

# managed care



1 • 2004  
23. Januar

## Schnittstellenmanagement

Institutionenübergreifendes Case Management aus  
Patientensicht

Arzneimittelversorgung in der Perihospitalphase

Vernetzung von Schnittstellen im Spital

Schnittstellenmanagement in der muskuloskelettalen  
Rehabilitation

Die Geriatrieklinik im Zentrum des altersmedizinischen  
Dienstleistungsnetzes

Die Leistungskette in die Verantwortung nehmen

Seite der Pflege: Nachdiplomstudium «Case Management»:  
Zwischenbilanz und Ausblick

Case Management und Multidisziplinarität

Vier Berufsgruppen und eine Patientin

[www.fmc.ch](http://www.fmc.ch)

[www.medpoint.ch](http://www.medpoint.ch)

en français:

[www.managedcareinfo.net](http://www.managedcareinfo.net)

# Schnittstellenmanagement: Erste Etappe auf dem Weg zu einem ganzheitlich vernetzten Gesundheitssystem

**Peter Indra**

Das Management der Schnittstellen im Patientenpfad ist eine bedeutende Herausforderung der heutigen Zeit und eine vielschichtige Thematik. Schnittstellenmanagement heisst mehr als bloss, Kapazitäten und Termine zu organisieren. Es geht zunehmend auch darum, die verschiedenen Möglichkeiten zu kennen, wo und wie ein Problem behandelt werden kann, Wissen über einen Patienten zu erfassen und zu dokumentieren und Informationen weiterzugeben. Dieser Prozess muss bereits vor dem Eintritt eines Patienten in eine ambulante oder stationäre Einrichtung einsetzen.

Zugleich ist es zunehmend wichtig, nicht nur punktuell Schnittstellen zu managen, sondern eine Vernetzung der unterschiedlichsten Therapie- und Behandlungseinrichtungen zu erreichen, denn die Frage, wo eine Erkrankung eines bestimmten Patienten behandelt werden soll, ist immer schwieriger zu beantworten. Immer neue wissenschaftliche Erkenntnisse und Errungenschaften führen dazu, dass das Angebot der medizinischen Behandlungs- und Vorsorgemöglichkeiten wächst und wächst. Unser Informationsbedarf nimmt zu, ebenso die Anzahl und die Macht der Medien.

Dies hat zu einer grossen Verunsicherung und zu einem Umdenken innerhalb der Gesellschaft geführt. Wir stehen hier an einem Wendepunkt: Krankheitsbilder werden zunehmend ganzheitlich betrachtet. Mit der klassischen Schulmedizin lassen sich Krankheitssymptome erfolgreich diagnostizieren und bekämpfen. Die eigentlichen Ursachen der Krankheitsbilder liegen jedoch oftmals in den Lebensumständen der Patienten begründet. Zunehmend beginnt unsere Gesellschaft einen Wandel zu

einem ganzheitlicheren Bewusstsein zu vollziehen. So hat sie erkannt, dass die soziale Situation eines Menschen direkte Auswirkungen auf seine Gesundheit hat und dass daher eine ganzheitliche Betrachtung des Menschen – auch im Kontext seiner Lebens- und Umweltsituation – im Hinblick auf Gesundheit beziehungsweise Krankheit unerlässlich ist. Unsere Ernährung, unser Lebenswandel, unser chemisch-biologisches Gleichgewicht und unser seelisches Gleichgewicht stehen – allgemein anerkannt – in einem direkten Zusammenhang mit unserer körperlichen Gesundheit. Um diesem Umstand gerecht zu werden, müssen sich nicht nur die Einrichtungen der medizinischen Grundversorgung, sondern auch die vielen anderen Fachbereiche der Gesundheitshilfe zum Wohle des Patienten vernetzen. Wenn die Schnittstellen zwischen Gesundheitseinrichtungen und -bereichen immer professioneller gemanagt werden, führt dies zu einer Optimierung des Behandlungspfades, zu vernetzten Gesundheitssystemen und hoffentlich auch zu einer effektiveren und kosteneffizienten Medizin.



Peter Indra

**Dr. med. Peter Indra**

FMH für Orthopädische Chirurgie  
Leiter Projekte und Ärztlicher Leiter  
Leistungseinkauf

Helsana Versicherungen AG, Managed Care Zürich  
E-Mail: peter.indra@helsana.ch

SCHWERPUNKTTHEMA:  
SCHNITTSTELLENMANAGEMENT

- 7** ..... **Institutionenübergreifendes Case Management aus Patientensicht**  
 Claudia Eisenring, Urs Brügger  
 Wie erleben Patientinnen und Patienten den Spitaleintritt, den Übertritt in eine Rehabilitationsklinik und die Rückkehr nach Hause? Eine Vorstudie zeigte Eindrückliches.
- 10** ..... **Arzneimittelversorgung in der Perihospitalphase:  
Die Schnittstelle Spital/Apotheke/Hausarzt**  
 Kurt Hersberberger, Catherine Petitjean-Wiesner  
 Zwischen dem letzten Arztbesuch vor Spitaleintritt und der ersten Konsultation nach dem Austritt wird die Pharmakotherapie häufig umgestellt – nicht immer zu Recht. Das kann Folgen haben.
- 13** ..... **Vernetzung von Schnittstellen – Erfahrungen aus dem UniversitätsSpital Zürich**  
 Alphons Beat Schnyder  
 Spitäler sind mit externen Zuweisern und Nachsorgeinstitutionen oft unzureichend vernetzt. Gezielte Massnahmen können die Situation verbessern.
- 16** ..... **Schnittstellenmanagement in der muskuloskelettalen Rehabilitation:  
Akutphase/postakute Nachbehandlung**  
 Robert Theiler, Jürg R. Kuster  
 Um Triage-Entscheidungen an der Schnittstelle akut/postakut zu optimieren, braucht es systematische Datenerhebungen vor, während und nach der Behandlung sowie systematische Auswertungen.
- 20** ..... **Die Geriatrieklinik im Zentrum des altersmedizinischen Dienstleistungsnetzes**  
 Irene Bopp-Kistler  
 Alterspatienten sind in verschiedener Hinsicht besondere Patienten. Dies führt dazu, dass die Betreuungsqualität in diesem Bereich entscheidend vom Grad der sektorenübergreifenden Vernetzung abhängt.
- 23** ..... **Die Leistungskette in die Verantwortung nehmen –  
Schnittstellenmanagement im «Integrierten Managed Care Thurgau»**  
 Jürg Baumberger  
 Wenn verschiedene Anbieter in ein Managed-Care-System integriert werden, kann dies das Schnittstellenmanagement erleichtern. Welche Massnahmen sind im Thurgau zu diesem Zweck geplant?

## SEITE DER PFLEGE

- 27** ..... **Nachdiplomstudium «Case Management»: Zwischenbilanz und Ausblick**  
 Maja Nagel Dettling  
 2004 schliessen die ersten AbsolventInnen das Nachdiplomstudium «Case Management» am Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe ab. Die Studienleiterin zieht Bilanz.

## CASE MANAGEMENT

- 28** ..... **Case Management und Multidisziplinarität**  
 Michael Ewers  
 Multidisziplinäres Vorgehen scheitert häufig an der Heterogenität unterschiedlicher Berufsgruppen. Wenn es gelingt, die Hindernisse zu überwinden, bietet ein multidisziplinär angelegtes Case Management viele Chancen.

## VERANSTALTUNGSBERICHT

32

## Vier Berufsgruppen und eine Patientin

Jürg Odermatt

Bericht über die «Irchel-Tagung» der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik vom 14. Oktober 2003 in Zürich.

## RUBRIKEN

4

## Forum Managed Care

Die Weichen sind gestellt

26

## Seite von med-swiss.net

Abgestufter Selbstbehalt – positiver Anreiz für den kostenbewussten Patienten

31

## Kolumne

Von Zügen und von Spitalern

(Von Georges Ackermann, Mitglied des Redaktionellen Beirats der Zeitschrift «Managed Care»)

35

## Resonanz

Mitsprache wirkungslos • Mehr Macht den Versicherten? • Invalidität oder Krankheit? • Kehrtwende blieb unbemerkt • «mipp» weiterhin hilfreich

36

## Buchhinweis

Gesundheitsbiographien

37

## Veranstaltungskalender

Veranstaltungen/Weiter- und Fortbildung

40

## In Kürze

HIV/Aids: Modellfall für chronische Krankheiten • Dolmetscherkosten • Pflegende Angehörige • Wirtschaftlichkeit und Qualität der Arztpraxen ••• Vorschau: Betreuungsmanagement bei Querschnittlähmung

managed  
care

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

**Verlag:**

Rosenfluh Publikationen AG  
Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen

**Redaktioneller Beirat:**

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

**Redaktionsausschuss:**

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

**Betreuung des Schwerpunktthemas:**

Peter Indra

**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:**

Rosenfluh Publikationen AG  
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 AG  
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 AG, Regina Hauser

**Druck:**

stamm+co. Grafisches Unternehmen  
8226 Schleithelm

**Abonnemente, Adressänderungen:**

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

**Abonnementspreise:**

Erscheint achtmal jährlich  
Jahres-Abonnement: Fr. 90.–  
(Westeuropa: Fr. 135.–)  
Einzelheft: Fr. 15.– (zzgl. Porto, plus MwSt.)

Einzelheft-Bestellungen bitte an das  
Redaktionssekretariat

Diese Zeitschrift wird im  
EMBASE/Excerpta Medica indexiert.

8. 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.

med point.ch

Managed Care ist online  
einsehbar (pdf-Format)  
unter [www.medpoint.ch](http://www.medpoint.ch)

# Die Weichen sind gestellt

**Die neuen Strategien und Leitideen des FORUM MANAGED CARE sind nun auch formell abgesegnet worden: Die Mitgliederversammlung vom 20. November 2003 hat sich einstimmig für die vorgelegten Statuten und Organisationsreglemente ausgesprochen und einen neuen Vorstand gewählt. Die strategischen Eckwerte sind bereits in «Managed Care» 6/03, Seiten 5/6, präsentiert worden. Im Folgenden stellt der Vorstand sich und die neuen Partner des Vereins vor.**

Liebe Mitglieder des FORUM MANAGED CARE, liebe Interessierte an unserem Verein,

Die ordentliche Mitgliederversammlung vom 20. November 2003 in Zollikerberg hat einstimmig den vorgelegten Statutenänderungen zugestimmt und die Unterzeichnenden als den neuen Vorstand FORUM MANAGED CARE gewählt. Das Protokoll und die neuen Statuten sind unseren Mitgliedern bereits zugestellt worden.

Damit ist der Weg offen, die neuen Strategien in die Tat umzusetzen. Wir freuen uns ausserordentlich über das in uns gesetzte Vertrauen und über die Herausforderung, das FORUM MANAGED CARE zu neuen Ufern zu führen. Wir wissen, dass wir dabei auf viel bisher Erreichtes aufbauen können.

Das neue FORUM MANAGED CARE will das Feld von Managed Care weit über die Begriffe «Gatekeeping» und «Capitation» hinaus öffnen. Es will neue Modelle zur Steuerung und Optimierung der Gesundheitsversorgung fördern und seinen Partnern und Mitgliedern eine Plattform für Promotion, Diskussion und Weiterentwicklung bieten. Wir wollen an vorderster Front mitwirken, die Gesundheitsversorgung in der Schweiz zu optimieren und zukunftsfähig zu gestalten.

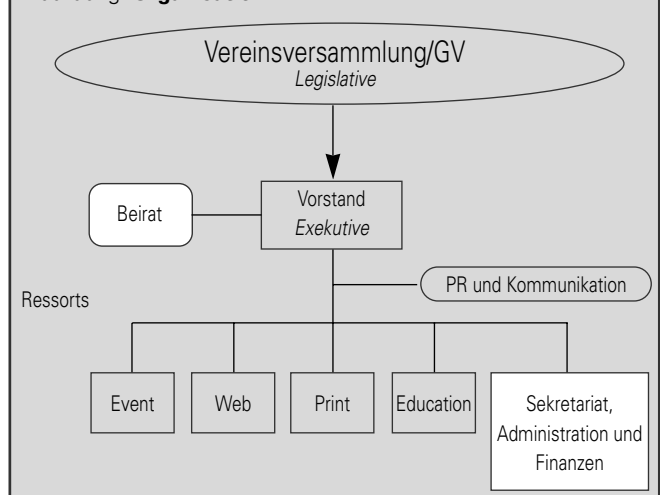
Und das neue FORUM MANAGED CARE will alle Akteure des Gesundheitswesens in diesen dialogischen Gestaltungsprozess einbinden: ob Spitäler, Krankenversicherer, Pflegende, Apotheken, Ärzte, Pharma- und Me-

## Unsere Partner

Die folgenden Institutionen und Firmen haben bereits eine Partnerschaft mit dem FORUM MANAGED CARE zugesichert oder in Aussicht gestellt:

● argomed Ärzte AG	Partner	zugesagt
● Ärztekasse	GOLD	zugesagt
● Apotheke Zur Rose	GOLD	zugesagt
● BlueCare	GOLD	zugesagt
● Comparis	GOLD	in Aussicht gestellt
● College-M	GOLD	zugesagt
● EQUAM	GOLD	zugesagt
● FMH	GOLD	in Aussicht gestellt
● hawadoc	Partner	in Aussicht gestellt
● H+	Partner	zugesagt
● HELSANA	GOLD	zugesagt
● Medgate	GOLD	in Aussicht gestellt
● MediX Ärzteverbund	GOLD	zugesagt
● Medvantis	GOLD	zugesagt
● MSD	GOLD	zugesagt
● Novartis	GOLD	in Aussicht gestellt
● SanaCare	GOLD	zugesagt
● SUVA	GOLD	zugesagt
● thurcare	Partner	in Aussicht gestellt
● UNIMEDES	GOLD	zugesagt
● Wintimed	Partner	in Aussicht gestellt

Abbildung: **Organisation**



dizintechnikindustrie oder andere Institutionen. Und insbesondere sollen Patienten in stärkerem Mass unterstützt und motiviert werden, eine aktivere und verantwortlichere Rolle einzunehmen.

Um dies zu erreichen, setzen wir auf eine nachhaltige Verankerung bei möglichst vielen Institutionen und Verbänden im Schweizer Gesundheitswesen. Es freut uns deshalb sehr, dass bereits verschiedenste massgebliche Institutionen und Firmen eine der neuen Partnerschaftsformen zugesichert oder in Aussicht gestellt haben (siehe *Kasten*).

Wir werden Sie bereits in naher Zukunft über die Aktivitäten in unseren vier Handlungsfeldern – Symposien, Zeitschrift, Web-Services und Education (siehe *Abbildung*) – orientieren und freuen uns, wenn wir Ihre Neugierde geweckt haben.

Freundliche Grüsse und guten Start ins neue Jahr

Vorstand FORUM MANAGED CARE

Dr. P. Berchtold                      Dr. K. Hess

Ph. Baumann, lic.oec.              Dr. A. Weber



### **Präsident und Ressort Education**

**Peter Berchtold**, 1954, Bern. PD Dr. med., Facharzt Innere Medizin mit Forschungstätigkeit im Bereich Immunologie und Hämatologie. Langjährige Führungserfahrung als internistischer Spitalarzt auf allen Funktionsebenen. Mitbegründer und seit 1999 Leiter des College für Management

im Gesundheitswesen (College-M) in Bern, einer Stiftung der schweizerischen Verbände der Gesundheitsberufe mit den Kernbereichen Management-Training, Forschung und Entwicklung. Aktuelle Tätigkeitsschwerpunkte sind Führungsweiterbildung, Entwicklung und Evaluation integrativer Prozess- und Organisationsmodelle im Gesundheitssystem.

E-Mail: peter.berchtold@college-m.ch

Internet: www.college-m.ch



### **Vizepräsident und Ressort Print**

**Kurt Hess**, 1943, Zürich. Dr. med. Universität Zürich et lic. oec. Universität St. Gallen, FMH für Allgemeinmedizin. Managementausbildung unter anderem an der Stanford University. 1992 Eintritt in die Pionier-HMO Zürich-Wiedikon als Grundversorger, 1997 Leitender Arzt. Mitaufbau

der Praxis, weiterer HMO-Zentren sowie der Strukturen und Produkte der SanaCare AG, als deren Geschäftsleitungsmitglied er von 1994 bis 2002 verantwortlich für den Bereich HMO zeichnete. Mitinitiant der unabhängigen Stiftung EQUAM (Externe Qualitätskontrolle in der Medizin). Seit 2003 selbstständige Tätigkeit als Consultant und Leiter von Projekten und Studien im Gesundheitswesen.

E-Mail: kurt.hess@sanacare.ch

Internet: www.sanacare.ch, www.equam.ch



### **Ressort Events**

**Andreas Weber**, 1961, Zürich. Dr. med. Nach dem Schweizer Staatsexamen 1988 Weiterbildung in Genf und Chicago zum Facharzt für Anästhesie und Reanimation. Tätigkeit als Oberarzt am Universitätsspital Genf bis 1995. Weiterbildung im Gesundheitsmanagement und als Mitglied der Direktion der Helsana Versicherungen

zuständig für den Aufbau und den Betrieb von HMO-Systemen und Hausarztmodellen. Seit 1988 als Mitgründer des Medix Ärzterverbundes zu 80 Prozent im Management dieses Verbundes und zu 20 Prozent klinisch tätig. Aktuelle Tätigkeitsschwerpunkte sind die Organisationsentwicklung sowie der Aufbau von Case- und Disease-Management-Programmen für ein Netz von 70 Praxen mit Capitation-Verträgen.

E-Mail: andreas.weber@medix-gruppenpraxis.ch

Internet: www.medix.ch



### **Ressort Web**

**Philip Baumann**, 1958, Winterthur. Lic. oec. publ. Universität Zürich. Betriebsökonom mit mehrjähriger Tätigkeit in den Bereichen IT-Beratung und Verkauf, IT-Management bei einem Krankenversicherer sowie Aufbau und Management von HMO-Systemen und Ärztenetzen. Als Mitbegründer und Managing Director

der BlueCare unterstützt er seit 1997 Ärztenetze und Verbände im Aufbau professioneller Organisationsstrukturen. Als deren Management-Partner bietet BlueCare Dienstleistungen und Informationssysteme an, die spezifisch auf die heutigen Herausforderungen im Schweizer Gesundheitswesen abgestimmt sind.

E-Mail: philip.baumann@bluecare.ch

Internet: www.bluecare.ch

# 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 AG, 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.

Ja, ich bestelle:

- |  |                  |             |
|--|------------------|-------------|
| <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+5/2002 | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Medien und Managed Care»   | Ausgabe 6/2002   | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Managed Care in der spitalexternen Pflege und Betreuung»               | Ausgabe 7/2002   | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Integrierte Versorgung als Gütesiegel»                                 | Ausgabe 1/2003   | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Managed Care und die letzten Lebensstage»                              | Ausgabe 2/2003   | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Interkulturalität im Gesundheitswesen»                                 | Ausgabe 3/2003   | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Arzt und Management»   | Ausgabe 4/2003   | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Soziale Unterschiede und Gesundheit»                                   | Ausgabe 5/2003   | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Pflege und Ökonomie»   | Ausgabe 6/2003   | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Der vergessene Patient – die vergessene Kraft»                         | Ausgabe 7/2003   | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Medizinisches und betriebswirtschaftliches Controlling zusammenführen» | Ausgabe 8/2003   | 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:

# Institutionenübergreifendes Case Management aus Patientensicht

**Im Januar 2004 hat das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie eine qualitative Untersuchung zum Thema «Institutionenübergreifendes Case Management aus Patientensicht» gestartet. Im Rahmen der Untersuchung sollen 25 Patientinnen und Patienten befragt werden. Zur Vorbereitung wurden bereits im Jahr 2003 zwei Patientinnen befragt. Die Studienleitenden berichten über die ersten Ergebnisse dieses Vorlaufes.**

**Claudia Eisenring und Urs Brügger**

«**U**nd dann ist der einfach ans Telefon gegangen und hat das 144 eingestellt, Notruf.<sup>1</sup> Dann sind sie halt gekommen und wollten mich ins Spital bringen. Dann heisst es: Wir haben weder ein Bett noch ein Zimmer, Sie können die Patientin nicht bringen, Sie müs-

sen in ein anderes Spital. Gut. Dann sind wir halt dorthin. «Brüälet» (geweint/geschrieen) habe ich wie am Spiess. ... Zwei Spritzen mussten sie mir machen, so «brüälet» habe ich vor Schmerzen. ... Und wissen Sie, was? Das Spital hat geröntgt und hat gesagt, es ist ein glatter Bruch. Der sollte zusammenheilen ohne Operation. ... Dann «gheiets» (werfen sie) mich nach X (Rehabilitationsklinik) «ufe» (hinauf), drei Wochen.» (Frau B., 86 Jahre)

Wie erleben Patientinnen und Patienten den Spitaleintritt, den Übertritt in eine Rehabilitationsklinik und die Rückkehr nach Hause? Was ist ihnen dabei besonders wichtig, was belastet, was wird als negativ erlebt? Diese Fragen stehen im Zentrum der Untersuchung «Institutionenübergreifendes Case Management aus Patientensicht».

