Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel, 2002. 48 Franken/33,50 Euro. ISBN 3-7965-1970-9.

Datum, Ort	Veranstaltung	Kontaktadresse
23.–24. Januar, St. Gallen	5. Nationale Gesundheitsförderungs-Konferenz	Moser Luthiger & Partner Consulting, Postfach 44, 3625 Heiligenschwendli. Tel. 033-243 64 45. Fax 033-243 64 44. E-Mail: mlcons@bluewin.ch; Internet: www.gesundheitsfoerderung.ch
24. Januar, Bern	Sozialpolitik ist Gesundheitspolitik	Caritas Schweiz, Bereich Kommunikation, Löwenstrasse 3, 6002 Luzern. Tel. 041-419 22 22. Fax 041-419 24 24. E-Mail: info@caritas.ch; Internet: www.caritas.ch
30. Januar, Zürich	Mehr Transparenz in den Medikamentenschungel!	Schweizerische Medikamenten-Informationsstelle SMI, Postfach 442, 4007 Basel. Fax 061-685 99 45. E-Mail: tagung@medi-info.ch; Internet: www.medi-info.ch
31. Januar–1. Februar, Winterthur	Spitalfinanzierung	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG), St. Georgenplatz 2, Postfach 958, 8401 Winterthur. Tel. 052-267 78 97. Fax 052-267 79 12. E-Mail: wig@zhwin.ch; Internet: www.wig.ch
20.–21. Februar, Winterthur	Evidence Based Medicine	WIG (s. oben)
27. Februar, Basel	Das schweizerische Gesundheitswesen im Wandel	Interdisziplinäre Weiterbildung Kantonsspital Basel, Eleonora Riz a Porta, Klingelbergstrasse 23, 4031 Basel. Tel. 061-265 23 47. Fax 061-265 33 34. E-Mail: erizaporta@uhbs.ch
10.–12. März, Frankfurt am Main	4. Deutsche Casemix-Konferenz	LENZ, Asylstrasse 41, 8032 Zürich. Tel. 01-253 62 32. Fax 01-253 62 31. E-Mail: info@lenz-schweiz.com; Internet: www.lenz-schweiz.com
14.–15. März, Winterthur	Controlling im Spital	WIG (s. oben)
19. März, Luzern	VPS-Tagung: Tendiert unser Sozialsicherungssystem zur Invalidisierung?	Verlag Personalvorsorge und Sozialversicherung AG, Daniel Schubert, Taubenhausstrasse 38, Postfach 4765, 6002 Luzern. Tel. 041-317 07 07. Fax 041-317 07 00. E-Mail: daniel.schubert@vps.ch; Internet: www.vps.ch
20. März, Zürich	Podiumsdiskussion Ärztterating	Med-swiss.net Geschäftsstelle, Grütlistrasse 36, 8002 Zürich. Tel. 01-280 44 05. Fax 01-280 44 03. E-Mail: info@med-swiss.net; Internet: www.med-swiss.net
24.–25. März, Frankfurt	Disease-Management Fachtagung	EUROFORUM Deutschland GmbH, Postfach 111234, D-40512 Düsseldorf. Tel. 49 (0) 211-986 35 83. Fax 49 (0) 211-9686 40 40. E-Mail: anmeldung@euroforum.com; Internet: www.euroforum.com
28. März, Chur	Controller-Tagung: TarMed und VKML	Internationaler Controller Verein, AK Gesundheitswesen Schweiz, c/o Stelzer Health Consulting GmbH, Albisriederplatz 6, Postfach 8040, 8004 Zürich. Tel. 01-400 55 40. Fax 01-400 55 41. E-Mail: rainer.stelzer@span.ch; Internet: www.stelzerconsulting.ch
8.–10. Mai, Wiesbaden, Deutschland	Jahrestagung GQMG: Qualität und Markt: Bedarf-Versorgung-Perspektiven	Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung, c/o Maria Schidlowski, Qualitätsmanagement Universitätsklinikum Köln, D-50924 Köln. Tel. 0221-478 67 40. Fax 0221-478 67 78. E-Mail: maria.schidlowski@medizin.uni-koeln.de; Internet: www.gqmg.de
14.–15. Mai, Schwyz	Schweizerischer Krankenhauskongress	H+, Kongressekretariat, Karin Maier, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-834 00 25. Fax 062-824 11 25. E-Mail: karin.maier@hplus.ch; Internet: www.hplus.ch
14.–16. Mai 2003, Grieghallen, Norway	8 th European Forum on Quality in Health Care	BMJ Quality Department, BMA House, Tavistock Square, London WC1H 9JR UK. Tel. 44 207-383 6409. Fax 44 207-383 6869. E-Mail: quality@bmjpg.com; Internet: www.quality.bmjpg.com
15. Mai, Zürich	5. Schweizerisches Forum der sozialen Krankenversicherung	RVK Rück, Haldenstrasse 25, 6006 Luzern. Tel. 041-417 01 11. Fax 041-410 69 65. E-Mail: info@rvk.ch; Internet: www.rvk.ch
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
24.–25. Juni, Nottwil	Gesundheitsforum Nottwil	Gesundheitsforum Nottwil, Daniel Feusi, 6207 Nottwil. Tel. 041-939 53 95. E-Mail: info@gesundheitsforum-nottwil.ch; Internet: gesundheitsforum-nottwil.ch
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