## Ziel und Umfang der Untersuchung

Im Rahmen der genannten Untersuchung erzählen 25 Versicherte der Krankenversicherung Wincare in offenen Interviews (siehe *Kasten*) von ihren Erfahrungen<sup>2</sup>. Der offene beziehungsweise qualitative Forschungsansatz wurde bewusst gewählt. Die Befragten sollen möglichst frei und unbeeinflusst ihre Meinung äussern, ihr Erleben und ihre eigene Sichtweise schildern. Betrachtet werden alle Schnittstellen während des Behandlungsverlaufs. Ein idealtypischer Verlauf wäre zum Beispiel: privates Umfeld – Ambulanz – Notfall/regulärer Eintritt – Bettenstation – Rehabilitation – privates Umfeld.

Start der Befragung war im Januar 2004. Zur Vorbereitung wurden be-



Claudia Eisenring



Urs Brügger

reits im Jahr 2003 zwei Interviews durchgeführt:

In einem je rund einstündigen Gespräch erzählen Frau B., 86 Jahre, verwitwet, aus Zürich, und Frau S., 82 Jahre, verheiratet, von ihren letzten Schnittstellenerfahrungen mit stationären Einrichtungen.

Frau B. stürzte bei sich zu Hause und brach sich den Oberschenkelhals. In den folgenden Wochen erlebte sie

<sup>1</sup> Es handelt sich um eine schriftsprachliche Transkription von Äusserungen in schweizerischer Mundart.

<sup>2</sup> Das Ziel dieser Untersuchung ist es, mehr über die Erfahrungen der Patienten beim Spitaleintritt und -austritt, beim Übertritt in eine Rehabilitation und bei der Rückkehr nach Hause zu wissen, damit die Eintritte und Austritte patientengerechter organisiert und koordiniert beziehungsweise die Ressourcen optimal eingesetzt werden können.

mehrere notfallmässige Spitaleinweisungen, gefolgt von Überweisungen in Rehabilitationskliniken (siehe *Abbildung*). Heute lebt sie wieder fast selbstständig in ihrer Wohnung. Frau S., 82 Jahre, lebt zusammen mit ihrem Ehemann in Winterthur. Während einem Tagesausflug stürzte sie und erlitt eine Schambeinast-Fraktur. Auch sie erlebte in der Folge mehrere Spitaleintritte und -übertritte.

**«Sobald die beiden Frauen die Aufnahme in die Notfallstation beschreiben, werden die Schilderungen knapp.»**

Bei beiden Frauen führte eine Fraktur infolge eines Sturzes zu einem Spitalaufenthalt. Die Analyse der Interviews zeigt weitere Gemeinsamkeiten, über die im Folgenden berichtet wird.

### Dramaturgie der Schilderung

Der Unfallhergang, das *Primäreignis*, wird sehr lebendig und detailliert dargestellt. Sobald die beiden Frauen aber die Aufnahme in die Notfallstation beschreiben, werden die Schilderungen knapp. Sie beschränken sich auf die Aufzählung der wichtigsten medizinischen und diagnostischen Massnahmen, um dann die baldige Verlegung in eine Rehabilitationsklinik oder in ein Spital im Wohnkanton zu erwähnen. Einzig zum Vorgehen bei der Verlegung beziehungsweise zum Verlegungsort werden wertende Bemerkungen geäussert. Die passive Rolle, welche die Patientinnen innerhalb des stationären Systems einnehmen (müssen), spiegelt sich also direkt in ihrer Erzählweise:

*«Und nachher, im Spital oben, haben sie geröntgt, und auch ein Spezialröntgen, und dann ist es eben gekommen: dass da eine Schambeinast-Fraktur ist. Am gleichen Abend hat man dann ja gewerweisst, ob man mich da oben lassen soll oder nach Winterthur verlegen. Und das wäre ja (für den Ehemann) sehr ungünstig gewesen, immer, immer dort hinauf.» (Frau S., 82 Jahre)*

### Erwartungen beeinflussen die Zufriedenheit

*Professionelles Handeln* wird vorausgesetzt und wird – wenn das Erlebte einigermaßen den Erwartungen entspricht – nicht weiter erwähnt oder gelobt. Vor allem im Akutspital werden *strukturelle Sachzwänge* (das Spital hat kein Bett mehr frei, Wartezeiten auf dem Notfall) akzeptiert, solange die minimalen Erwartungen bezüglich Professionalität erfüllt werden.

Beide Frauen waren unzufrieden mit der Pflegequalität in der Rehabilitation, sie fühlten sich vernachlässigt. Für Frau S. war das Personal in der Rehabilitationsklinik «etwas faul», Frau B. hatte das Gefühl, dass man sie nicht mochte. Beide hatten eine «bessere», das heisst fürsorglichere Betreuung («Bedienung») erwartet. Als bewusstes Schnittstellenmanagement mit dem Ziel der Förderung ihrer Selbstständigkeit, als Vorbereitung auf eine Rückkehr nach Hause, wurde das Verhalten der Reha-Pflege nie verstanden. Dass man schon am dritten Tag sagte, sie müsse üben, damit sie wieder heimkönnen, empfand Frau B. als Überforderung und nicht als vorausschauende Förderung.

### Planung der Heimkehr

Eine Reflexion über beziehungsweise eine Vorbereitung auf die Rückkehr nach Hause hat in den Reha-Kliniken stattgefunden. Frau B. wurde vorgeschlagen, in ein Altersheim zu gehen, was von ihr mit Vehemenz zurückgewiesen wurde («Kommt nicht in Frage. Über mich verfügen Sie nicht!»). Beiden Patientinnen wurde eine Unterstützung

**«Als bewusstes Schnittstellenmanagement wurde das Verhalten der Reha-Pflege nie verstanden.»**

durch die Spitex angeboten. Herr und Frau S. fanden diese jedoch unnötig. Für Frau B. wurden Mahlzeitendienst und Spitex-Unterstützung organisiert. Als sie heimkehrte,

wartete bereits jemand von der Spitex vor ihrer Wohnungstür, was sie sehr erstaunte.

Abgesehen vom Thema Altersheim äusserten sich die beiden Frauen zur Schnittstellenorganisation und zur Verlegungsvorbereitung sehr neutral und knapp. Offenbar besteht hierzu (trotz Nachhaken) kein grosses Mitteilungsbedürfnis. Die Rückkehr nach Hause hat trotz zeitweiliger Ängste gut funktioniert.

### Grundlegende Patientenbedürfnisse

Besonders geschätzt wurden Verhaltensweisen, die auch in ganz anderen Situationen geschätzt werden: Erfassen und Ernstnehmen der individuel-

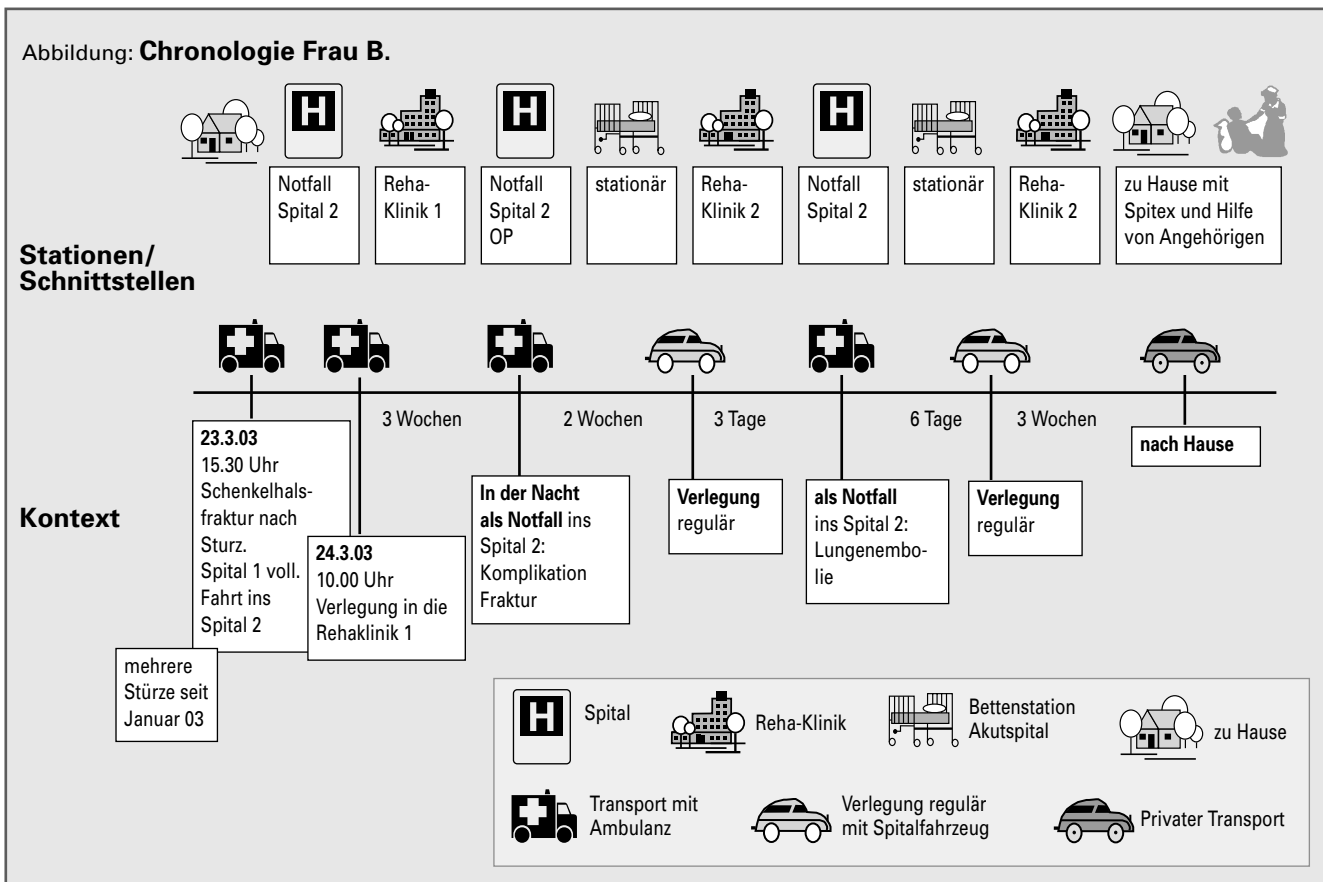
**«Ärger kann rückblickend durch ein unerwartet grosses Engagement stark gemildert werden.»**

len Problemlage (grosse Schmerzen, schwaches Herz); Empathie und Verständnis; Ärzte, insbesondere Professoren und Chefärzte, die mit einem sprechen und einen dabei über das Krankheitsbild hinaus als

### Qualitative Sozialforschung

Bei der qualitativen Sozialforschung wird der Untersuchungsgegenstand anhand offener, flexibler Verfahren erforscht. Ziel einer qualitativen Untersuchung ist es, sich möglichst unvoreingenommen einem Thema anzunehmen und es dadurch in seiner Breite und Tiefe kennen zu lernen. Eine qualitative Untersuchung hat nicht den Anspruch, repräsentativ zu sein. Die Untersuchungspersonen oder -situationen werden daher nicht nach dem Zufallsprinzip, sondern aufgrund von typischen Eigenschaften oder aufgrund ihrer Häufigkeit ausgewählt (Theoretical Sampling).

Offene, unstrukturierte Interviews oder (teilnehmende) Beobachtung sind die häufigsten Methoden der qualitativen Forschung. Daher sind dem Umfang einer Untersuchung natürliche Grenzen gesetzt. Häufig umfasst eine Studie 15 bis 30 Personen.



Individuum wahrnehmen («Sie haben gewusst, dass ich Damenschneiderin bin.»).

Positive Erfahrungen dieser Art hat Frau B. während dem ersten Aufenthalt auf der Notfallstation erlebt, und sie sagt darüber: «Sie haben mich wirklich liebevoll aufgenommen. Das muss ich sagen.»

Auch Frau S. ist im Grossen und Ganzen zufrieden: «Momol, momol, sie haben sich Mühe gegeben.»

**«Beide Patientinnen ertrugen die teilweise lebensbedrohlichen Ereignisse schicksals- ergeben.»**

Allgemein wird ein «überobligatorischer Einsatz», sei dies durch Angehörige (Enkel) oder das Personal (Chefarzt, KrankenwagenfahrerIn), sehr geschätzt. Unannehmlichkeiten und Ärger können rückblickend durch ein unerwartet grosses Engagement stark gemildert werden.

Am meisten Kritik zum Schnittstellenmanagement wurde im Zusammenhang mit der fehlenden Mitsprachemöglichkeit in Bezug auf den Ort der Rehabilitation oder Nachbetreuung (Altersheim) geäussert. Frau B. hätte vor allem in der zweiten Rehaklinik eine klarere, ehrlichere Kommunikation begrüsst.

### Sekundärereignisse

Zufällig sind in beiden Fällen während der Hospitalisation oder Rehabilitation Komplikationen (Sekundärereignisse) aufgetreten. Beide Patientinnen ertrugen die teilweise lebensbedrohlichen Ereignisse schicksals- ergeben und ohne sich darüber zu beklagen.

Wie die chronologische Darstellung des Verlaufs von Frau B. (Abbildung) zeigt, verlängerten diese Sekundärereignisse den stationären Aufenthalt um Wochen, und der Behandlungspfad wurde um zusätzliche Schnittstellen erweitert (ebenso bei Frau S.).

Im Hinblick auf diese Sekundärereignisse stellt sich die Frage, ob effektives Schnittstellenmanagement

neben umfassender Kommunikation nicht noch stärker die Prävention von medizinischen Risiken berücksichtigen müsste.

Die Interviews im Rahmen der regulären Untersuchung werden darüber Aufschluss geben. ■

**AutorInnen:**

**Claudia Eisenring**

lic. phil. I, Pflegefachfrau AKP  
Wissenschaftliche Mitarbeiterin  
Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie  
E-Mail: eic@zhwin.ch

**Urs Brügger**

Dr. oec. HSG  
Institutsleiter  
Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie  
Zürcher Hochschule Winterthur  
Technopark  
Jägerstrasse 2/Postfach 805  
8400 Winterthur  
E-Mail: bgu@zhwin.ch

# Arzneimittelversorgung in der Perihospitalphase: Die Schnittstelle Spital/Apotheke/Hausarzt

**Während eines Spitalaufenthaltes werden bei vielen Patienten aus verschiedensten Gründen Medikamente, die sie bisher eingenommen haben, abgesetzt und/oder andere Medikamente verordnet. Vor allem die Umstellungen kurz vor Spitalaustritt können Folgen haben, da viele Patienten erst nach einer längeren Zeitspanne wieder einen Arzt, beispielsweise ihren Hausarzt, aufsuchen. Wie könnten die Schnittstellenprobleme in der Pharmakotherapie vermindert werden?**

**Kurt Hersberger,  
Catherine Petitjean-Wiesner**

Die Perihospitalphase umfasst die Zeit vom letzten Arztbesuch vor Spitaleintritt bis zur ersten Konsultation nach dem Spitalaufenthalt. In dieser Zeit sind die ambulante und die stationäre Versorgung stark getrennt; dies auch bezüglich der Arzneimittelversorgung und der pharmazeutischen Betreuung. In der Regel dauert die Perihospitalphase deutlich länger als die stationäre Phase selbst. Es finden

vielfältige Wechsel auf verschiedenen Ebenen statt. Häufig werden neue Diagnosen gestellt, neue Therapien begonnen oder bestehende Therapiepläne umgestellt (siehe *Abbildung*).

Die Qualität der medizinischen Betreuung in dieser medizinisch labilen Phase prägt sehr stark die Ergebnisse. Defizite und Mängel in der Zeit nach Spitalaustritt können auf individueller Ebene den Therapiefortschritt, der zuvor im Spital erarbeitet wurde, beeinträchtigen.

## Spitaleintritt

Die Erhebung der vollständigen Arzneimittelanamnese bei Spitaleintritt ist eine wichtige Grundlage für die Arzneimittelsicherheit während und nach der Hospitalisation. Lücken in der Dokumentation der Arzneimitteltherapie können unbeabsichtigte Therapieunterbrüche zur Folge haben. Eine Studie am Kantonsspital Basel<sup>1</sup> bei 34 Patienten mit Spitaleintritt über die Notfallstation ergab, dass bei der Eintrittsanamnese im Spital 31 Prozent der Medikamente ( $1,7 \pm 0,3$  [SE] einzelne Arzneimittel pro Patient), die der Patient zuvor eingenommen hatte, nicht erfasst wurden [1].

<sup>1</sup> Methode der Datenerhebung: 34 Patienten einer internistischen Abteilung, die über die Notfallstation hospitalisiert wurden, wurden kurz nach Spitaleintritt strukturiert zu ihrer Einnahme von Arzneimitteln vor dem Spitaleintritt befragt, Apotheke und Hausarzt wurden telefonisch kontaktiert. Die so erhobenen Daten wurden mit der in der Krankengeschichte dokumentierten Anamnese verglichen.

<sup>2</sup> Methode der Datenerhebung: 50 Patienten einer internistischen Abteilung wurden kurz nach Spitaleintritt sowie zweimalig nach Spitalaustritt (vor und nach dem ersten Arztbesuch) strukturiert zu ihrer Einnahme von Arzneimitteln vor dem Spitaleintritt beziehungsweise nach der Spitalentlassung befragt. Zusätzlich wurden die Krankenkassendaten erfasst. Diese Daten wurden mit den entsprechenden Angaben in der Krankengeschichte des Spitals verglichen. Daten hinsichtlich Spitaleintritt wurden von 67 Patienten erfasst und ausgewertet.



Kurt Hersberger



Catherine Petitjean-Wiesner

Für den Vergleich der spitalinternen Anamnese mit den ärztlichen Verordnungen wurden in einem Disserationsprojekt auch Krankenkassendaten verwendet: Bei 67 internmedizinischen Patienten im Kantonsspital Basel<sup>2</sup> konnte eine Übereinstimmung von nur 54 Prozent für rezeptpflichtige Medikamente und von 40 Prozent für nicht rezeptpflichtige Medikamente beobachtet werden [2]. Für

das gleiche Kollektiv wurde auch eine eingehende zusätzliche Anamnese durch einen klinischen Pharmazeuten durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass ein Teil der verordneten Medikamente nicht eingenommen wurden, dass hingegen andere Medikamente, die nirgends erfasst worden waren, zur Anwendung kamen. Analoge Resultate sind aus Studien in anderen Spitälern bekannt [3].

Computerbasierte Patientendossiers tragen also sicher zu einer vollständigeren Anamnese bei; die effektive Arzneimittelexposition unter Berücksichtigung der Non-Compliance wird aber nur durch ein persönliches Interview erfassbar. Die systematische Anamnese bei Spitalertritt sollte demnach alle elektronisch registrierten Verordnungen und effektiven Bezüge in der Apotheke kombinieren mit einer strukturierten Befragung der Patienten.

### Modifikationen während der Perihospitalphase

Während des Spitalaufenthalts wird häufig die Pharmakotherapie umgestellt. Die Studie am Kantonsspital Basel zeigte, dass bei internmedizinischen Patienten im Durchschnitt 3,1 Arzneimittel gestoppt wurden; 1,5 Arzneimittel blieben unverän-

«Lücken in der Dokumentation der Arzneimitteltherapie können unbeabsichtigte Therapieunterbrüche zur Folge haben.»

dert, und 2,7 Arzneimittel wurden neu eingesetzt. 31 Prozent der Therapieumstellungen waren bedingt durch Präparate, die nicht auf der internen Medikamentenliste des Spitals aufgeführt sind. Die Frage, ob diese Therapieumstellungen klinisch notwendig waren, bleibt offen, müsste aber mit Blick auf Medikationsfehler genauer analysiert werden.

Im Spital sind Verschreibungsfehler mit einer Häufigkeit von bis zu 15 Prozent die häufigste Form vermeidbarer Medikationsfehler, und

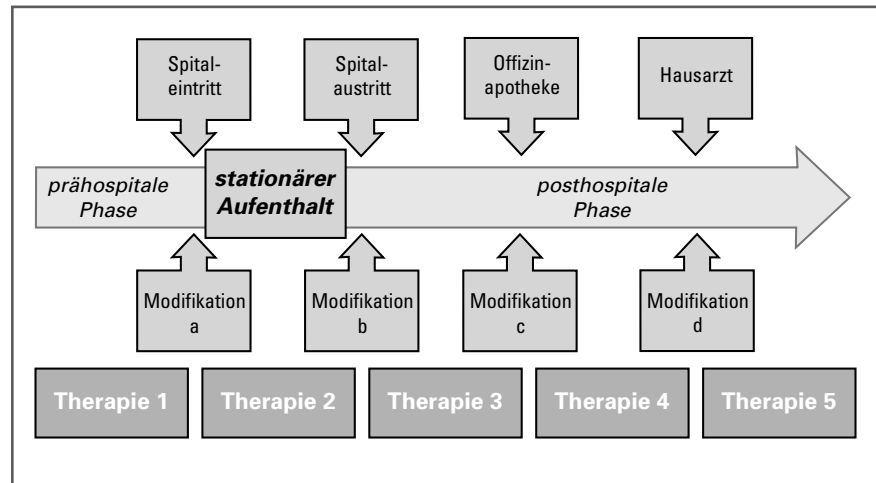


Abbildung: Die Abschnitte der Perihospitalphase:

Die Schnittstellen in der Perihospitalphase führen zu Therapiemodifikationen (a-d). Entsprechend kann es in dieser Phase innerhalb kurzer Zeit zu sehr unterschiedlichen Therapien (1-5) kommen.

die Prädiktoren sind bekannt [4]. Durch computerbasierte Verordnung kann diese Fehlerrate signifikant gesenkt werden [5]. Auch der Einbezug von klinischen Pharmazeuten in den Verordnungsprozess führt zu Verbesserungen [6, 7]. Beim Vergleich von über 1000 Spitälern in den USA konnte gezeigt werden, dass gut ausgebildete klinische Pharmazeuten eine klinisch und ökonomisch relevante Qualitätsverbesserung ermöglichen können [8].

Weil die Patienten während des Spitalaufenthalts rund um die Uhr sehr engmaschig betreut werden, stellen die Modifikationen der Medikation und die Verordnungsfehler während des Aufenthalts selber kein grosses Risiko dar. Schwer wiegende Nachteile für die Patienten sind relativ selten [9]. Das Pflegepersonal kann jederzeit intervenieren. Aber im Hinblick auf den Spitalaustritt werden die Verordnungsqualität und das Ausmass der Therapiemodifikationen sehr relevant. Oft werden noch kurz vor Austritt Therapieumstellungen vorgenommen, und noch bevor die Pharmakotherapie im Gleichgewicht sein kann, tritt der Patient in die unbetreute Situation zu Hause über.

### Spitalaustritt

Im Durchschnitt suchten in der oben genannten Studie die Patienten erst 11,8 Tage nach Spitalaustritt ihren

Hausarzt auf. Sie erhielten 19,6 Prozent der im Spital gestoppten Medikamente erneut wieder verordnet. Austrittsrezepte wurden meist (zu 73 Prozent) am Austrittstag oder (zu 19 Prozent) am Folgetag in der Apotheke eingelöst. Die erste Kontakt-

«Im Spital sind Verschreibungsfehler die häufigste Form vermeidbarer Medikationsfehler.»

stelle nach Spitalaufenthalt ist somit die Apotheke. Sie wäre eine ausgezeichnete Instanz, um Defizite in der Versorgung und Betreuung zu identifizieren und zu beheben. Für diese sehr spezielle Funktion bestehen aber weder Richtlinien noch interdisziplinäre Absprachen.

Abweichungen zwischen den Austrittsberichten an den Arzt und den Austrittsrezepten wurden bei 40 Prozent der Patienten beobachtet; noch häufiger waren die Abweichungen zwischen den Austrittsberichten und den Medikamenten, welche die Patienten zu Hause effektiv einnahmen. Insgesamt zeigt sich in den Tagen nach Spitalaustritt eine äusserst schlecht kontrollierte und unvollständig dokumentierte Pharmakotherapie. In einem Interview nach Spital-

aufenthalt bei den Patienten zu Hause zeigten sich folgende Probleme: 7,9 Prozent der Patienten hatten Handhabungsschwierigkeiten; bei 21,6 Prozent traten Nebenwirkungen auf; bei 22,4 Prozent wurden potenziell schwer wiegende Arzneimittelwechselwirkungen identifiziert; bei 24 Prozent kam es zu Versorgungslücken, nachdem die bei der Erstversorgung abgegebenen Medikamente aufgebraucht waren. Andere Studien konnten darlegen, dass eine gut strukturierte Austrittsplanung Verbesserungen bringen kann [10, 11].

### Spitäler ohne Mauern

Das Management der Pharmakotherapie in der Perihospitalphase zeigt Mängel. Eine primäre Ursache ist die strikte Trennung von ambulanter und stationärer Pflege. In den Niederlanden wurden deshalb Modelle

«Abweichungen zwischen den Austrittsberichten an den Arzt und den Austrittsrezepten wurden bei 40 Prozent der Patienten beobachtet.»

entwickelt, die ein Kontinuum der Pflege (Continuum of Care) gewährleisten. In Spitälern «ohne Mauern» werden Grenzen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich überbrückt, die Versorgung wird durch den ambulanten Bereich abgedeckt oder wird zumindest proaktiv von Seiten des Spitals bei der Entlassung so geplant, dass eine lückenlose Versorgung und Betreuung (Transmural Care) gewährleistet ist.

Der Einsatz von klinischen Pharmazeuten im stationären Betrieb und als «prospektive Servicepunkte» beim Spitalaustritt ist eine geeignete Lösungsstrategie, um eine lückenlose Arzneimittelversorgung sicherzustellen. Öffentliche Apotheken sind in der ambulanten Versorgung häufige Kontaktpunkte für Patienten; vor allem aber sind sie nach Spitalentlassung die erste Anlaufstelle. Sie wären eine geeignete ambulante Institution, um die Schnittstellen

ambulant/stationär bezüglich Arzneimitteltherapie transmural zu koordinieren.

### Zusammenfassung

Schnittstellen sind kritische Phasen, die nur mit besonderen Anstrengungen und durch Vernetzung gemeistert werden können. Versorgungs- und Betreuungslücken müssen nicht nur überbrückt werden, sondern es gilt, systematisch die Kontinuität anzustreben. Eine optimierte Anamnese bei Spitaleintritt und eine prospektive Spitalaustrittsgestaltung können die Effizienz der Spitalbehandlung erhöhen.

Ein erster Schritt hierzu ist die Sensibilisierung für die aufgezeigten Probleme. Ein zentraler zweiter Punkt ist der Informationsfluss. Die neuen Technologien werden hier grosse Verbesserungen ermöglichen. Auf sie allein zu setzen, genügt aber nicht. Es müssen auch die Verantwortlichkeiten klarer definiert werden. Die Integration der Klinischen Pharmazie in den transmuralen Pharmakotherapieprozess wäre ein viel versprechender Ansatz dazu. ■

AutorInnen:

**Dr. Kurt Hersberger**  
und

**Dr. Catherine Petitjean-Wiesner**

Institut für Klinische Pharmazie

Universität Basel

Pharmazentrum 0056

Klingelbergstrasse 50

4056 Basel

E-Mail: kurt.hersberger@unibas.ch

### Literatur:

1. Lichtsteiner S: Vollständigkeit der Arzneimittelanamnese und Therapieabbrüche bei Spitaleintritt (Diplomarbeit Pharmazie). Institut für Klinische Pharmazie: Basel, 2000.
2. Wiesner C: Arzneimittelsicherheit in der Perihospitalphase (Dissertation Pharmazie). Institut für Klinische Pharmazie: University of Basel, 2001.
3. Lau HS, Florax C, Porsius AJ, De Boer A: The completeness of medication histories in hospital medical records of patients admitted to general internal medicine wards. *Br J Clin Pharmacol* 2000; 49: 597-603.
4. Fijn R, Van den Bemt PMLA, Chow M, De Blaey CJ, De Jong-Van den Berg LTW, Brouwers JRB: Hospital prescribing errors: epidemiological assessment of predictors. *Br J Clin Pharmacol* 2002; 53: 326-331.

5. Fontan JE MV, Nguyen VX, Loirat C, Brion F: Medication errors in hospitals: computerized unit dose drug dispensing system versus ward stock distribution system. *Pharm World Sci* 2003; 25: 112-7.

6. Dean B, Schachter M, Vincent C, Barber N: Causes of prescribing errors in hospital inpatients: a prospective study. *The Lancet* 2002; 359: 1373-1378.

7. Leape LL, Cullen DJ, Clapp MD et al.: Pharmacist Participation on Physician Rounds and Adverse Drug Events in the Intensive Care Unit. *JAMA* 1999; 282: 267-270.

8. Bond CA, Raehl CL, Franke T: Clinical pharmacy services, hospital pharmacy staffing, and medication errors in United States hospitals. *Pharmacotherapy* 2002; 22: 134-47.

9. Dean B, Schachter M, Vincent C, Barber N: Prescribing errors in hospital inpatients: their incidence and clinical significance. *Qual Saf Health Care* 2002; 11: 340-344.

10. Cook RI, Render M, Woods DD: Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. *BMJ* 2000; 320: 791-794.

11. Booij AD, de Boer WO, Kokenberg ME, Tromp TF: Interventions in seamless care. *Pharm World Sci* 2003; 25: 41-2.

# Vernetzung von Schnittstellen

## Erfahrungen aus dem Universitätsspital Zürich

**Die Schnittstellen zwischen Spitälern und Grundversorgern beziehungsweise Nachsorgeinstitutionen sind meist schlecht koordiniert. In der Patientenversorgung fehlen standardisierte organisationsübergreifende Prozesse. Das Universitätsspital Zürich hat deshalb verschiedene Massnahmen ergriffen, um die Koordination und Vernetzung mit Externen zu optimieren. Als erfolgsrelevant erweisen sich dabei insbesondere organisatorische Verbesserungen und der Aufbau einer neuen Kultur der Zusammenarbeit.**

**Alphons Beat Schnyder<sup>1</sup>**

In den meisten Fällen hat ein stationärer Spitalaufenthalt einer Patientin oder eines Patienten eine Vorgeschichte. Häufig werden vorab Untersuchungen und/oder Behandlungen durch ärztliche Grundversorger vorgenommen. Nach Spitalaustritt wird die Patientin oder

der Patient oft an den Hausarzt zurück überwiesen oder durch Spitex, Rehabilitationszentren oder Pflegeheime versorgt. Trotzdem ist die Arbeit dieser verschiedenen Leistungserbringer meist nur beschränkt aufeinander abgestimmt. Die Ist-Situation lässt sich wie folgt charakterisieren:

1. Die Schnittstellen zwischen medizinischen Grundversorgern und Spitälern beziehungsweise zwischen Spitälern und Nachsorgeinstitutionen sind nicht oder ungenügend definiert. Es bestehen keine standardisierten organisationsübergreifenden Abläufe.

2. Die Austauschbeziehungen sind stark durch den Einzelfall und das Tagesgeschäft bestimmt. Es gibt keine koordinierenden Elemente, welche die Wirkungszusammenhänge im Gesamtsystem berücksichtigen.

3. Im Austausch zwischen spitalexternen und -internen Stellen gibt es keine Einheitlichkeit und nur wenig organisatorische Abstimmung, was zu Mehraufwand für alle Beteiligten und zu Ressourcenfehlallokation führt.

**«Kernidee ist es, zwischen Spital und externen Versorgungspartnern ein eingespieltes Netzwerk aufzubauen.»**

Im Gesundheitswesen als Ganzes verursacht die fehlende oder ungenügende Koordination der Schnittstellen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern erhebliche Mehr-



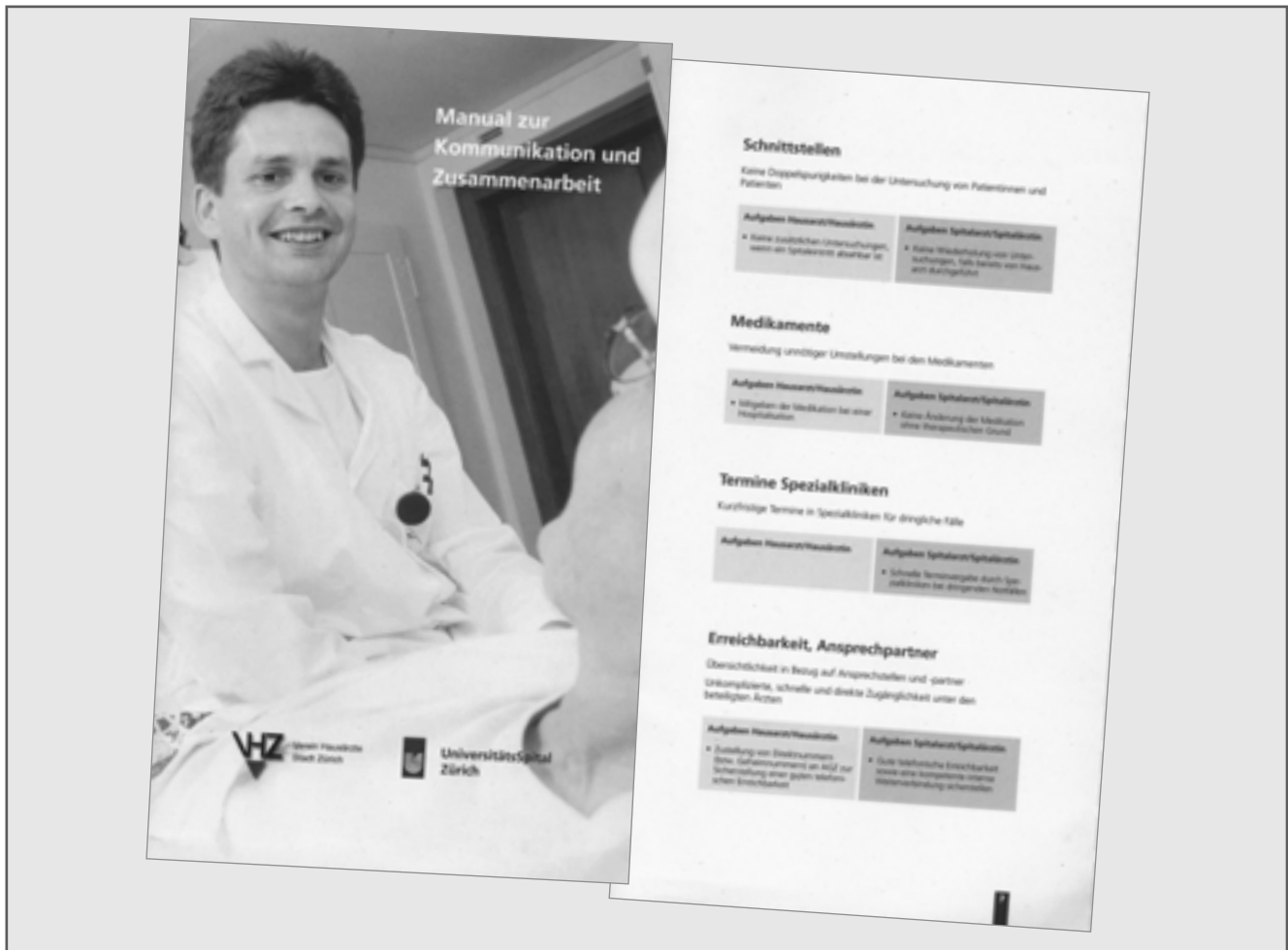
Alphons Beat Schnyder

kosten und für Patienten erhebliche Nebenwirkungen: So werden zum Beispiel Untersuchungen oder Befragungen mehrfach durchgeführt, Behandlungsprozesse verlaufen suboptimal oder die Hospitalisation dauert unnötig lange. Dadurch entstehen erhebliche Kosten zu Lasten der Krankenversicherungen. Die verschiedenen Teilleistungen pro Patientenfall werden ungenügend koordiniert. Ein ganzheitliches Patientenmanagement unter Berücksichtigung der gesamten Behandlungskosten, die bei den verschiedenen Leistungserbringern anfallen, fehlt.

### Schnittstellenmanagement am Universitätsspital Zürich

Um die Schnittstellen zum Zuweisungs- und zum Nachbetreuungssystem zu optimieren, wurden am Universitätsspital Zürich an den Medizinischen Kliniken A und B und an der Medizinischen Poliklinik im Jahr 1998 ein Vorprojekt mit dem Titel «Network-Management» gestartet und eine interdisziplinäre Ar-

<sup>1</sup> Dr. A. Schnyder hat als externer Berater verschiedene Projekte zur Optimierung des Schnittstellen-Managements am Universitätsspital Zürich betreut.



Ausschnitt aus dem «Manual zur Kommunikation und Zusammenarbeit», das vom Verein Hausärzte Stadt Zürich und vom Universitätsspital Zürich gemeinsam entwickelt wurde und seit 2000 als verbindliches Arbeitsinstrument genutzt wird.

beitsgruppe eingesetzt. Letztere hat die Patientenströme untersucht und zuweisende Ärzte und Nachversorger qualitativ befragt.

**«Doppelspurigkeiten sind zu eliminieren, unnötige Medikamentenumstellungen zu vermeiden.»**

Basierend auf den Befragungsergebnissen hat die Arbeitsgruppe im Rahmen von Workshops die Stärken und Schwächen der bestehenden Situation analysiert. Auf der Basis dieser Analyse wurden die Zielsetzungen und Handlungsfelder im Bereich Schnittstellenmanagement definiert. Kernidee ist es, zwischen Spital und

externen Versorgungspartnern ein eingespieltes Netzwerk aufzubauen und zu pflegen. Die Bereiche Zuweisung/Eintrittsprozess und Nachsorge/Austrittsprozess werden parallel behandelt. Zur Optimierung der Vernetzung wurden folgende Ziele gesetzt:

1. Aufbau einer partnerschaftlichen Kultur zwischen den beteiligten Personen im Zuweisungs- und Nachsorgesystem
2. Effiziente Gestaltung des Informationstransfers
3. Vermeidung von Doppelspurigkeiten
4. Sicherstellung einer optimalen Hospitalisationsdauer.

**Schnittstelle zwischen Haus- und Spitalärzten**

Zur Optimierung der Schnittstelle Spital/Grundversorger bildeten das

Universitätsspital Zürich und der Verein Hausärzte der Stadt Zürich, VHZ, eine gemeinsame Arbeitsgruppe, um die Kommunikation und die Patientenüberweisung zu verbessern. Diese Gruppe hat ein Manual ausgearbeitet, das als Instrument die Zusammenarbeit von Haus- und Spitalärzten standardisiert. Das Manual definiert die Aufgaben in der Schnittstelle zwischen Haus- und Spitalärzten in den folgenden Bereichen:

- Zuweisungs- und Rücküberweisungspraxis
- Informationsfluss Eintrittsphase
- Präoperative ambulante Abklärungen
- Informationsfluss beim Austritt; Berichtswesen
- Zusammenarbeit bei komplexen Fällen
- Erreichbarkeit, Ansprechpartner.

Ein umfassender und direkter Transfer bestehender Patientendaten vom Haus- zum Spitalarzt vor Spitaleintritt und in umgekehrter Richtung nach der Hospitalisation soll sichergestellt werden. Ferner sind Doppelspurigkeiten bei der Untersuchung von Patienten zu eliminieren und unnötige Umstellungen bei den Medikamenten zu vermeiden.

**«Durch frühzeitige Planung soll vermieden werden, dass Austritte unsorgfältig und unkoordiniert erfolgen.»**

Zur Verbesserung der telefonischen Erreichbarkeit wurde vom Universitätsspital Zürich eine Direktnummer für externe Versorgungspartner eingerichtet. Ein Telefonverzeichnis mit internen Direktnummern wird jährlich verschickt.

Im Frühjahr 2000 wurde das Manual im Rahmen einer Informationsveranstaltung den Hausärzten und Spitalärzten vorgestellt. Seither ist es ein verbindliches und bewährtes Arbeitsinstrument.

Zudem wurde gemeinsam an der Zusammenbaukultur gearbeitet. Ziel ist es, eine partnerschaftliche Kultur aufzubauen: Haus- und Spitalärzte kennen und respektieren die unterschiedlichen Rollen und Aufgaben, die sie im Gesundheitswesen wahrnehmen. Basis dafür ist es, dass beide Seiten den Kontakt pflegen, sich gegenseitig ernst nehmen und sich um eine gute Kommunikation bemühen.

**Die Austrittsplanung beginnt mit dem Spitaleintritt**

Für rund ein Drittel aller stationären Patienten (rund 10 000 Personen pro Jahr) organisiert das Universitätsspital Zürich eine institutionelle Nachbetreuung (Spitex, Heime, Rehabilitation usw.). Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass an der Schnittstelle Spital/Nachsorge sehr viele Personen in den Behandlungsprozess involviert sind. So sind Spitalintern rund 1000 Pflegeperso-

nen, 400 Assistenzärzte und 25 Sozialdienstmitarbeiterinnen an der Austrittsplanung beteiligt.

Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe hat unter Mitwirkung von externen Partnern Lösungen entwickelt, wie die Austrittsplanung besser auf die Bedürfnisse der Patienten abgestimmt werden kann. Die Beurteilung der Ausgangslage ergab folgende Schwachstellen:

- Für die meisten MitarbeiterInnen hat die Austrittsplanung einen tiefen Stellenwert, und sie nehmen sie tendenziell zu spät an die Hand.

- Die Verantwortungen und Zuständigkeiten für die Austrittsplanung sind nicht geregelt. Oft fühlt sich niemand richtig verantwortlich.

- Es wird viel Arbeitszeit eingesetzt, um Informationen zu beschaffen und die richtigen Ansprechpersonen zu finden.

- Die Qualität der Austrittsvorbereitung ist relativ zufällig und stark personenabhängig.

- Ein Feedback nach erfolgtem Austritt fehlt weitgehend.