Datum, Ort	Weiter- und Fortbildung	Kontaktadresse
Beginn: 4. Februar (17 Tage), Aarau	Gesundheitsinformatik im Gesundheitswesen (modular)	WE'G, Mühlemattstrasse 42, 5001 Aarau. Tel. 062-837 58 75., E-Mail: brigitte.wiedemann@weg-edu.ch; Internet: www.weg-edu.ch
Beginn: 5. Februar (21 Tage), Aarau	Qualitätsmanagement im Spital und Heim	H+ Bildungszentrum, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. E-Mail: bildung@hplus.ch; Internet: www.hplus.ch
Beginn: Frühling (600 Lektionen), St. Gallen	Nachdiplomstudium «Sozialinformatik»	FHS – Hochschule für Technik, Wirtschaft und Soziale Arbeit St. Gallen, Institut für Soziale Arbeit, Industriestrasse 35, Postfach, 9401 Rorschach. Tel. 071-844 48 88. E-Mail: wbsa@fhsg; Internet: www.fhsg.ch/wb
April (75 Tage), Aarau	Nachdiplomstudium «Case Management»	WE'G, Mühlemattstrasse 42, 5001 Aarau. Tel. 062-837 58 58. Fax 062-837 58 60. E-Mail: ruth.koenig@weg-edu.ch; Internet: www.weg-edu.ch
11. März–6. Juni, Basel	Health Care and Management in Tropical Countries (Diploma Course)	Swiss Tropical Institute, P.O. Box, 4002 Basel. Tel. 061-284 82 80. Fax 061-284 81 06. E-Mail: courses-sti@unibas.ch; Internet: www.sti.ch
8.–27. Juni, Ifkara, Tansania	Medical Practice with limited resources	Swiss Tropical Institute (s. oben)
10.–27. Juni, Basel	Health District Management: Planning and Programme Design	Swiss Tropical Institute (s. oben)
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
Summerschool 2003 (10 Tage), Innsbruck	European Health Manager	MCI Management Center Innsbruck GmbH, Universitätsstrasse 15, A-6020 Innsbruck. Tel 43 512-564 800. Fax 43 512-564 800 700. E-Mail: office@mci.at; Internet: www.mci.at
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	Nachdiplomkurs «Fallmanagement»	WIG (s. oben)
Beginn: 11. September (10 Tage)	Nachdiplomkurs «Medizin- und Spitalinformatik»	WIG (s. oben)
17.–20. September, Stein am Rhein	Fit for Change	IfB Management-Seminare, Universität St. Gallen, Dufourstrasse 48, 9000 St. Gallen. Tel. 071-224 23 68. Fax 071-224 23 55. E-Mail: ifbseminare@unisg.ch; Internet: www.ifb.unisg.ch/seminar_info
Beginn: 25. Oktober, St. Gallen	Nachdiplomstudium «Integrales Spitalmanagement»	FHS – Hochschule für Technik, Wirtschaft und Soziale Arbeit St. Gallen (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.

Wohnen in der EU – krankenversichert in der Schweiz

Seit dem 1. Juni 2002 können sich IV- und AHV-Rentnerinnen und -Rentner auch dann bei einer schweizerischen Krankenkasse versichern, wenn sie in einem Land der Europäischen Union (EU) leben. Grundsätzlich gilt gemäss dem Abkommen zwischen der Schweiz und der EU, dass die Krankenversicherung in jenem Land abzuschliessen ist, in welchem ein Rentenanspruch erworben wurde. In einigen Ländern (Deutschland, Finnland, Frankreich, Italien, Österreich, Portugal und Spanien) besteht das Recht, sich auch im Land des Wohnsitzes für Heilbehandlung zu versichern. Auffallend ist: In der Schweiz gibt es riesige Prämienunterschiede. Ein Rentenbezüger mit einer schweizerischen Rente, der in Griechenland wohnt, bezahlt je nach Kasse zwischen 115 und 372 Franken im Monat. (von Hans Schmidt, Rechtsanwalt, Küsnacht)

Weitere Details finden Sie unter: www.comparis.ch (Prämienvergleiche) und www.kvg.org (Internationale Koordination Krankenversicherung).

Für oder gegen Flüssigkeitszufuhr?