Zur Optimierung der Austrittsplanung wurden von der Spitalleitung Minimalstandards festgelegt. Durch eine frühzeitige Planung soll vermieden werden, dass Austritte unsorgfältig und unkoordiniert erfolgen. Zu diesem Zweck wurden folgende Instrumente und Gefässe definiert:

- Festlegung von Aufgaben, Verantwortung und Kompetenz der verschiedenen Dienstbereiche für das Austrittsprozedere

- Planungscheckliste zum Patientenaustritt als interdisziplinäres Instrument

- Nutzung der regulären Patientenvisiten des ärztlichen Dienstes und des Pflegedienstes zur laufenden Koordination und Sicherstellung der Austrittsplanung

- Wöchentlicher, interdisziplinärer Sozialrapport zum Grob-Screening der laufenden Fälle

- Tri- oder bilaterale Kurzsitzungen des ärztlichen, des Pflege- und/oder des Sozialdienstes zur Besprechung komplexer Fälle.

Diese Neuerungen wurden den betroffenen MitarbeiterInnen im Jahr 2000 vorgestellt und danach eingeführt. Zudem wurden eine Spitexbe-

auftragte ernannt und ein Gefäss für den Austausch zwischen Spitex und Universitätsspital Zürich institutionalisiert. In der Zwischenzeit konnten Fortschritte erzielt werden. Bis zur optimalen Umsetzung der Austrittsplanung sind jedoch noch viele Anstrengungen nötig.

**Kulturwandel unabdingbar**

Der Weg vom unkoordinierten Nebeneinander zum vernetzten Miteinander ist anspruchsvoll. Die bessere Vernetzung der verschiedenen Beteiligten ist einerseits eine organisatorische Aufgabe. Organisatorische

**«Organisatorische Massnahmen greifen nicht richtig, wenn nicht ein Wandel in der Kultur der Zusammenarbeit erfolgt.»**

Massnahmen greifen jedoch nicht richtig, wenn nicht andererseits ein Wandel in der Kultur der Zusammenarbeit erfolgt. Dabei geht es vorab um das Grundverständnis, dass für eine optimale Betreuung der Patienten nicht nur die eigenen Leistungen zählen, sondern dass die Leistungen aller Beteiligten sich verzahnen müssen. Im Kern ist ein Kulturwandel hin zu einer partnerschaftlichen Zusammenbaukultur die zentrale Voraussetzung für die Optimierung der Schnittstellen. Das bedeutet, dass die verschiedenen Beteiligten zu einer vertrauensvollen Zusammenarbeit bereit sind und gegenseitig die unterschiedlichen Bedürfnisse ernst nehmen. Gegenseitiges Kennen, Verstehen und Akzeptieren sind die Grundhaltung, auf deren Basis die Vernetzung der Leistungserbringer wachsen kann. ■

Autor:

**Dr. Alphons Beat Schnyder**

Meta-Cultura Consulting

Quellenstrasse 27

8005 Zürich

E-Mail: schnyder@meta-cultura.ch

Internet: www.meta-cultura.ch

# Schnittstellenmanagement in der muskuloskelettalen Rehabilitation: Akutphase/postakute Nachbehandlung

**Um Schnittstellen im Behandlungsprozess besser zu managen, braucht es Daten, die vor, während und nach der Behandlung systematisch erhoben und regelmässig ausgewertet werden müssen. Nur so können Triage-Entscheidungen zur Bestimmung der postakuten Nachbehandlung überprüft und optimiert werden. Dies wird im Folgenden an einem Beispiel aus dem Zürcher Stadtspital Triemli aufgezeigt. Im Zentrum steht dabei die orthopädische Prothetik mit Frührehabilitation und weiterführender muskuloskelettaler Rehabilitation respektive Nachbehandlung.**

**Robert Theiler<sup>1</sup>, Jürg R. Kuster<sup>2</sup>**

Die begrenzten Ressourcen im Gesundheitswesen zwingen die Teilnehmenden, ihre Prozesse zu optimieren. Dabei müssen alle Abläufe hinterfragt werden: vom Prozedere der Institutionseinweisung über die Indikationsstellung und Akutspitalbehandlung bis hin zur Nachbe-

handlung und Nachsorge. Ziel ist es, den Patientenpfad bezüglich Wirksamkeit (Outcome = Ergebnisse) und Kosten zu verbessern. Am Beispiel der muskuloskelettalen Rehabilitation nach orthopädischer Prothetik<sup>3</sup> am Zürcher Stadtspital Triemli soll im Folgenden aufgezeigt werden, wie die Schnittstelle zwischen Akutbehandlung und postakuter Nachbehandlung optimiert werden kann. Die

«Dank dem präoperativen Assessment wird bereits vor dem Eingriff eine erste Triage im Hinblick auf die Nachbehandlung möglich.»

Grundlage für die Prozessoptimierung bilden dabei systematische Assessments mit Hilfe der computerunterstützten Instrumente «Qualitouch» (elektronisches Befragungsinstrument) und «Rehapaner» (elektronisches Rehabilitations-Planungsinstrument).

<sup>1</sup> PD Dr. med. Robert Theiler war nach Abschluss seines Medizinstudiums (1984) an verschiedenen Akutspitalern und Rheumakliniken in den Kantonen Zürich, Aargau und Basel sowie in Sydney (Australien) als Spezialarzt für physikalische Medizin, Rehabilitation und Rheumatologie tätig. Von 1996 bis 2002 leitete er die Rheumaklinik und das Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation am Kantonsspital Aarau. Seit Juni 2002 ist er Chefarzt der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation am Stadtspital Triemli. Besondere Interessen: Arthrose, Osteoporose und Qualitätsmanagement.

<sup>2</sup> Jürg R. Kuster (MBA GSBA Zurich) war 25 Jahre in Geschäftsleitungspositionen im In- und Ausland tätig und ist seit über 10 Jahren Consultant und Coach in den Bereichen Dienstleistung, Gesundheitswesen, öffentliche Verwaltung und Industrie. Besondere Interessen: Prozess(kosten)optimierung, Organisationsentwicklung sowie Team- und Managementcoaching.

<sup>3</sup> Muskuloskelettale Interventionen wie die Implantation einer Hüft- oder Knieprothese gehören zu den planbaren muskuloskelettalen Prozessen. Daneben gibt es ungeplante Notfallprozesse, zum Beispiel bei osteoporotischer Hüftfraktur.



Robert Theiler



Jürg R. Kuster

Die Ergebnisse dieser Assessments können gleichzeitig zur Planung der individuellen Nachbehandlung, zur laufenden Qualitätsmessung und zur kontinuierlichen Prozessoptimierung eingesetzt werden. Voraussetzung zur Optimierung der Schnittstellen und der Behandlungsprozesse ist ein multidisziplinäres Behandlungsteam mit klar definierten Rollen und Verantwortlichkeiten.

Abbildung 1 zeigt auf, in welchen Phasen des Patientenpfades welche Daten erhoben werden.

**Erstes Reha-Assessment**

Bereits präoperativ werden die Patientinnen und Patienten zu einem ersten Rehabilitations-Assessment aufgebeten (Abbildung 1, Position 1 im Prozess). Bei diesem Assessment

«Nach dem Eingriff wird in Frühreha-Zwischenberichten geprüft, ob die vorgesehene Triage-Kategorie für die Nachbehandlung die richtige war.»

wird die Patientin oder der Patient nicht nur über den Ablauf der Intervention und des Akut-Spitalaufenthaltes orientiert, sondern auch zu wichtigen, das Outcome beeinflussenden Parametern befragt, wie zum Beispiel Interventionsart, Kontextfaktoren, allgemeine Gesundheit. Dabei werden für jede Intervention standardisierte und international validierte Assessment-Instrumente (z.B. Fragebogen zur allgemeinen Gesundheit, wie SF 36, Euroqol, und interventionsspezifische Fragebogen, wie WOMAC, NASS usw.) angewendet, die zur Qualitätssicherung und zur Ergebnismessung eingesetzt werden. Neben dem interventions-

«Leider wurden die meisten stationären Reha-Strukturen in den frühen Fünfziger- und Sechzigerjahren wohnortfern realisiert.»

spezifischen Assessment wird auch ein Komorbiditäts-Assessment durchgeführt. Dabei werden die wichtigsten Komorbiditäten der Patientin oder des Patienten mit Hilfe des Instrumentes «Qualitouch» in einem dreidimensionalen Score erfasst (DDD-Score: Disease, Drugs,

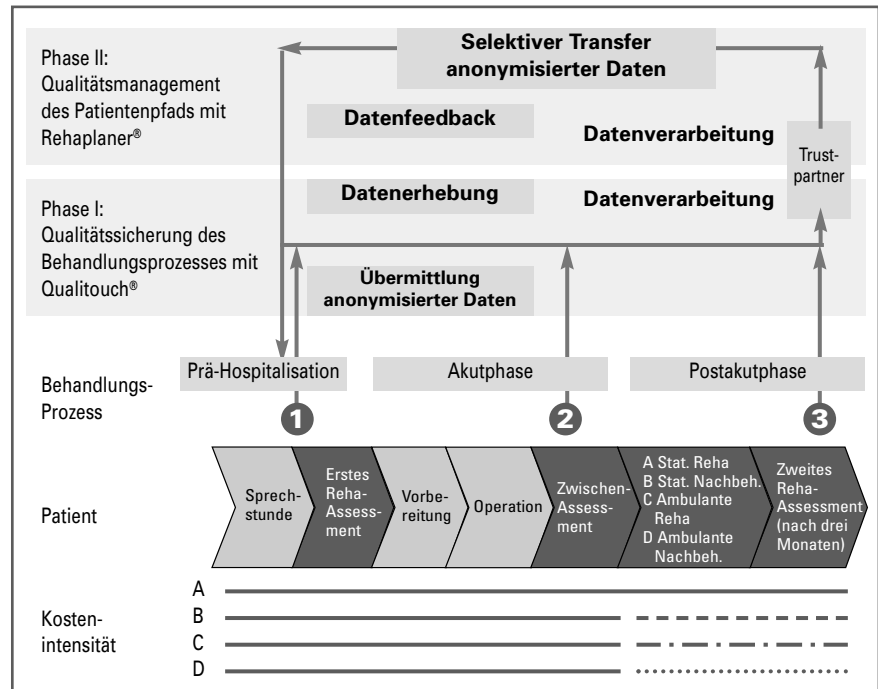


Abbildung 1: Qualitätsmanagement des Behandlungspfades (Datenerhebung zur kontinuierlichen Prozessoptimierung, zur Planung der individuellen Nachbehandlung und zur Qualitätsmessung)

Akutphase	Postakutphase			
	Ambulante Nachbehandlung	Ambulante Reha	Stationäre Nachbehandlung	Stationäre Reha
Ort	zu Hause	zu Hause	Hotel Kurhaus	Reha-Klinik
Medizinische Therapie	Problemorientierte Physiotherapie	Koordinierte Team-Therapie	Problemorientierte Physiotherapie	Koord. Team-Therapie 2-3 h/Tag
Medizinische Pflege (dipl. Pers.)	Wenig Nicht spezialisiert	Keine	Wenig Nicht spezialisiert	Spezialisierte Pflege
Fremde Hilfe (z.B. Partner/in)	Wenig (+)	Wenig (+)	Mittel (++)	Viel (+++)
Ärztlicher Dienst	Wenig Nicht spezialisiert	Viel Reha-Arzt	Wenig	Viel Reha-Arzt

Abbildung 2: Triage-Kategorien in der muskuloskelettalen Rehabilitation

Disability). Dieser Score bildet die Nebendiagnosen der Patientin oder des Patienten, die wegen Multimorbidität eingenommenen Medikamente sowie die subjektive Behinderung durch die einzelnen Komorbiditäten ab. So ergibt sich ein dreidimensionales, so genannt «verschlüsseltes» Morbiditätsprofil

der Patientin und des Patienten, das sich der ICF<sup>4</sup> annähert. Dieses Profil ist sowohl für die Akutphase (z.B. für die Anästhesie) als auch für die

<sup>4</sup> ICF: «International Classification of Functioning, Disability and Health»; beschreibt die Funktionsfähigkeit und deren Beeinträchtigungen auf den Ebenen der Körperfunktionen und -strukturen, der Aktivitäten des Individuums sowie der sozialen Partizipation.

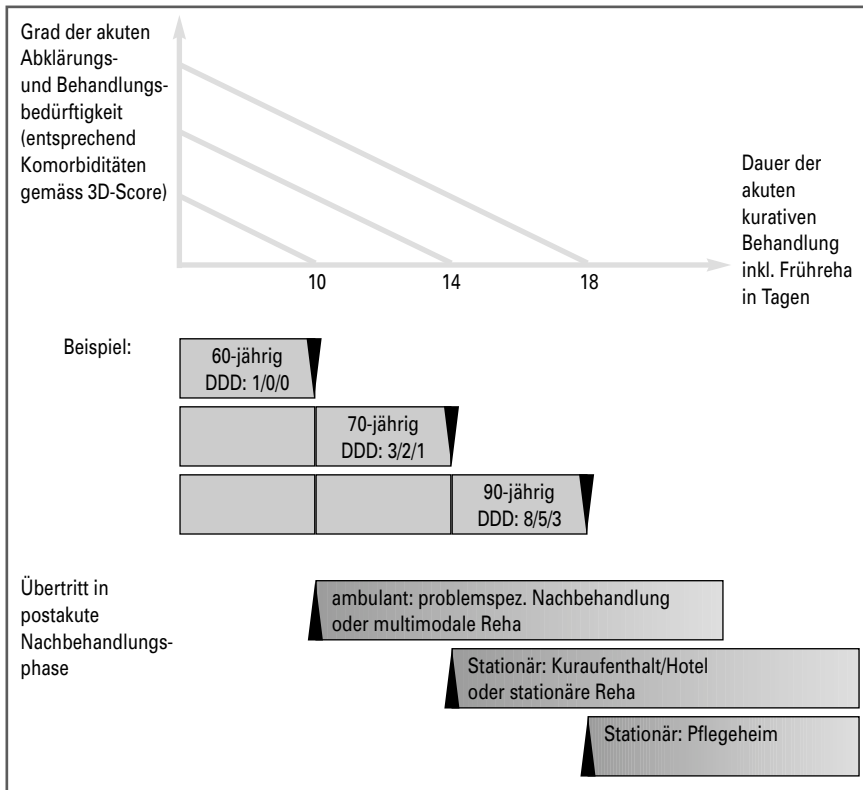


Abbildung 3: Typische Dauer des Klinikaufenthaltes im Akutspital (kurative Behandlung und Frührehabilitation) mit drei Beispielen von Patienten mit unterschiedlichem Morbiditätsprofil/DDD-Score

Nachbehandlung in der Postakutphase relevant. Zusätzlich werden relevante nichtmedizinische Kontextfaktoren, wie zum Beispiel soziale Situation und häusliche Verhältnisse, erfasst, sodass bereits vor dem Eingriff eine erste Triage im Hinblick auf die Nachbehandlung möglich wird.

Bei dieser Triagierung werden die Patienten entsprechend ihrem Nachbehandlungsbedarf einer der folgenden Kategorien zugeteilt (siehe auch *Abbildung 2*):

1. Ambulante postakute Nachbehandlung mit ambulanter problemorientierter Physiotherapie
2. Ambulante Rehabilitation mit koordinierter multimodaler muskuloskelettaler Reha-Team-Therapie
3. Stationäre postakute Nachbehandlung mit problemorientierter Physiotherapie (Hotel/Kurhaus)
4. Stationäre postakute Rehabilitation mit stationärer koordinierter multimodaler muskuloskelettaler Reha-Team-Therapie (Rehabilitationsklinik).

### Zwischenassessment

Nach dem operativen Eingriff (Implantation der Knie- oder Hüftprothese) wird die Patientin oder der Patient vom multidisziplinären Frühreha-Team übernommen. In Frühreha-Zwischenrapporten (*Abbildung 1*, Position 2 im Behandlungsprozess)

«Bei jüngeren Patientinnen und Patienten kann auch die Indikation für eine ambulante muskuloskelettale Rehabilitation gestellt werden.»

wird nun geprüft, ob die beim ersten Reha-Assessment vorgesehene Triage-Kategorie für die Nachbehandlung (siehe *Abbildung 2*) die richtige war. Nun wird also definitiv festgelegt, ob die Patientin oder der Patient einem Standardprozess mit problemorientierter Physiotherapie und Nachbe-

handlung (zu Hause oder im Kurhaus) zugewiesen werden kann oder ob eine aufwändige multimodale Reha (stationär oder ambulant) indiziert ist.

Bei prothetischen Eingriffen wird heute vielfach die Indikation für eine postakute Nachbehandlung mit problemorientierter Physiotherapie ge-

«Bis heute konnte nicht nachgewiesen werden, dass eine stationäre muskuloskelettale Schmerzrehabilitation einer ambulanten überlegen wäre.»

stellt. In diesem Fall erhält der Patient eine standardmässige Nachbehandlung, bezogen auf sein Problem am Bewegungsapparat, jedoch keine aufwändige komplexe muskuloskelettale Rehabilitation. Bei einem Teil der Patienten kann diese Standardtherapie ambulant durchgeführt werden. Andere benötigen aus sozialen Gründen (allein stehend oder ungünstige häusliche Verhältnisse wie z.B. kein Lift) einen stationären Aufenthalt im Hotel oder Kurhotel. Die Nachbehandlung beschränkt sich häufig auf eine problemorientierte Physiotherapie, wobei unklar ist, wie häufig und intensiv diese Therapie im Idealfall stattfinden sollte (es fehlen evidenzbasierte Studien).

Patientinnen und Patienten mit begleitender Multimorbidität und vorbestehenden Behinderungen des Bewegungsapparates und/oder anderer Organsysteme sowie schwer abschätzbarer Prognose brauchen dagegen nach orthopädischer Prothetik meist weiterhin viel Pflege und möglicherweise auch häufigere und intensivere Physiotherapie. Bei diesen Patienten wird die Indikation für eine komplexe, multimodale muskuloskelettale Rehabilitation gestellt (siehe dazu *Abbildung 3*).

Diese Rehabilitation findet oft stationär statt. Allerdings stellt man heute fest, dass eine Mehrzahl der Patientinnen und Patienten wohn-

ortnahe Nachbehandlungs- respektive Rehabilitationsstrukturen vorziehen würden. Leider wurden die meisten stationären Reha-Strukturen (Reha-Kliniken) in den Fünfziger- und Sechzigerjahren wohnortfern realisiert. Dies ist vor allem für ältere und geriatrische Patienten ungeeignet. Im Grossraum Zürich zum Beispiel gibt es nicht genügend wohnortnahe Reha-Strukturen.

Bei geriatrischen Patienten ist der Rehabilitationsaufwand im Voraus besonders schwierig abschätzbar. Der therapeutische Aufwand hängt dabei natürlich auch von der Interventionsart ab: Primäre Arthroplastiken an den Hüften (einfache Interventionsart) benötigen meist eine weniger aufwändige Therapie als Prothesenwechsel (komplizierte Interventionsart). Bei jüngeren Patientinnen und Patienten mit niedrigem DDD-Score und günstigen Kontext-

**«Systematische interne Datenerhebungen erlauben es, den Gesamtprozess und seine Schnittstellen im Sinne eines integrierten Qualitätsmanagements laufend zu optimieren.»**

faktoren kann auch die Indikation für eine ambulante muskuloskeletale Nachbehandlung/Rehabilitation gestellt werden. Dies gilt zum Beispiel für Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzsyndromen und andauernder muskuloskeletaler Behinderung, wie Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. Diese Patientengruppe könnte in ein vordefiniertes ambulantes multimodales Reha-Programm mit definierter Intensität und vordefinierten Endpunkten überführt werden. Bis heute konnte nicht nachgewiesen werden, dass eine stationäre muskuloskeletale Schmerzrehabilitation einer ambulanten überlegen ist. Allerdings sind die ambulanten wohnortnahen Reha-Strukturen noch zu wenig ausgebildet und differenziert, und mit den Krankenversi-

chernern konnten noch keine adäquate Tarife für diese Therapien vereinbart werden.

### Zweites Reha-Assessment

Beim Abschluss der Akutphase, das heisst beim Verlassen des Akutspitals, erhält die Patientin oder der Patient vom Frühreha-Team einen Termin für ein zweites Reha-Assessment (*Abbildung 1*, Position ③ im Behandlungsprozess). Dieses findet in der Regel drei Monate nach der Intervention, das heisst nach Abschluss der Postakutphase, statt. Dabei wird die interventionsspezifische Ergebnisqualität gemessen und der Patientin oder dem Patienten sowie dem behandelnden Orthopäden und dem Hausarzt als Feedback-Report mitgeteilt. Daneben werden beim zweiten Reha-Assessment weitere relevante Parameter wie die Dauer des Akutspitalaufenthaltes, Form und Intensität der durchgeführten Nachbehandlungen (Anzahl problemorientierte Physiotherapiesitzungen oder Rehabilitationsprogramme) und die Zufriedenheit der Patientin oder des Patienten mit Art und Ort der Nachbehandlung erfasst. Die kontinuierliche Erfassung dieser Daten erlaubt es, den Prozess regelmässig zu evaluieren und im Sinne eines integrierten Qualitätsmanagements laufend zu optimieren. Zu diesem Zweck werden die anonymisierten Daten in standardisierter Form im elektronischen Rehabilitationsplaner erfasst und regelmässig ausgewertet. Am Stadtspital Triemli hat sich eine Arbeitsgruppe «muskuloskeletale Frührehabilitation am Akutspital» gebildet, die es sich zur Aufgabe macht, basierend auf den Auswertungsergebnissen die Triagierung und das Schnittstellenmanagement im Bereich der muskuloskelettalen Frührehabilitation und Nachbehandlung weiter zu verbessern und so die Zusammenarbeit mit den Krankenversicherern zu erleichtern und die Transparenz bezüglich Methoden- und Prozesswirksamkeit zu verbessern.

### Fazit

Die Erfahrungen am Stadtspital Triemli in den letzten 18 Monaten

zeigen, dass systematische interne Datenerhebungen und deren regelmässige anonymisierte Auswertung es erlauben, den Gesamtprozess und seine Schnittstellen im Sinne eines integrierten Qualitätsmanagements kontinuierlich zu optimieren. Allerdings ist dazu der Einsatz eines Frührehabilitationsteams am Akutspital unerlässlich; nur so wird sich eine optimierte Nachbehandlung ressourcengerecht steuern lassen. Die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern im Prozessmanagement ist zurzeit noch ungenügend entwickelt und sollte weiter verbessert werden. Hier liegt ein grosses Potenzial, um die Effizienz in unserem Gesundheitssystem wirksam zu verbessern. ■

#### Autoren:

#### PD Dr. med. Robert Theiler

Chefarzt Klinik für Rheumatologie  
und Rehabilitation  
Stadtspital Triemli Zürich  
Birmensdorferstrasse 497  
8063 Zürich  
E-Mail:  
robert.theiler@triemli.stzh.ch

#### Jürg R. Kuster

MBA GSBA Zurich  
Managing Partner  
CGZ Consulting Gruppe Zürich  
AG  
Löwenstrasse 2  
8001 Zürich  
E-Mail: juerg.kuster@cgz.ch

# Die Geriatrieklinik im Zentrum des altersmedizinischen Dienstleistungsnetzes

**Alte Menschen haben im Krankheitsfall besondere Bedürfnisse. Daraus ergeben sich spezifische Anforderungen an die Anbieter stationärer, halbstationärer und ambulanter altersmedizinischer Dienstleistungen.**

**Irene Bopp-Kistler<sup>1</sup>, Manfred Hafner, Brigitte Rüeegger-Frey**

**A**ltersmedizin (Geriatrie) ist nicht denkbar ohne Vernetzung, und zwar in verschiedenster Hinsicht: Im Zentrum steht immer der betagte kranke Mensch, der Alterspatient<sup>2</sup>. Um ihn herum besteht ein Netz von altersmedizinischen Angeboten ambulanter, halbambulanter (Tagesspital, Nachtambulanz) und stationärer altersmedizinischer Einrichtungen, von denen er nur dann profitieren kann, wenn sie für ihn zugänglich sind. Die Angebote müssen aber auch untereinander vernetzt sein. Und schliesslich befindet sich der Alterspatient auch noch in einem komplexen Netz familiärer und sozialer Strukturen.

Die Altersmedizin unterscheidet sich ganz wesentlich von der klassischen Medizin, indem sie primär vernetzt denkt und plant. Interdisziplinarität,

sowohl institutionsintern wie auch bereichsübergreifend, steht im Mittelpunkt des geriatrischen Denkens. «Geriatrics is team-work» bedeutet somit, dass Geriatrie ohne Interdisziplinarität und vernetztes Denken absolut undenkbar ist. Dazu braucht es moderne geriatrische Versorgungsstrukturen; diese werden künftig für die betroffenen Patienten, aber auch für die praktizierenden Ärzte, für die Spitalplanungs-Verantwortlichen, für die Krankenversicherer und für die Gemeinden ein immer grösseres Gewicht erhalten [2].

## Besonderheiten des Alterspatienten

Im Zentrum der Altersmedizin steht immer der Alterspatient. Er zeichnet sich durch die folgenden Eigenheiten aus:

- Der geriatrische Patient ist krank – typischerweise akut krank. Sein Körper ist Alterungsprozessen ausgesetzt; zusätzlich leidet er oft an chronischen Krankheiten.
- Der geriatrische Patient ist mehrdimensional krank – seine Krankheiten umfassen mehrere Gesundheitsbeziehungswise Krankheitsdimensionen (körperliche, psychische, soziale, funktionelle und ökonomische Dimensionen).
- Der geriatrische Patient hat einen grossen Rehabilitationsbedarf, und zwar ab dem ersten Hospitalisationstag.
- Die Krankheitspräsentationen des geriatrischen Patienten sind oft (fast typischerweise!) atypisch.
- Die Kompensationsfähigkeiten des alten Menschen sind begrenzt. Umweltfaktoren sowie die Strukturen des sozialen Systems sind kritisch.



Irene Bopp-Kistler

## Stationäre akutgeriatrische Strukturen

Spezifische Anforderungen an altersmedizinische Dienstleistungsstrukturen ergeben sich aus den oben beschriebenen typischen Charakteristika des Alterspatienten.

Die *Tabelle 1* gibt eine Übersicht über die Anforderungen an die moderne geriatrische Klinik. Im Zent-

«Eine geriatrische Klinik gehört nicht auf die grüne Wiese, sondern mitten in den Lebensmittelpunkt des betagten Menschen.»

rum der Abklärung steht bei geriatrischen Patienten das so genannte multidimensionale Assessment, das heisst eine breite Abklärung, die alle Dimensionen der Gesundheit umfasst. Dabei muss auch das soziale

<sup>1</sup> Dieser Artikel ist eine von Irene Bopp-Kistler verfasste Kurzversion eines Originalartikels von Irene Bopp-Kistler, Manfred Hafner und Brigitte Rüeegger-Frey aus dem Buch «Der alte Mensch im Spital – Altersmedizin im Brennpunkt» [1]

<sup>2</sup> Aus stilistischen Gründen wird im folgenden Text die männliche Form verwendet. Weibliche Personen sind generell mitgemeint.

Tabelle 1:  
**Anforderungen an die moderne Geriatrieklinik**

- Geriatriegerechte Assessment-Methodik als Kernkompetenz geriatrischer Arbeit
- Rascher und direkter Zugang der Patienten zu akutmedizinischen Diagnose- und Therapiemöglichkeiten
- Hoher Stellenwert rehabilitativer Arbeit
- Hoher Stellenwert der Team-Interaktionen (Geriatrics is **team-work!**)
- Spitalintern **klinikübergreifende Vernetzung**
- Einbezug des **sozialen Umfeldes**
- **Vernetzung mit spitalexternen Diensten**
- **Wohnortnähe**
- Bedarfsgerechte, **flexible Angebote**

Die Schnittstellenprobleme sind gerade für die Geriatrieklinik eine Herausforderung. Es beginnt bereits beim Spitaleintritt: Ideal wäre eine geriatriegerechte Triagierung auf der Notfallstation nach dem Modell der «integrated medical care», wo Akutmediziner und Geriater auf der Notfallstation eng zusammenarbeiten [4]. Wenn dieses Modell nicht praktikierbar ist, muss die Triagierung zu

«Der Aufenthalt im Akutspital kann durch halbambulante Strukturen verkürzt werden.»

Umfeld einbezogen und die Vernetzung mit spitalexternen Diensten sichergestellt werden. Dies ist nur zu schaffen, wenn sich die akutgeriatrischen Dienstleistungsstrukturen in Wohnortnähe befinden. Eine geriatrische Klinik gehört also nicht auf die «grüne Wiese», sondern mitten in den Lebensmittelpunkt des betagten Menschen. Für den Abklärungs- und Behandlungsprozess sind die Geriater auf

eine berufsübergreifende Vernetzung mit anderen Diensten der Klinik angewiesen (siehe *Abbildung*). Weiterreichende und bereichsübergreifende Entscheide werden in multidisziplinären Treffen («Interdisziplinäre Rapporte») oder in projektbezogenen Sitzungen erarbeitet. Eine klinik- und sektorenübergreifende Vernetzung mit den ambulanten und halbambulanten Diensten und den Hausärzten ist unabdingbar [3].

einem späteren Zeitpunkt stattfinden, was aber mit einer Verlegung des Patienten innerhalb des Spitals verbunden ist. Ein optimaler Patientenzufluss kann auch durch eine Triagierung in der ambulanten geriatrischen Sprechstunde sichergestellt werden.

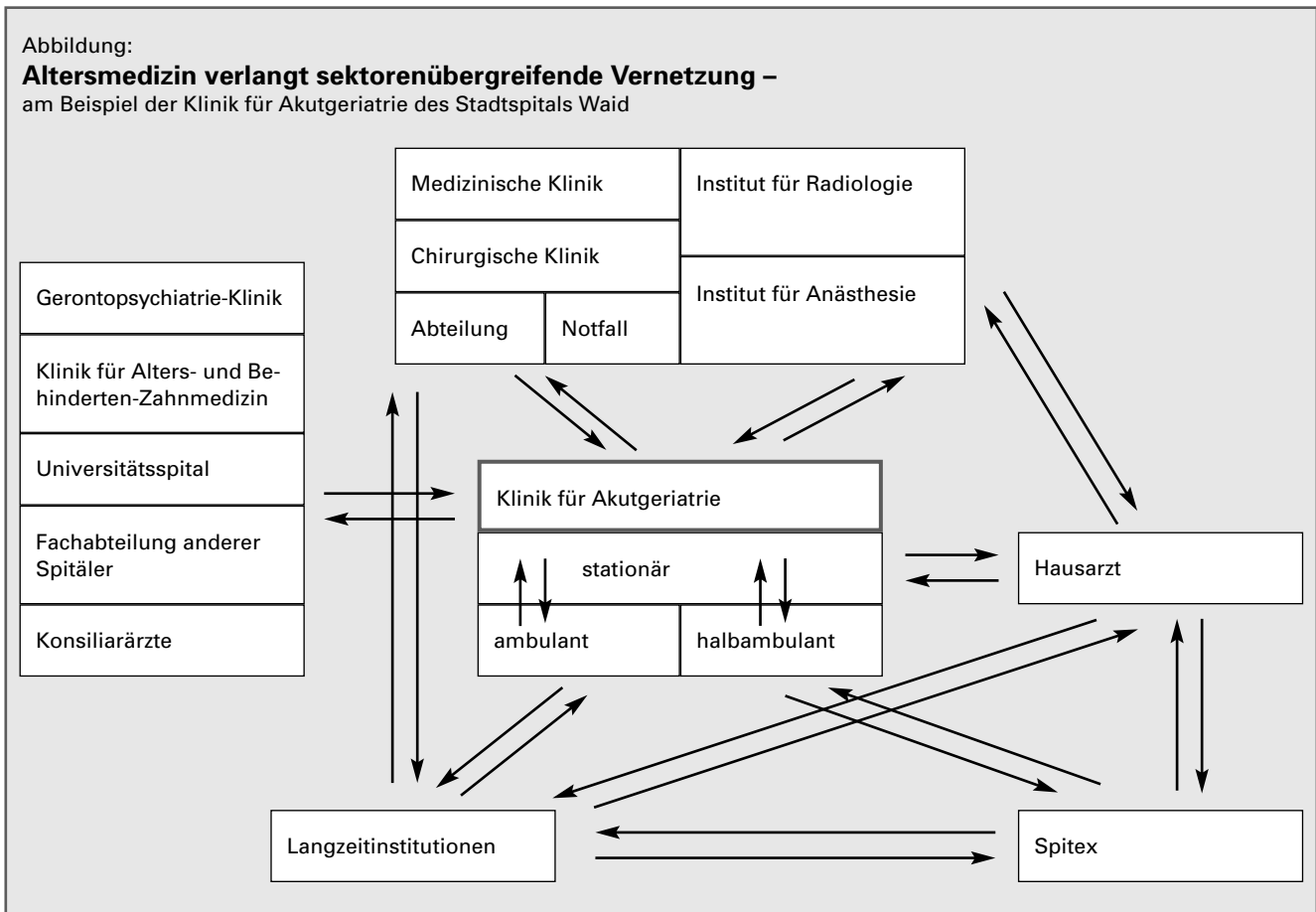


Tabelle 2:

**Anforderungen an halbambulante und ambulante geriatrische Strukturen**

Das halbambulante und ambulante geriatrische Angebot sollte die folgenden Möglichkeiten bieten:

- Möglichkeit zum ambulanten geriatrischen Assessment
- Möglichkeit zur Abklärung und Behandlung der häufigen geriatrischen Syndrome (Stichworte: Sturzambulanz, Memory-Klinik, geriatrische Inkontinenzsprechstunde, allgemeine geriatrische Sprechstunde)
- Vernetzung der verschiedenen bewährten spitalgestützten Strukturen (Übergangspflegedienst, Übergangspflegestation, Tagesspital und Nachtambulanz) mit ambulanten Strukturen
- Angebot rehabilitativer Massnahmen im engeren Sinne, vorzugsweise als Gruppenangebote (kosteneffektiv, geriatrisch sinnvoll)
- Erweiterung der Gruppenangebote durch Einzeltherapien (z.B. durch den psychologischen Dienst)
- Angebote für Angehörige, sowohl individuell wie auch in Gruppen
- Angebot eines mobilen Dienstes, welcher die stark behinderten geriatrischen Patienten auch zu Hause besuchen, abklären und behandeln kann

**Teilstationäre und ambulante geriatrische Strukturen**

Spitalgestützte teilstationäre (halbambulante) und ambulante Strukturen haben für die Altersmedizin einen hohen Stellenwert: Der Aufenthalt im Akutspital kann durch halbambulante Strukturen verkürzt werden – dies ist heute ein gesundheitspolitischer Imperativ. Ambulante geriatrische Strukturen (z.B. Sturzambulanz, Memory-Klinik u.a.) können zudem das Risiko von Hos-

«Ideal wäre eine  
geriatriegerechte  
Triagierung auf der  
Notfallstation, indem  
Akutmediziner und  
Geriatrer eng  
zusammenarbeiten.»

pitalisationen (beispielsweise des allseits nicht beliebten «Pflegerotfalls») und von frühzeitigen Institutionalisierungen vermindern. Eine ambulante interdisziplinäre Abklärung und Therapieeinleitung (GEM: geriatric evaluation and management) kann die Lebensqualität, das Wohlbefinden und die soziale Kompetenz älterer Patienten ohne Kostensteigerung verbessern [5].

Eine rehabilitativ ausgerichtete Geriatrie hat die Pflicht und bietet die Chance zu Innovation. Es müssen neue Modelle (auch neue Finanzierungsmodelle) entwickelt werden [6, 7].

Die Anforderungen an halbambulante und ambulante geriatrische Strukturen sind in *Tabelle 2* zusammengefasst.

**Akutgeriatrie und Langzeitpflege**

Bei Alterspatienten muss regelmässig überprüft werden, ob eine medizinische Intervention indiziert ist – zum Beispiel mittels einer Abklärung oder Standortbestimmung in einer geriatrischen Akutambulanz. Diese Forderung gilt speziell auch für Alterspatienten in Langzeitpflegeinstitutionen. Allerdings ist die Situation dieser Institutionen heute alles andere als einfach: Im Gegensatz zu früher treten heute die meisten Patienten nicht mehr von zu Hause aus ins Krankenhaus ein, sondern von einer Akutambulanz aus. Die Patienten müssen das Spital immer früher verlassen; auf breite medizinisch-pflegerische sowie soziale Abklärungen und auf Rehabilitationsmassnahmen wird dabei immer häufiger verzichtet. Diese Aufgaben müssen nun vom Heim übernommen werden. Dies bewirkt, dass das Krankenhaus mehr und mehr die Funktion eines

«Ersatzspitals» übernehmen muss – bei gleich bleibender Infrastruktur. Unter diesen Umständen ist es für die Krankenhäuser sehr schwierig, intern diejenigen Patienten zu identifizieren, die von einer Abklärung und Behandlung in einer geriatrischen Klinik profitieren würden. Eine enge Zusammenarbeit mit einer akutgeriatrischen Klinik erleichtert die Situation.

Allgemein kann festgehalten werden: Die Qualität der Betreuung der Alterspatienten ist genau so gut oder schlecht wie die Qualität der interdisziplinären und institutionsübergreifenden Kommunikation aller in der Geriatrie engagierten Mitarbeitenden. ■

**Autorin:**

**Dr. med. Irene Bopp-Kistler**

Innere Medizin,  
spez. Geriatrie FMH  
Ärztliche Leitung ambulante Dienste  
Klinik für Akutgeriatrie  
Stadtspital Waid  
Tièchestrasse 99  
8037 Zürich  
E-Mail: irene.bopp@waid.stzh.ch

**Bibliographie:**

1. Carigiet E., Grob D. (Hrsg.): Der alte Mensch im Spital – Altersmedizin im Brennpunkt. Eigenverlag des Gesundheits- und Umweltdepartementes der Stadt Zürich, 2003 (ISBN 3-00-011048-8; Online-Bestellung unter: www.stzh.ch).
2. Bapst L.: Die Finanzierung und Steuerung der Spitäler und ihre Auswirkung auf die alten Menschen. In: E. Carigiet, D. Grob: Der alte Mensch im Spital – Altersmedizin im Brennpunkt. Eigenverlag des Gesundheits- und Umweltdepartementes der Stadt Zürich, 2003, 83–97.
3. Lübke N.: Zuweisungssteuerung und Management in der Geriatrie und geriatrischen Rehabilitation unter besonderer Berücksichtigung von Fallpauschalen bzw. diagnosis-related groups. Z Gerontol Geriat 2001; 34: Suppl 1: 63–69.
4. Onafowokan A.: Age-related Geriatric Medicine or Integrated Medical Care? (Editorial). Age and Aging 1999; 28: 245–247.
5. Burns R., Nichol L.O., Martindale-Adams J. et al.: Interdisciplinary Geriatric Primary Care Evaluation and Management: Two-Year Outcomes. JAGS 2000; 48: 8–13.
6. Cohen H., Feussner J., Weinberger M. et al.: Controlled Trial of Inpatient and Outpatient Geriatric Evaluation and Management. N Eng J Med 2002; 346: 905–912.
7. Fuhrmann R.: Übersicht über Versorgungsstrukturen der klinischen und rehabilitativen Geriatrie und ihre Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland. Z Gerontol Geriat 2001; 34: Suppl. 1: 16–20.

# Die Leistungskette in die Verantwortung nehmen

## Schnittstellenmanagement im «Integrierten Managed Care Thurgau»

**Das Schnittstellenmanagement wird einfacher, wenn die Hauptverantwortung für Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesamten Leistungskette in die Leistungskette hineinverlagert wird. Diese These wird im Folgenden am Beispiel des Projekts «Integriertes Managed Care Thurgau» veranschaulicht. Das Projekt sieht vor, innerhalb des Zusammenschlusses der Leistungserbringer auch professionelle Strukturen aufzubauen, welche das Leistungsmanagement übernehmen und die Behandlungsprozesse steuern.**

**Jürg Baumberger**

Grundidee des Modells «Integriertes Managed Care Thurgau» IMC TG<sup>1</sup> ist es, die ambulanten und stationären Leistungserbringer in einer Interessengemeinschaft zusammenzuschliessen, die einen Managed-Care-Vertrag mit den Versicherern abschliesst<sup>2</sup>. Für die

Versicherten ändert sich hinsichtlich des Managed-Care-Produkts nichts. Sie müssen sich weiterhin bei einem Arzt (meist einem Facharzt für Allgemeinmedizin) einschreiben, der als Hausarzt die Care-Manager-Funktion übernimmt. Neu ist, dass die Care-Manager-Funktion allenfalls – je nach Vertrag mit dem Versicherer – auch von einem Spezialisten übernommen werden kann.

In die Interessengemeinschaft eingebunden werden in einem ersten Schritt die niedergelassenen Ärzte (Allgemeinpraktiker und Spezialisten) sowie die öffentlichen und privaten Spitäler. Über die Spitäler eingebunden sind die in ihnen tätigen Ärztinnen und Ärzte.

### Voraussetzungen für ein erfolgreiches Schnittstellenmanagement

Für ein erfolgreiches Schnittstellenmanagement sind zwei Voraussetzungen wichtig:

1. Die Beeinflussung des Leistungserstellungsprozesses aus diesem heraus und nicht durch eine externe Instanz.
2. Die Einbindung beider Seiten einer Schnittstelle in die Verantwortung für Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Beide Punkte sind wichtig für die Legitimität und damit für die Akzeptanz der Beeinflussungs- und Steuerungsintervention. Case Management, das von einer Instanz ausserhalb des Behandlungsprozesses veranlasst und gesteuert wird, wird von den Betroffenen als externe Aufsicht, externer Eingriff empfunden. Ein solcher Eingriff wird oft als impliziter Vorwurf verstanden, die eigenen Aufgaben



Jürg Baumberger

nicht selbst lösen zu können. Deshalb wird auch der Sachverstand der eingreifenden Instanz sehr oft angezweifelt. Kurz: Das von aussen kommende Schnittstellenmanagement führt tendenziell zu einer Verteidigungs- und Rechtfertigungshaltung, die dem Prozess nicht förderlich ist.