«Nahrung und Flüssigkeit sind zweifellos wichtige Bestandteile im Leben jedes Menschen. Es ist allerdings ein natürlicher Prozess, dass Menschen ab einem gewissen Alter nicht mehr so viel essen und trinken möchten. ... Für sterbende Patienten ist es wichtig, die quälenden Beschwerden gelindert zu wissen. Dabei tritt die Lebensaktivität Essen und Trinken in den Hintergrund. ... Manches spricht dafür, dass die im Rahmen des natürlichen Sterbeprozesses eintretende Dehydratation einen Beitrag zur Komfortsteigerung leisten kann ... » Dies schreiben Bettina Majerčák-Rüegg und Nicole Wilken in der Zeitschrift «Krankenpflege». Im Spitalalltag stehe man oft vor der Entscheidung für oder gegen Flüssigkeitszufuhr. Dabei sei die Bereitschaft der Ärzte, Flüssigkeit zu geben, generell gross, während die Pflegenden tendenziell auf der anderen Seite stünden und Wert darauf legten, die Angehörigen in die Entscheidung einzubeziehen (da der Pa-

tient selber meist nicht mehr ansprechbar sei). Die Autorinnen empfinden es als nicht gerechtfertigt, dass immer noch der Arzt endgültig für oder gegen die Dehydratation entscheidet. ÄrztInnen seien nur dann zu weiteren Therapien verpflichtet, wenn es unsicher sei, ob der Sterbeprozess bereits begonnen habe – nicht aber, wenn der Patient bereits im Sterben liege. (rs)

Bettina Majerčák-Rüegg und Nicole Wilken: Dehydratation in der Terminalphase. Den natürlichen Sterbeprozess zulassen. Krankenpflege 11/2002: 12-15.

Zufriedenheit der Leistungserbringer

Die Beziehung zwischen Kostenträgern und Ärzten in Managed-Care-Modellen ist oft nicht ungetrübt. Als David Scrase 1998 die medizinische Leitung des «Presbyterian Health Plan» – einer Managed-Care-Organisation im US-amerikanischen Bundesstaat New Mexico – übernahm, setzte er sich deshalb zum Ziel, die Beziehung des Health Plans zu den vertraglich verbundenen Ärzten zu verbessern. Er bemühte sich, den eigenen Mitarbeitenden klar zu machen, wie wichtig die Ärzte als eigentliche Erbringer der Gesundheitsleistungen für den Erfolg des Health Plans sind. Er erklärte ihnen auch, dass sie als Laien nicht versuchen sollten, die Leistungserbringer zu kontrollieren oder ihnen zu sagen, wie sie die Leistungen zu erbringen haben. Vielmehr gehe es darum, Instrumente zu entwickeln, die den Ärzten *nach deren eigener Einschätzung* helfen könnten bei der gesundheitlichen Versorgung der Patienten. Zuerst aber müssten die Managed-Care-Organisationen die Probleme der Ärzte mit dem Health Plan erkennen und nach Lösungen suchen. So veranlasste Scrase im Rahmen des «Paycheck projects», dass sein eigener Lohn jeweils erst nach einer Zeitdauer ausbezahlt wird, die der durchschnittlichen Zeitdauer bis zur Begleichung einer Arztrechnung durch den Health Plan entspricht. Zudem wurde die Zahl der Massnahmen, für welche die Ärzte eine Überweisungserlaubnis einholen müssen, drastisch reduziert. Und der

VORSCHAU

**Schwerpunktthema:
MANAGED CARE UND DIE
LETZTEN LEBENSTAGE**

**Sterben und Tod – Vorstellungen,
Tabus und Aberglauben**

**Wann beginnen die letzten
Lebenstage?**

**Pflegende als ManagerInnen
der letzten Lebenstage**

**Kosten der letzten und der vor-
letzten Lebenstage**

**Sterben als Thema in der Medi-
zinausbildung**

**Patientenverfügung als Vorbe-
reitung auf die letzten Lebens-
tage**

**Hausärztliche Begleitung in den
letzten Lebenstagen**

**Sterbebegleitung zu Hause aus
Sicht der Angehörigen**

**Spieltheoretische Analyse der
Beziehungen zwischen Arzt,
Patient und Versicherer**

**Die «HausArztModell-Studie
Aarau»**

**Decision making: Verständliche
Zahlen als Entscheidungs-
grundlage**

Health Plan stellte Ärzte an, welche die Korrespondenz des Health Plans mit den Ärzten auf allfällige unbeabsichtigte Beleidigungen prüfen. Eine Befragung des Health Plans ergab, dass die Zufriedenheit der Leistungserbringer innert zweier Jahre von 30 Prozent (1999) auf 67 Prozent (2001) gestiegen ist. David Scrase gibt an, dass die Tatsache, dass er nach wie vor einen halben Tag pro Woche in der Praxis arbeite, sein Verständnis für die Ärzte sehr gefördert habe. (rs)

Quelle: Carl Peterson: Gaining Credibility with Providers. Interview with David Scrase. Healthplan 43 (4): 40-42. American Association of Health Plans, 2002. Internet: www.aahp.org/Content/NavigationMenu/Inside_AAHP/Healthplan_Magazine/Gaining_Credibility_with_Providers.htm