Doch wer sonst soll das Schnittstellenmanagement übernehmen? In der traditionellen Versicherungs- und Versorgungsform gibt es keine sektorübergreifenden Instanzen der Leistungserbringer (vgl. *Abbildung 1*). Wird, wie in den traditionellen Hausarztsystemen, das Schnittstellenmanagement einem einzelnen Sektor übertragen, so kommt dieser gegenüber dritten Leistungserbringern in die gleiche Rolle wie ein Krankenversicherer oder ein Vertrauensarzt, der das Case Management von aussen veranlasst (vgl. *Abbildung 2*).

### Schnittstellenmanagement im integrierten System

Im Unterschied zum traditionellen Hausarztsystem erfüllt das IMC

<sup>1</sup> Ausführliche Darstellung siehe «Managed Care» 2/2003, Seiten 33 ff.

<sup>2</sup> ILIT: Interessengemeinschaft der Leistungserbringer Thurgau

TG die oben genannten Voraussetzungen. In diesem Modell bestehen sektorenübergreifende gemeinsame Interessen, sich gegenseitig auf ein erfolgreiches Schnittstellenmanagement zu verpflichten. Das gemeinsame Interesse wird dadurch geschaffen, dass die Interessengemeinschaft für alle darin Eingebundenen gemeinsam einen Managed-Care-Vertrag mit dem Versicherer

«Case-Management, das von einer Instanz ausserhalb des Behandlungsprozesses veranlasst und gesteuert wird, wird von den Betroffenen als externer Eingriff empfunden.»

abschliesst. Mit diesem Vertrag übernimmt die Interessengemeinschaft einen Teil des wirtschaftlichen Risikos der Behandlung. Dieses Risiko wird gemeinsam getragen und in die Form eines Budgets (Capitation oder andere Formen) gegossen. Der Erfolg oder Misserfolg wird nach internen Regeln auf die einzelnen Leistungserbringer umgelegt. So haben alle in der ILIT zusammengeschlossenen Leistungserbringer gemeinsam ein Interesse, die Behandlung sowohl qualitativ als auch wirtschaftlich zu optimieren. Das IMC TG ist somit im Hinblick auf das Schnittstellenmanagement eine Weiterentwicklung der bisherigen Hausarztssysteme.

**Unterschiedliche Steuerungsinstanz**

In den bisherigen Hausarztssystemen haben die Versicherer die Verantwortung für Wirtschaftlichkeit und Steuerung einem einzelnen Leistungserbringer übertragen (siehe *Abbildung 2*).

Im IMC TG sieht das Bild anders aus (vgl. *Abbildung 3*): Hier übernehmen mehrere Arten von Leistungserbringern im Verbund die Koordinationsverantwortung. Sie re-

Abbildung 1:

**Leistungsverträge im traditionellen Gesundheitssystem (traditionelle Form des «Care Managements»)**

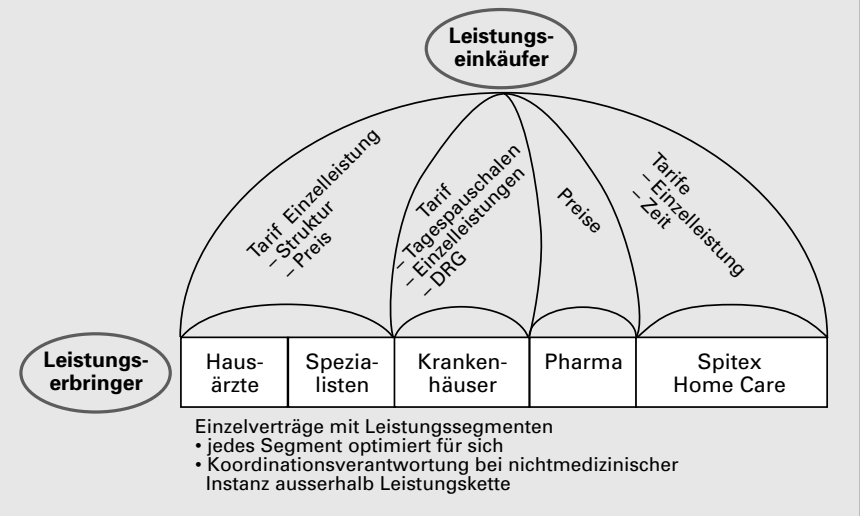


Abbildung 2:

**Leistungsverträge in Managed-Care-Systemen mit hausärztlichem Gatekeeping**

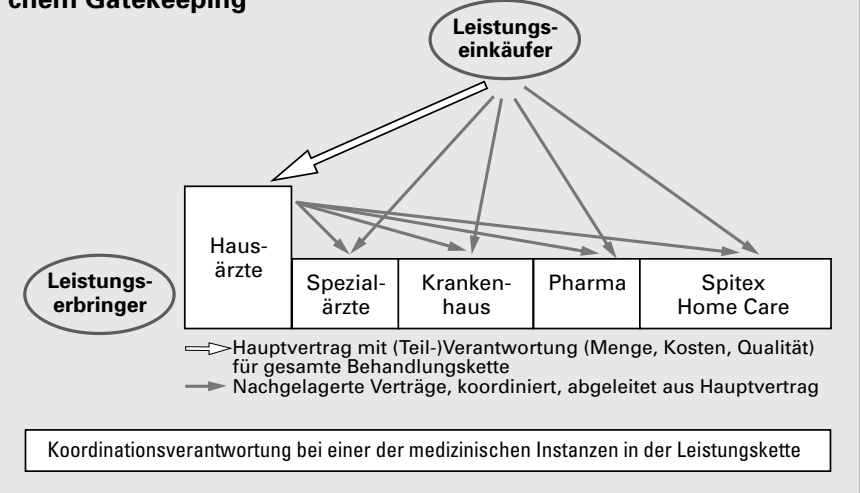
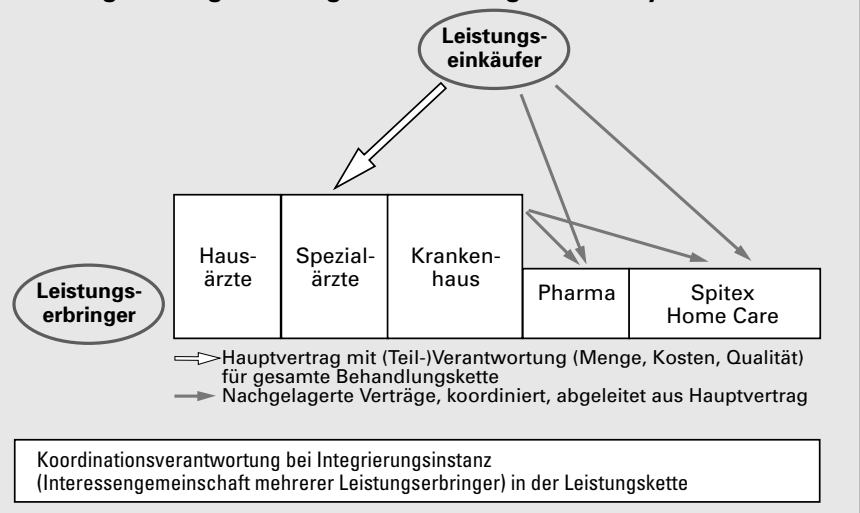


Abbildung 3:

**Leistungsverträge in integrierten Managed-Care-Systemen**



Kasten:

### **Geschäftsstelle ILIT (Geschäftsleitung)**

(aus dem Projektbericht<sup>3</sup>)

Die Erfahrung der bisherigen Hausarztssysteme zeigt, dass die Durchführung von Steuerungsmassnahmen professionelle Strukturen, die über ein reines Milizsystem hinausgehen, verlangt. Nur so können die entsprechenden Prozesse aufgebaut, aufrechterhalten und weiterentwickelt werden.

Daher sollte die ILIT eine Geschäftsstelle einrichten. Diese ist für die operative Umsetzung der Steuerungsinstrumente im Behandlungs- und Betreuungsprozess zuständig. Solche Instrumente sind:

- Disease Management
- Fallmanagement
- Reklamationsbehandlung
- Auskunft (Demand Management).

Die Instrumente sollen schrittweise aufgebaut werden. Mit diesem Konzept werden Elemente des inhaltlichen Managed Care durch die Leistungserbringer übernommen.

Der Aufbau der Geschäftsstelle erfolgt schrittweise, die Nutzung bestehender Strukturen von Leistungserbringern der ILIT kann sinnvoll sein. Der Umfang der Geschäftsstelle richtet sich nach den vorhandenen Mitteln.

Die Versicherer wünschen, bei der Professionalisierung der Medical-Management-Organisationen mit einbezogen zu werden. Die Verantwortung der Leistungserbringer für die medizinische Behandlung wird dadurch nicht tangiert. Dieser Einbezug der Versicherer soll Gegenstand der Vertragsverhandlungen und der Vertragsgestaltung sein.

geln die Aufteilung dieser Verantwortung intern; das ist mit einem zusätzlichen Koordinationsaufwand verbunden.

Deshalb soll innerhalb der Interessengemeinschaft eine professionelle Managementstruktur geschaffen werden, sowohl für die allgemeinen Managementaufgaben als auch insbesondere

**«Im IMC TG bestehen sektorenübergreifende gemeinsame Interessen, sich gegenseitig auf ein erfolgreiches Schnittstellenmanagement zu verpflichten.»»**

für die Aufgaben des medizinischen Managements. Die Überlegungen zu Aufbau und Funktion der professionalisierten Struktur zeigt der *Kasten*.

### **Einbindung weiterer Leistungserbringer**

Die *Abbildungen 2* und *3* zeigen, dass weitere Leistungserbringer an das System angekoppelt werden, auch wenn sie noch nicht direkt in die Interessengemeinschaft einge-

bunden sind. Diese Ankoppelung erfolgt durch Anschlussverträge mit den externen Leistungserbringern, in denen sowohl inhaltliche (Abläufe, Rechte und Pflichten usw.) als auch wirtschaftliche (Beteiligung am Risiko) Verabredungen getroffen werden können. Solche Verträge sind vor allem mit Spitem, Chiropraktoren<sup>4</sup> und Physiotherapeuten, aber auch mit ausserkantonalen Spitälern möglich. Durch die Verträge kommen diese Leistungserbringer in die Position von Preferred Providers, von Leistungserbringern also, denen bevorzugt Patienten überwiesen werden.

### **Schlussfolgerung**

Das Konzept IMC TG zeigt, dass die Einbindung weiterer Leistungserbringer eine gute Grundlage für ein effizienteres Schnittstellenmanagement bildet. Das Modell fördert ein sektorenübergreifendes Handeln, und es führt dazu, dass die sektorenübergreifende Steuerung durch die Leistungserbringer selbst organisiert wird. Dadurch wird die Steuerung und damit das Schnittstellenmanagement als notwendig und legitim empfunden, was die Wirksamkeit wesentlich erhöht. ■

**Autor:**

**Dr. phil. Jürg Baumberger**

Im Hauweg 6

8370 Sirnach

E-Mail: [jb@juergbaumberger.ch](mailto:jb@juergbaumberger.ch)

<sup>3</sup> Der Projektbericht kann gegen eine Gebühr von 20 Franken beim Kantonsarzt Thurgau, Dr. Alfred Muggli, bezogen werden (E-Mail: [alfred.muggli@kttg.ch](mailto:alfred.muggli@kttg.ch)).

<sup>4</sup> Im Fürstentum Liechtenstein haben wir im Modell «Gesundheitsnetz Liechtenstein», das aus politischen Gründen abgebrochen wurde, einen Anschlussvertrag mit Chiropraktoren entwickelt.

# gemeinsam

**Rosenfluh Media AG**  
**Schaffhauserstrasse 13**  
**8212 Neuhausen am Rheinflall**  
**Telefon 052-675 50 50**  
**Fax 052-675 50 51**  
**E-Mail: [romed@rosenfluh.ch](mailto:romed@rosenfluh.ch)**



## Abgestufter Selbstbehalt – positiver Anreiz für den kostenbewussten Patienten

Seit der HAMA-Studie ist es bekannt: Hausarztversicherte Patienten verursachen 14 bis 20 Prozent niedrigere Kosten als konventionell Versicherte! Diese Patienten sollen für ihr Kostenbewusstsein belohnt werden.

Die Hausarztmodellstudie Aarau (HAMA) ist eine gemeinsame Studie des Vereins Hausärzte der Region Aarau, der Abteilung Medizinische Ökonomie des Universitätsospitals Zürich (Leitung Prof. Thomas D. Szucs), der Sanacare AG und der Krankenversicherer Atupri, Concordia, Helsana und Wincare.

Die Studie basiert auf Daten aus dem Jahr 2000 und weist aus, dass das hausarztversicherte und das konventionell versicherte Patientenkollektiv im Hinblick auf Alter, Geschlecht, Sozioökonomie und Morbidität übereinstimmen.

Die Studie kommt zum Schluss, dass der Kostenunterschied nicht das Resultat einer Risikoselektion im Sinne von Morbiditätsunterschieden ist.

Die Kostendifferenz ist umso bemerkenswerter, als sie in einem flächendeckenden Gatekeeping-System mit niederschweligen Teilnahmebedingungen und nur wenigen Steuerungsmechanismen erzielt wurde.

Die Studie lässt den Schluss zu, dass **Ärztenetzwerke einen wesentlichen Beitrag zur Kosteneindämmung im Gesundheitswesen leisten können.**

### **Anreize schaffen**

*Wie kann nun die Attraktivität der Hausarztversicherung mit einem positiven Anreiz gefördert werden?* Der abgestufte Selbstbehalt (tiefer Selbstbehalt für Hausarztversicherte, höherer Selbstbehalt für konventionell Versicherte) belohnt die kostenbewussten Patienten, die gewillt sind, auf das Selbstbedienungsprinzip der freien Arztwahl teilweise zu verzichten und sich einer durch ihren Hausarzt gesteuerten optimalen Behandlung zu unterziehen. Diese Kooperation soll und darf belohnt werden.

med-swiss.net gibt der Hoffnung Ausdruck, dass die eidgenössischen Räte im Rahmen der anstehenden KVG-Revision das Kostenbewusstsein hausarztversicherter Patienten gebührend anerkennen.

Dass weitere Massnahmen nötig sein werden, ist med-swiss.net voll bewusst. So wird zum Beispiel eine minimale Budgetverantwortung ein sichtbares Signal dafür sein, dass die Ärztin und der Arzt bereit sind, die eigenen Behandlungsentscheidungen zu optimieren.

Vorstand med-swiss.net



# Nachdiplomstudium «Case Management»: Zwischenbilanz und Ausblick



von Maja Nagel Dettling,  
Ausbildungs- und Organisationsberaterin  
Studienleiterin NDS Case Management WE'G/SBK

**I**m April 2004 schliessen die ersten AbsolventInnen des Nachdiplomstudiums «Case Management» am WE'G ihre Ausbildung ab. Die Studienleiterin zieht Bilanz und blickt auf den zweiten Studiengang im Herbst 2004. Neu wird ein noch stärkerer Praxisbezug und Modularisierung sein.

Das Heft «Managed Care» 7/01 war dem Schwerpunktthema «Case Management zur Verhinderung von Langzeitinvalidität» gewidmet. Darin wurde das Nachdiplomstudium «Case Management» des WE'G<sup>1</sup> und des SBK<sup>2</sup> vorgestellt. Das Studium hat im April 2002 gestartet und wird Ende April 2004 abgeschlossen sein. Die Nachfrage nach den Case-Management-Weiterbildungsangeboten am WE'G ist gross. 40 Prozent der TeilnehmerInnen stammen aus dem Versicherungsbereich, die restlichen Studierenden sind direkt im Gesundheitswesen tätig. Nachfolgend wird eine Zwischenbilanz gezogen und einen Ausblick auf den neuen Studiengang gemacht.

## Welche Erfahrungen liegen vor?

Das Nachdiplomstudium ist gemäss den üblichen Richtlinien der Nachdiplomstudiengänge der Fachhochschulen in der Schweiz konzipiert. Das heisst, dass das Studium sich aus drei Nachdiplomkursen zusammensetzt. Während es im ersten Nachdiplomkurs in erster Linie darum geht, die Case-Management-Methodik zu lernen, vermitteln die beiden weiteren Nachdiplomkurse generelle Management-Kompetenzen, um eine integrative Gesundheitsversorgung optimieren zu können. Das Nachdiplomstudium wird laufend von einer externen Stelle evaluiert und begleitet.

Heute können unter anderen folgende Tendenzen festgestellt werden:

- eindeutiger Trend hin zu modularisierten Weiterbildungsangeboten
- Wunsch nach Wahlmöglichkeiten zwischen individuellem Case Management und Systemmanagement

- Praxisbezug und Arbeit an Case-Management-Modellen aus der Schweiz ist ein zentrales Anliegen
- multidisziplinäre Zusammensetzung der Klasse ist bereichernd, aber auch herausfordernd.

## Wie weiter?

Die Bedarfsgerechtigkeit ist die zentrale Frage bei der Weiterentwicklung des Programms. Welche Funktionen werden die AbsolventInnen zukünftig ausüben und mit welchen Anwendungsgebieten werden sie konfrontiert? Um dies zu beantworten, muss die aktuelle Case-Management-Entwicklung im schweizerischen Gesundheits- und Versicherungswesen eingeschätzt werden. Unsere Abklärungen unter anderem bei den ArbeitgeberInnen haben ergeben, dass die zukünftigen Case ManagerInnen nach wie vor in folgenden drei Hauptfunktionen arbeiten, und in diesen ist ein entsprechender Kompetenzzuwachs erwünscht:

1. Arbeit im individuellen Case Management (patientenbezogen: Patientenbetreuung, Ein- und Austritt, konkrete Unterstützung)
2. Entwicklung und Weiterentwicklung sowie die Implementierung von Case-Management-Projekten und -Teilprojekten
3. Mitarbeit im Systemmanagement (Kooperation der Dienstleistungen – Versorgungsplanung, Care Management – Optimierung der Versorgung).

In der Praxis sind die Übergänge oft fließend, je nachdem, wo und in welcher Form Case Management praktiziert wird.

Die drei Hauptfunktionen lassen sich in folgende Teilfunktionen unterteilen:

- Managementbedürfnisse erfassen (Früherfassung, rechtzeitig Rechtsfragen stellen und so weiter)
- mit der Case-Management-Methode arbeiten (Versorgungspläne mit Patienten entwickeln)
- Selbsthilfe und Eigenverantwortlichkeit bei den Patienten fördern
- Prozessmanagement mit Patienten erarbeiten und sicherstellen
- PatientInnen mit komplexen chronischen Erkrankungen beraten und reintegrieren
- Integration und Kontinuität in der Gesundheitsversorgung gewährleisten
- multidisziplinäre Koordination und Kooperation fördern
- Case-Management-Projekte implementieren

Aus diesen Überlegungen heraus ergibt sich folgendes Profil für die zukünftigen modularen Case-Management-Weiterbildungsangebote:

## Spezialisiert auf die Arbeit mit komplexen Patientensituationen

Die konkrete Arbeit mit PatientInnen oder KlientInnen und deren Angehörigen wird im neuen Angebot noch stärker gewichtet. Es ist gerade bei chronischen Erkrankungen nötig, die Lebens-

führung der PatientInnen und ihre psychosozialen Bewältigungsstrategien umfassend zu betrachten und die Unterstützung aus dem Umfeld einzubeziehen. Das WE'G und der SBK verfügen über aktuelles Wissen und Erfahrung in der Case-Management-Arbeit im Gesundheits- und Versicherungsbereich. Die AbsolventInnen werden befähigt, den Behandlungsprozess ergebnisorientiert und vernünftig zu gestalten und die PatientInnen zu begleiten.

## Arbeit mit Case-Management-Modellen aus dem schweizerischen Gesundheits- und Versicherungsbereich

Die Träger des Lehrgangs verfügen über fundiertes Wissen über das schweizerische Gesundheitswesen – insbesondere über die Arbeit mit multidisziplinären Konzepten. Ergänzt wird dieses Wissen durch die Fachentwicklung in der Case-Management-Methodik (zum Beispiel in der Rehabilitation) und neu auch im Sozialversicherungsbereich, was eine optimale Voraussetzung für die Weiterbildungsangebote bedeutet.

## Praxisbezug und Transfer in die Praxis

Damit der Lerntransfer gewährleistet ist, wird noch stärker darauf geachtet, dass die AbsolventInnen das Gelernte am Arbeitsort umsetzen können. Sich mit Case-Management-Modellen in der Schweiz auseinander zu setzen ist eine wichtige Voraussetzung, um eine berufliche Identität zu erhalten.

## Arbeit mit multidisziplinär zusammengesetzter DozentInnenschaft

Case Management bedingt eine multidisziplinäre Orientierung, bei der darauf hin gearbeitet werden muss, dass die beteiligten Disziplinen gemeinsam ausgerichtet werden (vergleiche auch Artikel von Michael Ewers in diesem Heft). Deshalb hat sich bewährt, mit DozentInnen zusammenzuarbeiten, welche nebst fundiertem Wissen auch unterschiedliche Branchenkenntnisse mitbringen.

## Veranstaltungshinweis

Am 18. Mai 2004 findet in Bern anlässlich des 650-Jahre-Jubiläums des Inselspitals eine Fachtagung zum Thema «Case Management» statt. Thema ist Case Management als Methode, ihre Praxisumsetzung sowie ihr Stellenwert in der nationalen Gesundheitspolitik. ReferentInnen sind unter anderen Patricia Pesenti (Regierungsrätin Kanton Tessin), Bernhard Güntert (Universität Bielefeld), Maja Nagel Dettling (WE'G/SBK), Willi Morger (SUVA), Jürg Vontobel (Concordia Versicherungen) und Paul op't Roodt (Zürcher Höhenkliniken Wald und Davos).

<sup>1</sup> WE'G: Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe

<sup>2</sup> SBK: Schweizer Berufsverband für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

### Neue Ausbildungsangebote

Das Nachdiplomstudium wird zurzeit inhaltlich revidiert und auf eine modulare Struktur umgearbeitet. Neu können einzelne Nachdiplomkurse und auch Module belegt werden. Der zweite Ausbildungsgang beginnt im Herbst 2004. Der erste Nachdiplomkurs sieht wie folgt aus:

#### Entwicklung von Versorgungsstrategien für komplexe Patientensituationen

Modul 1: «Arbeit mit der Case-Management-Methode und Versorgungspläne mit PatientInnen entwickeln»

Modul 2: «Erfassung von Managementbedürfnissen»

Modul 3: «Kommunizieren und Beraten»

Modul 4: «Förderung von Eigenverantwortung und Selbsthilfe»

Die weiterführenden Nachdiplomkurse beinhalten generelle Management-Themen und werden

verstärkt mit den Weiterbildungen im Management-Bereich des WE'G verknüpft.

Nach wie vor werden TeilnehmerInnen mit verschiedenen Berufshintergründen aufgenommen. Wir klären ab, ob die TeilnehmerInnen die Möglichkeit haben, praktische Fallarbeit auszuüben und welche Bedürfnisse sie haben. Gemeinsam wird das individuelle Portfolio festgelegt, das zu einem Zertifikat oder zu einem Diplom führt.

In Zukunft wird das WE'G auch Module für innerbetriebliche Schulungen an Dritte anbieten.

Wir sind bestrebt, dass die neuen Weiterbildungsangebote bedarfsgerecht und praxisnah sind und dazu verhelfen, die Methode zu professionalisieren. Case Management bleibt eine auf den Einzelfall ausgerichtete Methode. Sie unterstützt eine befähigungsorientierte Betreuungsarbeit in einer hochgradig segmentierten, für die Betroffenen weit gehend unübersichtlichen Versorgungsstruktur und muss einen Mehrwert für

PatientInnen bringen – dafür brauchen wir professionelles Personal.

Die neuen Weiterbildungsausschreibungen sind ab Februar 2004 erhältlich. Für weiterführende Informationen wenden Sie sich an: Irene Zemp, WE'G Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe, Feldstrasse 133, 8004 Zürich, Telefon 01-247 78 11, E-Mail: irene.zemp@weg-edu.ch.

*Autorin:*

**Maja Nagel Dettling, Ausbildungs- und Organisationsberaterin  
Studienleiterin NDS Case Management  
WE'G/SBK  
Binzstrasse 51  
8712 Stäfa  
E-Mail: m.nagel@bluewin.ch**

## CASE MANAGEMENT

# Case Management und Multidisziplinarität

**An der ersten schweizerischen Tagung des Netzwerks Case Management am 17. September 2003 in Küsnacht/ZH referierte Michael Ewers über den Stellenwert und die Bedeutung von Multidisziplinarität im Kontext von Case Management. Im unten abgedruckten Referat zeigt Ewers auf, dass die unterschiedlichen Zugänge der Disziplinen die Chance bieten, ein komplexes Problem ganzheitlich zu erfassen.**

### Michael Ewers

**D**as Gefüge der Gesundheitsdisziplinen wandelt sich tiefgreifend. Während sich die Medizin schleichend deprofessionalisiert beziehungsweise deprofessionalisiert<sup>1</sup> wird, und eng damit verbunden ihre angestammte Vormachtstellung verliert, sind die nichtmedizinischen Gesundheitsprofessionen hohem Innovations- und Modernisierungsdruck ausgesetzt. Dieser führt in vielen Fällen dazu, dass sich neue berufliche Handlungsfelder und Rollen ausdifferenzieren. Vor diesem Hintergrund wird mit den neuen Steuerungsinstrumenten – namentlich Case Manage-

<sup>1</sup> Deprofessionalisierung der Medizin meint einerseits die zunehmende Überlagerung medizinischen Denkens, Handelns und Entscheidens durch ihr fremde Motive und Relevanzkriterien (zum Beispiel aus der Ökonomie), andererseits die voranschreitende Vernachlässigung professioneller Standards (zum Beispiel hermeneutischen Fallverstehens) im Zuge der Vernaturwissenschaftlichung der modernen Medizin.



Michael Ewers

ment – oftmals die Hoffnung verbunden, die eigene Position im Gesundheitswesen festigen oder aber Aufstiegs- und Professionalisierungschancen realisieren zu können. «Wer ist der beste Case Manager im Land» – so lautet eine viel gestellte Frage. Die eigentliche Intention die-

ses Instruments – so die hier vertretene These – wird durch solche Überlegungen indes verfehlt.

Denn Case Management zeichnet sich in erster Linie dadurch aus, dass es erlaubt, komplexe soziale oder gesundheitliche Probleme umfassend oder auch «ganzheitlich» zu betrachten. Es fördert eine integrative Perspektive auf die Versorgung, indem es unterschiedliche Akteure – Leistungsnutzer, Leistungsanbieter und Kostenträger – in einen dynamischen Kommunikations- und Interaktionsprozess einbindet. Dieser ist problemlösend und ergebnisorientiert angelegt und will die Qualität der personalen Dienstleistungen sichern und weiterentwickeln. Mit anderen Worten: Case Management ist eine diskrete Methode zur Herstellung von Patientenorientierung, Patientenpartizipation und Ergebnisorientierung in komplexen und hochgradig arbeitsteilig angelegten Sozial- und Gesundheitssystemen (Ewers/Schaeffer 2000).

### Case Management als «diskrete» Methode

Der Begriff «diskret» ist in zweifacher Hinsicht bedeutsam. Zum einen steht er dafür, dass Case Management sich in methodischer Hinsicht von anderen Steuerungsinstrumenten und Interventionsformen (zum Beispiel Beratung, Therapie) eindeutig abgrenzen lässt. Zum anderen betont er, dass sich diese Methode weitgehend unauffällig in das Handlungsrepertoire der Gesundheitsdisziplinen wie auch anderer Berufsgruppen einfügen lässt.

Voraussetzung hierfür ist, dass das methodische Proprium<sup>2</sup> von Case Management berücksichtigt wird. Gemeint ist zum einen, dass die Versorgung eines Patienten oder Klienten

**«Case Management reagiert systematisch auf die Tatsache, dass Versorgungsaufgaben selten nur von einer Disziplin allein angemessen bearbeitet werden können.»**

über – sofern möglich – die gesamte Länge des Verlaufs gesteuert wird. Es geht also darum, die zeitliche Dimension der Versorgung zu überbrücken. Zum anderen berücksichtigt Case Management die räumliche Dimension der Versorgung, indem es quer zu etablierten Strukturen und somit auch zu vorhandenen Organisations- und Disziplinengrenzen agiert. Case Management reagiert damit systematisch auf die Tatsache, dass gesundheitliche und soziale Versorgungsaufgaben selten nur von einer Disziplin allein angemessen bearbeitet und beantwortet werden können, weil sie zunehmend zu komplex und vielschichtig sind. Gefordert sind vielmehr disziplinübergreifende Strategien, das heißt solche, die von vornherein grenzüberschreitend angelegt sind und Teilperspektiven der unterschiedlichen Disziplinen integrieren.

### Disziplinübergreifende Ansätze als «Goldstandard»

Zwar gelten disziplinübergreifende Ansätze als «Goldstandard» einer modernen Gesundheitsversorgung, in der Praxis sind sie – nicht zuletzt aufgrund der eingangs skizzierten Profilierungsprozesse – indes selten anzutreffen. Im besten Fall kommt es zu einem Nebeneinander von unterschiedlichen Disziplinen und deren Perspektiven und Relevanzkriterien, ohne dass die angestrebte Multidisziplinarität<sup>3</sup> im Versorgungsprozess tatsächlich gelingen

will. Dem kann – so die hier vertretene These – mit Case Management entgegengewirkt werden. Dabei ist zunächst weitgehend unerheblich, auf welches Modell im konkreten Fall zurückgegriffen wird. Folgende Modelle disziplinübergreifender Zusammenarbeit beim Case Management sind prinzipiell vorstellbar:

(1) Wird Case Management unauffällig, das heißt im oben genannten Sinne diskret, in das Handlungsrepertoire einer Disziplin (zum Beispiel der Medizin, der Pflege, der Sozialarbeit) integriert, werden von dieser eigenverantwortlich die Leistungen erbracht und die Versorgung gesteuert. Falls nötig wird jedoch eng mit anderen Disziplinen zusammengearbeitet. Dieses Modell kann beispielsweise in der ärztlichen oder pflegerischen Primärversorgung angewendet werden. Wenn damit auch die Perspektive einer Disziplin auf das Versorgungsgeschehen dominiert, verlangen die komplexen und vielschichtigen alltäglichen Probleme immer wieder nach multidisziplinären Lösungen.

(2) Wird Case Management einer Funktionsstelle übertragen, so koordiniert und moderiert einer aus einer Gruppe von verschiedenen Leistungserbringern die Leistungen. Der Case Manager ist in diesem Fall «primus inter pares»<sup>4</sup> und ist verantwortlich dafür, dass die Versorgung des Patienten ineinander greifend und ergebnisorientiert ausgerichtet wird. Als Beispiel ist die palliative<sup>5</sup> Versorgung von Patienten mit chronisch-fortschreitenden Erkrankungen (beispielsweise Krebserkrankungen) zu nennen.

(3) Eine dritte, anspruchsvollere Variante stellt das Team-Case-Management dar. Von mehreren Personen aus unterschiedlichen Disziplinen wird gemeinschaftlich die Leistung erbracht, die Versorgung koordiniert und verantwortet. Dieses Konzept wird vornehmlich bei besonders komplexen Problemlagen (beispielsweise im Suchtbereich) angewendet.

Allerdings soll nicht unerwähnt bleiben, dass es für die beteiligten Disziplinen auch risikoreich und herausfordernd ist, in dem hier be-

<sup>2</sup> Proprium: der Wesenskern.

<sup>3</sup> Die Begriffe «Interdisziplinarität» und «Multidisziplinarität» werden in der Literatur uneinheitlich verwendet. Nicht zuletzt weil «Interdisziplinarität» im Gesundheitswesen vielfach missverständlich gebraucht wird – in der Medizin wird der Begriff bereits verwendet, wenn zwei Subdisziplinen, beispielsweise ein Chirurg und ein Internist, bei der Behandlung eines Patienten kooperieren –, wird hier dem Terminus «Multidisziplinarität» der Vorzug gegeben. Gemeint ist damit, dass Angehörige unterschiedlicher Disziplinen bei der Bewältigung eines Problems eng zusammenarbeiten, ihr Handeln ineinander greifend anlegen und auf ein gemeinsames Ziel ausrichten. Der dem Postmodernismus entlehnte Terminus «Transdisziplinarität», der für eine Auflösung traditionell festgeschriebener Rollenmodelle und Disziplinvorstellungen steht, wird hier aus professionstheoretischen Überlegungen heraus bewusst nicht verwendet.

<sup>4</sup> Primus inter pares: der Erste unter Rangleichen.

<sup>5</sup> Palliativ: die Beschwerden lindernd, aber nicht die Ursache bekämpfend.

### Erste schweizerische Tagung des Netzwerks Case Management

Am 17. September 2003 fand die erste Tagung des Netzwerks Case Management (CM) in Küsnacht/ZH statt. Neben dem Referat von Michael Ewers stand vor allem der Erfahrungsaustausch im Vordergrund. Verschiedene Organisationen und Institutionen aus dem Sozial-, Gesundheits- und Versicherungsbereich hatten sich im Herbst 2002 zum losen Netzwerk CM zusammengeschlossen. Ziel des Netzwerks ist es, Case Management in Theorie und Praxis weiterzuentwickeln und Informationen auszutauschen. Die zweite Tagung des Netzwerks CM findet am 22. September 2004 statt.

schriebenen Sinne eng zusammenzuwirken. Lediglich auf einige Risiken sei hier exkursorisch hingewiesen.

### Multidisziplinarität und die Risiken

Multidisziplinäres Vorgehen scheitert hauptsächlich an der Heterogenität von unterschiedlichen Berufsgruppen, denen es an einer verbindenden Perspektive fehlt. Die einzelnen Disziplinen treffen weitgehend zufällig und unkoordiniert aufeinander, ohne dass sie ihr Handeln und Wollen an einem gemeinsamen Ziel ausrichten. Ursächlich hierfür ist unter anderem die mangelnde Transparenz der Tätigkeitsprofile der an multidisziplinären Teams beteiligten Berufsgruppen.

«Oftmals ist unklar, was der eine vom anderen erwarten kann, wo dessen professionelle Möglichkeiten und Grenzen liegen.»

Oftmals ist unklar, was der eine vom anderen erwarten kann, wo dessen professionelle Möglichkeiten und Grenzen liegen. Sind zusätzlich die Aufgaben und die Kompetenzen zwischen den beteiligten Disziplinen unscharf abgegrenzt, ist die Zusam-

menarbeit vielfach zum Scheitern verurteilt.

Häufig gefährden Macht- und Hierarchieunterschiede die Zusammenarbeit. Hierarchische oder bürokratische Unterordnung wird insbesondere in von Ärzten oder Juristen geleiteten Teams beobachtet. Von diesen traditionellen Professionen geht ein besonderer Druck auf das Profil multidisziplinärer Teams aus. Dies gilt insbesondere, wenn sie auf ansonsten eher schwach profilierte Disziplinen – beispielsweise die Pflege oder die Sozialarbeit – treffen. Diese orientieren sich dann an den dominanten Referenzsystemen der starken Professionen, wodurch die Probleme einseitig wahrgenommen werden und alternative Sichtweisen oder Relevanzkriterien im Ergebnis unberücksichtigt bleiben.

### Multidisziplinarität und die Chancen

Gelingt es den beteiligten Disziplinen, diesen Risiken entgegenzuwirken, birgt das multidisziplinär angelegte Case Management zahlreiche Chancen. Werden unterschiedliche Perspektiven auf das Fallgeschehen zusammengeführt, erlaubt dies, komplexe Zusammenhänge zu erkennen, bedarfsgerechte Lösungen zu entwickeln, ineinander greifende Strukturen aufzubauen und vorhandene Ressourcen optimal zu nutzen. Case Management fordert und fördert auf diese Weise die Kreativität und Lernfähigkeit im Team, es verbessert die Kommunikation und die Kooperation und ermöglicht schliesslich, gemeinschaftlich angestrebte Ergebnisse zu realisieren.

### Schlussfolgerungen

Um diese Ziele erreichen zu können, ist ein multidisziplinärer Zugang intensiver als bislang bereits in den einzelnen Primärausbildungen zu erproben. Geeignet hierfür sind Konzepte des problembasierten und selbstgesteuerten Lernens in disziplinübergreifend angelegten Arbeitsgruppen. Zugleich ermöglichen diese Lehr- und Lernformen, das für Case Management zentrale Fallverstehen in multidisziplinären Arbeitsgruppen einzuüben. Ferner ist vonnöten, dass

insbesondere «schwache» Professionen, wie die Pflege und die Sozialarbeit, in multidisziplinären Teamstrukturen ihr Profil kontinuierlich schärfen und ihre Rollen klären. Dies

«In multidisziplinären Teamstrukturen müssen insbesondere «schwache» Professionen ihr Profil kontinuierlich schärfen.»

ist eine Aufgabe, die nicht zuletzt ein erhöhtes Mass an Selbstreflexion erfordert. Um schliesslich unterschiedliche Perspektiven und Relevanzsysteme gleichwertig anwenden zu können, muss gleichrangig und partnerschaftlich zusammengearbeitet werden. Als hilfreich erscheint dabei ein einheitliches theoretisches und methodisches Referenzsystem als Orientierungsrahmen wie auch, dass auf gemeinschaftlich angestrebte Ergebnisse («Was soll erreicht werden?») fokussiert wird.

Bleibt festzuhalten, dass der eingangs erwähnte Wandel im Gefüge der Gesundheitsdisziplinen durchaus als Chance begriffen werden kann, um neue Formen gleichberechtigter und gleichrangiger Zusammenarbeit in multidisziplinären Teams einzuüben. Hierfür bedarf es freilich experimenteller Freiräume und einer neuen Kultur der Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. ■

Autor:

**Prof. Dr. Michael Ewers MPH**  
 Fachhochschule München – FB 11  
 Am Stadtpark 20  
 D-81243 München  
 E-Mail: m.ewers@fhm.edu

### Literaturangaben:

Ewers M, Schaeffer D (Hrsg.) (2000): Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Huber

# Von Zügen und von Spitälern

von Georges Ackermann,  
Mitglied des Redaktionellen Beirats der Zeitschrift «Managed Care»



Georges Ackermann

«Meine Damen und Herren, das Zugteam begrüsst Sie im Intercity von Bern nach Zürich. Ich möchte Sie darüber informieren, dass es aufgrund finanzstrategischer Vorgaben der Direktion zu folgenden Änderungen kommt: Dieser Zug wird nicht wie vorgesehen um 17 Uhr in Zürich eintreffen, sondern erst um etwa 21 Uhr. Während der Fahrt wird Ihre Fahrkarte achtmal kontrolliert, von acht unterschiedlichen Zugbegleitern. Für Fragen, die den Zugverkehr betreffen, wenden Sie sich bitte an die telefonische Hotline der SBB; die neuerdings eingesetzten Zugbegleiter sind dafür nicht ausgebildet. Die Stelle, die für die Reklamationen zuständig war, wurde vor einigen Tagen aus Kostengründen aufgehoben. Wie Sie verstehen werden, können wir Ihnen aufgrund der eben geschilderten Situation natürlich auch nicht garantieren, dass Sie je in Zürich ankommen werden. Übrigens: Dies ist die einzige Verbindung von Bern nach Zürich, alle anderen Züge wurden gestrichen. Wir bitten Sie um Verständnis und wünschen Ihnen trotzdem eine angenehme Reise.»

Nehmen wir an, Sie sitzen im Zug: Bleiben Sie sitzen oder versuchen Sie, den Zug so schnell wie möglich zu verlassen? – Jeder normal funktionierende Mensch würde den Zug doch wohl verlassen, wenn er dazu in der Lage wäre. Und wenn nicht ...?

Nehmen wir nun an, Sie steigen nicht in einen Zug ein, sondern treten via Notfallstation um 6 Uhr morgens ins Spital ein. Die Folgen der finanzpolitischen Vorgaben des Kantons sind Ihnen bis jetzt nicht bekannt. Dies wird sich nun ändern: Sie werden von acht Ärzten hintereinander und unabhängig voneinander untersucht. Zwischen jeder Untersuchung warten Sie eine volle Stunde. Jedesmal, wenn Sie Fragen stellen, ist man/frau nicht zuständig. Die vermeintliche diplomierte Pflegefachfrau erweist sich als Fachangestellte Gesundheit; sie hat weder die Kompetenz noch die Verantwortung, Patienten zu informieren ... Ebenso wie in der Zuggeschichte wissen Sie auch hier nicht, ob es überhaupt weitergeht und falls ja, wie und wo. Doch während Sie im Zug per Lautsprecher über diesen Umstand informiert wurden, fehlt im Spital auch diese Information. Für Reklamationen fühlt sich niemand zuständig.

Wenn Sie das alles vorher gewusst hätten, wären Sie trotzdem in dieses Spital eingetreten? Wenn nicht, wohin wären Sie dann gegangen? Hätten Sie die Wahl gehabt? – Vergessen Sie nicht, Sie sind als Notfall eingetreten ...

Die Finanzpolitik im Gesundheitswesen richtet sich nach rein monetären Indikatoren. Die Folgen für den einzelnen Patienten – zu lange Wartezeiten, unnötig verlängertes

Leiden, wiederholte unnötige Untersuchungen (unnötige Leistungen) aufgrund uralter Strukturen und damit unzeitgemässer Prozesse – werden kaum erwähnt. Die Performance der Spitäler und anderer Gesundheitsinstitutionen wird nicht öffentlich diskutiert. Ist das richtig? Ich meine Nein. Es kann doch nicht sein, dass öffentlich finanzierte Institutionen, die eine grosse Autonomie besitzen, keine Rechenschaft über ihre Performance ablegen müssen! Wie will die Gesellschaft beurteilen, ob ihr auch tatsächlich das versprochene Preis-Leistungs-Verhältnis geboten wird?

Um die Folgen der Gesundheitspolitik für alle transparent zu machen, braucht es eine flächendeckende, öffentlich zugängliche Datenbank (wie sie in anderen Ländern [USA, England, Belgien usw.] bereits besteht), in der die Performance-Indikatoren aller Gesundheitsinstitutionen abgebildet sind. Dies zwingt die Institutionen dazu, ihre Strukturen und Prozesse zu überdenken und wenn nötig zu optimieren, und ermöglicht es dem Kunden, den richtigen Zug zu nehmen.

Übrigens: Die beschriebene Geschichte (Spitalteil) beruht auf eigenen Erfahrungen. Um 14.30 Uhr wurde dann operiert. Erst der letzte der untersuchenden Ärzte (Operateur) informierte über die Diagnose (die alles andere als komplex war!).

Georges Ackermann  
Leiter Pflege, Leistungseinkauf  
Managed Care  
Helsana Versicherungen AG  
Mitglied des Redaktionellen Beirats  
der Zeitschrift «Managed Care»

## Vier Berufsgruppen und eine Patientin

**Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Pflege (Spitex und Spitin), Ergo- und Physiotherapie war Thema an der Irchel-Tagung 2003. Koordinieren und sich abgrenzen, optimal zusammenarbeiten und sich dabei teilweise konkurrenzieren sind komplexe Anforderungen, welche an die vier Berufsgruppen gestellt werden. Bei all dem soll der Patient im Mittelpunkt stehen.**

Die «Irchel-Tagung» der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP) an der Universität Zürich vom 14. Oktober 2003 stand unter dem Titel «Vier Berufsgruppen – ein/e Patient/in; Spitin- und Spitex-Pflege, Physiotherapie und Ergotherapie zwischen Zusammenarbeit, Aufgabenteilung und Konkurrenz». Sie versuchte eine Übersicht zu geben über die Probleme, Grenzen und Chancen der fächerübergreifenden Zusammenarbeit.

«Der Patient steht im Zentrum, und dort stört er.» Mit diesem kernigen Bonmot lancierte Gesprächsleiterin Elsbeth Wandeler, Leiterin Abteilung Berufspolitik SBK Schweiz, die Diskussion im Workshop «Aufgabenteilung in der Praxis». Der heute oft gut informierte Patient «stört» unter anderem, weil er weiss, was er will, weil er das Angebot kennt, Vorschläge auch hinterfragt – und nicht zuletzt, weil er erwartet, dass die verschiedenen Leistungserbringer zu seinem Wohl zusammenarbeiten. Im Workshop berichteten ProtagonistInnen der vier Berufsgruppen von ihren alltäglichen Erfahrungen mit interdisziplinärer Zusammenarbeit.

### Spitex ist eine Branche

Der diplomierte Krankenpfleger Jan H. Kerssies ist in der gemeindepsychiatrischen Pflege der Spitex Köniz-



TeilnehmerInnen des Workshops «Aufgabenteilung in der Praxis». Von links nach rechts: Rebekka Wechner (Ergotherapeutin), Margrit Vogt-König (Lymphdrainage-Therapeutin und Pflegefachfrau), Annemarie Leuenberger (Pflegefachfrau), Elsbeth Wandeler (Workshop-Leiterin), Sandra Signer Thöne (Physiotherapeutin) und Jan H. Kerssies (Psychiatriepfleger Spitex).

Oberbalm beschäftigt. Für Kerssies sind die bereits bestehenden Spitex-Strukturen hervorragend geeignet für interdisziplinäre Kollaborationen: «Wir arbeiten mit PhysiotherapeutIn-

**«Der Patient muss also, wie die einzelnen Berufsgruppen auch, seine Rolle definieren.»**

nen und auch regelmässig mit einer freiberuflichen Ergotherapeutin zusammen. Letztere wird bei Bedarf von unserem Team kontaktiert und anschliessend in die Besprechungen der konkreten Fälle mit einbezogen. Manchmal rufe ich auch erst den Arzt an – für die Ergotherapie braucht es ja eine ärztliche Verordnung.»

Den speziellen Status der Spitex betonte in der Abschlussdiskussion auch die Präsidentin des Spitex-Ver-

bands Schweiz, Stéphanie Mörkifer-Zwez. Die Spitex sei prädestiniert für Koordinationsaufgaben, denn sie sei nicht eine Berufsgruppe, sondern eher eine Branche, sie vereinige Personal mit den verschiedensten Ausbildungen und funktioniere ähnlich wie ein Spital. Dabei gehöre die interdisziplinäre Zusammenarbeit, etwa zwischen Hauswirtschaft und Pflege, ganz selbstverständlich zum beruflichen Alltag.

### Der aktiv lernende Patient

«Wie stellen fünf Berufsgruppen eine Anamnese, ohne sich in die Quere zu kommen?» Diese Frage bildete den Ausgangspunkt für die Organisation der interdisziplinären Zusammenarbeit in einer kleinen Rehabilitationsabteilung am Bürgerspital Solothurn, welche die Physiotherapeutin Sandra Signer Thöne vorstellte. In einem Prozess über mehrere Jahre hinweg definierten ÄrztInnen, Pflegenden, Ergo- und PhysiotherapeutIn-

nen und LogopädInnen Schritte des Anamneseablaufs, einigten sich auf eine gemeinsame Sprache und gemeinsame Ziele, sie diskutierten und definierten Schnittstellen, eliminierten Doppelspurigkeiten und formulierten eine gemeinsame Hausphilosophie. Neben optimierten Behandlungsketten und mehr Effizienz geht es im Modell aber auch darum, was die im Zentrum stehende Person tun kann. Signer Thöne: «Zentral an diesem Konzept

## «Zusammenarbeit und Abgrenzung sind zwei Seiten derselben Medaille.»

ist der aktiv lernende Patient. Er hat einen festen Platz im Behandlungsteam, mit seinen Visionen und Zielen für den Aufenthalt, oder konkreter mit Etappenzielen, die er formuliert, wobei er von uns unterstützt wird.» Der Patient muss also, wie die einzelnen Berufsgruppen auch, seine Rolle definieren. Es zeige sich, dass gerade diese Definitionsarbeit nicht ganz einfach ist, so Signer Thöne, wohl auch, weil es für die PatientInnen neu sei, eine aktive Rolle zu spielen.

Ganz wichtig in diesem Netzwerk ist auch eine gemeinsame Sprache: «Wir versuchen uns an der ICF<sup>1</sup> zu orientieren, damit wir uns intern verstehen, und übersetzen für den Patienten.» Die gemeinsamen Ziele seien nicht immer einfach so zu formulieren, dass sie für den Patienten einsichtig – oder in zwei Wochen erreichbar – seien. «Da lernen wir tagtäglich dazu», so Signer Thöne. Wichtig sei, dass das interdisziplinäre Modell kein übergeordnetes Therapiekonzept beinhalte, die einzelnen Teammitglieder seien selbstständig bei ihrer Umsetzung der Ziele in Therapie und Pflege.

1 ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health. Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dient als länder- und fachübergreifende einheitliche Sprache, welche den funktionalen Gesundheitszustand, die Behinderung, die soziale Beeinträchtigung und die relevanten Umgebungsfaktoren einer Person beschreibt.

2 Unterarmbruch

## Kompetenzvermischung bei Lymphdrainagen

Die Gesundheitsschwester Annemarie Leuenberger arbeitet zusammen mit drei PhysiotherapeutInnen und einem Arzt in einer Praxis für physikalische Medizin und Rehabilitation in Biel: «Ich mache dort vor allem manuelle Lymphdrainagen, dazu Verbandswechsel und weitere typische Pflegearbeiten, ferner organisiere ich das Team und koordiniere das Patientengut.» Im Normalfall ist die Lymphdrainage eine Domäne der Physiotherapie, im konkreten Fall gibt es allerdings kein Kompetenzgerangel, im Gegenteil: «Die PhysiotherapeutInnen sind froh, dass ich die Ausbildung und das Know-how habe, um die Drainagen zu machen, weil sie dadurch mehr Zeit und Freiraum für ihre aktiven Therapien haben. Und ich bin froh, dass ich sie machen darf.» Leuenberger betont die sehr enge Zusammenarbeit, die interdisziplinären Absprachen zwischen ihr als Pfleger, Arzt und PhysiotherapeutInnen, wobei auch der Patient einbezogen wird. Abgerechnet wird ebenfalls einfach: «Abrechnen kann ich die Lymphdrainagen über die Konkordatsnummer des Arztes, und zwar nach den Physiotherapietarifen.»

Auch für Margrit Vogt-König gehört die Lymphdrainage zum beruflichen Alltag: Sie leitet die Schule für manuelle Lymphdrainage in Bern und hält dort unter anderem Weiterbildungskurse ab: «Da sind jeweils Physio- und ErgotherapeutInnen, Masseurinnen und Pflegenden vertreten – dabei gibt es kaum Probleme mit den verschiedenen Berufsgruppen, wir arbeiten gut zusammen und haben stets das Wohl des Patienten im Auge.»

## In Abgrenzungsfragen aktiv werden!

Zusammenarbeit und Abgrenzung sind zwei Seiten derselben Medaille: An der Irchel-Tagung wurde von verschiedenen ReferentInnen postuliert, dass die Profile der einzelnen Berufsgruppen mit ihren jeweiligen Spezialitäten klarer herausgearbeitet werden sollten, um sinnvolle Kollaborationen zu erreichen. Abgrenzung also, um Doppelspurigkeiten zu vermeiden. Die Ergotherapeutin Rebekka Wechner aus Arth wies anhand von vier Thesen auf einige der

zentralen Probleme der Abgrenzung innerhalb der Berufsgruppen hin:

### 1. Die Abgrenzung in der ambulanten Arbeit wird nicht von den Gesundheitsberufen, sondern vom Arzt und vom Kostenträger bestimmt.

Mit seiner Verordnung bestimmt also der Arzt, an welche Berufsgruppe er einen Patienten – etwa mit einer Radiusfraktur<sup>2</sup> – überweist. Seine Entscheidung wird beeinflusst von seiner persönlichen Erfahrung, dem Wissen um das Können der jeweiligen Berufsgruppe, und natürlich von der Qualität und dem Service der Therapiestelle. Dies führt unter den TherapeutInnen zu Konkurrenzsituationen, welche durchaus Ansporn sein können, aber auch die Zusammenarbeit behindern. Wechner: «Wenn ich bei einem Patienten das Gefühl habe, es wäre sinnvoll, wenn er zusätzlich noch eine Physiotherapie verordnet kriegen würde, überlege ich mir zweimal, ob ich das tun soll, weil sich der Arzt sonst vielleicht

## «Von fundamentaler Bedeutung ist eine gemeinsame Sprache und Terminologie.»

denkt, dass er einen solchen Fall nächstes Mal gleich der Konkurrenz überweisen könnte.» Ausserdem handeln die Krankenkassen die Tarifstruktur mit jeder Berufsgruppe separat aus: «Wir haben erlebt, dass ein Kostenträger meinte, Physio- sei billiger als Ergotherapie. Was die spezifischen Qualitäten und Kompetenzen der Ergotherapie, beispielsweise im Bereich Handtherapie, betraf, hatte er keine Ahnung.»

### 2. Die Abgrenzung in der ambulanten Praxis funktioniert nur über persönliche Beziehungen.

Anders als im stationären Bereich, wo Konzepte und Rapporte existieren, wo Schnittstellen und Abgrenzungen diskutiert und vereinbart werden und anhand der ICF jeder Berufsgruppe ihr eigener Bereich zugeordnet wird, gibt es im ambulanten Bereich oft nicht einmal eine gemeinsame Sprache. «Wenn wir ErgotherapeutInnen von «Aktivitäten des täglichen Lebens» reden, dann mei-

nen wir damit etwas anderes als die Pflegenden», so Wechner.

Die Gefahr bestehe, dass die Berufsgruppen wegen fehlenden Austauschs und ökonomischer Konkurrenz in gegenseitigen Klischeebildern verharren und es deshalb nicht zur Zusammenarbeit kommt. Diese gelingt in Einzelfällen aber gut, normalerweise da, wo eine gemeinsame Sprache gefunden wird, wo auf der Basis von Sympathie und persönlichen Beziehungen eine gute Arbeitsbeziehung entstehen kann.

### **3. Die Abgrenzung bei komplexen Problemstellungen ist «wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich» (wie das KVG vorgibt) und muss daher für alle Berufsgruppen verrechenbar sein.**

Die Handlungsfähigkeit von PatientInnen erfassen und schrittweise erweitern – aus dieser Kernkompetenz der Ergotherapie leiten sich unmittelbar Schnittstellen zu vielen Berufsgruppen ab: zur Physio- und

«Die Netzwerke gilt es als Raum zu definieren, innerhalb dessen unsere Zusammenarbeit selbstverständlich verrechnet werden kann.»

Psychotherapie, zu Pflegefachleuten, Logopäden, Neuropsychologinnen, Berufsabklärern und Betreuerinnen. Der Ergotherapie-Tarifvertrag, der es erlaubt, die Abgrenzungs- und Auftragsklärungsarbeiten abzurechnen, sei den Kostenträgern ein Dorn im Auge, berichtete Wechner von ihren Erfahrungen: «Doch diese Abklärungen interdisziplinärer Zusammenarbeit sind ein Muss, eine optimierte Behandlung ohne Leerläufe senkt schliesslich die Kosten!»

### **4. Die Netzwerkdiskussion ist ein guter Anlass, Abgrenzungsfragen unter den Berufsgruppen zu besprechen.**

Im Zusammenhang mit der neuen KVG-Revision ist viel von «Netzwerken» die Rede, aber es ist noch überhaupt nicht klar, was genau damit gemeint ist. Dies sieht Wechner als Chance: «Die an dieser Tagung

vertretenen Berufsgruppen müssen sich austauschen, wir sollten unter uns klären, wo wir Schnittstellen, wo wir Abgrenzungsfragen sehen – die Netzwerke gilt es als Raum zu definieren, innerhalb dessen unsere Zusammenarbeit selbstverständlich verrechnet werden kann.»

### **Schlussfolgerungen**

In der anschliessenden Diskussion mit dem Publikum kristallisierten sich die wichtigsten Aspekte einer Zusammenarbeit der Berufsgruppen deutlicher heraus:

- Es gibt bestehende «Netzwerke» oder zumindest netzwerkartige interdisziplinäre Kollaborationen, vor allem im stationären Bereich, die sehr gut funktionieren.
- Die Diskussion über Abgrenzungen ist wichtig und dient auch der klareren Positionierung der einzelnen Berufsgruppen: Wer ist wofür zuständig?
- Von fundamentaler Bedeutung ist eine gemeinsame Sprache und Terminologie.
- Während die Zusammenarbeit in konkreten interdisziplinären Teams oft gut ist, wird von vielen Berufsleuten ein engeres Zusammengehen der entsprechenden Berufsverbände vermisst. Nicht zuletzt im Hinblick auf die 2. KVG-Revision wären solche strategischen Bündnisse auf Verbandsebene sinnvoll, um bei der Ausgestaltung der Netzwerke mitreden zu können.
- Der Aufwand, der sich aus Absprachen der verschiedenen an einer interdisziplinären Zusammenarbeit

Beteiligten ergibt, ist ein administrativer Zusatzaufwand, der abgegolten werden muss. Er wirkt sich letztlich eher kostensenkend aus, indem Behandlungen optimiert und Leerläufe vermieden werden.

Wer im Gesundheitswesen arbeitet, wird in Zukunft wohl noch verstärkt Ansprüchen genügen müssen, die nur schwer unter einen Hut zu bringen sind: Hier die Forderung einer optimalen Behandlung des Patienten

«Hier die Forderung einer optimalen Behandlung des Patienten im interdisziplinären Team, dort der Spardruck, der nach immer mehr Effizienz mit weniger Mitteln verlangt.»

im interdisziplinären Team, dort der Spardruck, der nach immer mehr Effizienz mit weniger Mitteln verlangt. Vielleicht dachte Workshop-Leiterin Wandeler auch daran, als sie dem eingangs erwähnten Zitat noch ein abgewandeltes beifügte: «Der Patient steht im Zentrum, und dort kostet er.» ■

### **Bericht:**

JÜRGEN ODERMATT  
JOURNALIST  
HERRENACKER 19  
8200 SCHAFFHAUSEN  
E-MAIL: ODI@GMX.CH

### **VERANSTALTUNGSHINWEIS**

Die nächste Irchel-Tagung der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP) findet am 8. März 2004 in Zürich statt. Sie widmet sich dem Thema «Wie pflegen wir in Zukunft die Betagten? – Sozial- und gesundheitspolitische Herausforderungen für die Zukunft». Weiterführende Informationen unter: [www.sggp.ch](http://www.sggp.ch)

# Stimmen zu Entwicklungen im Gesundheitswesen

## Mitsprache wirkungslos

Dass Patienten bei medizinischen Entscheidungen mitreden, ist zwar aus ethischer Sicht wünschenswert; doch ob sich dadurch auch die Behandlungsergebnisse verbessern, ist fraglich. Zu diesem Schluss gelangt Robert E. Ferner in einem Editorial im «British Medical Journal». Laut einer Cochrane-Studie verbessern Entscheidungshilfen, zum Beispiel Merkblätter, welche die Behandlungsoptionen für spezifische Krankheiten erklären, zwar den Informationsstand der Patienten und die Patientenzufriedenheit, aber nur selten – wenn überhaupt – die physischen Behandlungsergebnisse. Ferner erklärt sich dies unter anderem damit, dass Patienten auch dann, wenn sie umfassend informiert wurden und sich zusammen mit dem Arzt für eine Behandlung entschieden haben, nicht unbedingt in der Lage sind, den vereinbarten Therapieplan auch einzuhalten. Dass Patienten ihrem Arzt ihr Versagen gerne verheimlichen, findet Ferner menschlich. Und er hält es für möglich, dass Patienten dem Arzt ihre Noncompliance noch eher verschweigen, wenn die Therapieentscheidung auf gemeinsamer Entscheidungsfindung beruht. (rs)

*Robert E. Ferner: Is concordance the primrose path to health? Editorial. BMJ 2003; 327: 821-822 (11. Oktober). Internet: www.bmj.com; Hinweis: Die Ausgabe des «British Medical Journal» vom 11. Oktober enthält noch zahlreiche weitere Beiträge zum Thema «Patientenmitsprache bei medizinischen Entscheidungen».*

## Mehr Macht den Versicherten?

Trotz explodierenden Krankenkassenprämien hätten sich die Versicherten in der Schweiz bisher noch kaum Gehör verschafft, meint Laurent Aubert in «24 heures». Zwar gebe es in der Schweiz insgesamt 15 verschiedene Organisationen, die sich bemühten, die Versicherten und Patienten zu beraten und sich für sie einzusetzen. Doch obwohl diese Organisationen zusammen mehr Mitglieder hätten als der Schweizerische Mieterverband, seien sie weit davon entfernt, eine vergleichbare Lobby zu

bilden. Dass jetzt der Dachverband der schweizerischen Patientenstellen und der Verein «Gesundheit muss bezahlbar bleiben» angekündigt haben, enger zusammenzuarbeiten und in Fribourg eine gemeinsame Beratungsstelle für die Romandie zu eröffnen, wertet der Autor als «Wendepunkt». Auch die beiden anderen grossen Organisationen – die SPO (Schweizerische Patientenorganisation) und die Assuas (Association suisse des assurés) – hätten in den letzten Jahren einen Zuwachs an Mitgliedern verzeichnet. Und im Unterschied zu den bisherigen machten sich die neuen Mitglieder nicht mehr primär für das «Patient Empowerment» stark, sondern für sie stünden finanzielle Fragen im Vordergrund, was dazu führen dürfte, dass die Organisationen vermehrt politisch aktiv würden. (rs)

*Laurent Aubert: Le réveil des assurés se profilerait-il enfin? 24 heures, 15. November 2003.*

## Invalidität oder Krankheit?

Als «Vorpreschen» und möglichen «Kniefall vor den Exponenten der SVP» bezeichnet Daniel Benz im «Beobachter» die Tatsache, dass die IV-Stellen-Konferenz (IVSK) in einem Arbeitspapier einen Katalog von Krankheiten (z. B. bestimmte Depressionen, Fettleibigkeit und bestimmte Schmerzkrankheiten) erstellt hat, die «bezüglich ihres Invalidisierungsgrades kritischer zu hinterfragen» seien. Der IVSK-Präsident verteidige das Vorgehen damit, dass es wichtig sei, «die Invalidität deutlicher vom Krankheitsbegriff abzugrenzen». (rs)

*Daniel Benz: IV-Sanierung. Herumdoktern an Begriffen. Beobachter 23/03.*

## Kehrtwende blieb unbemerkt

6914.45 Franken statt, wie 1998, 1761 Franken für exakt dieselbe dreitägige Behandlung im Universitätsspital Lausanne – «Ein happiger Aufschlag», habe eine Mutter im Juni 2003 empört festgestellt, als sie den Auszug der Krankenkassenabrechnung für ihre Tochter überflogen habe. Nach ihrer Intervention habe das Spital die Rechnung korrigiert

und erklärt, es handle sich um einen Codierfehler. Die Mutter, neugierig geworden, habe dann erfahren, dass im Universitätsspital Lausanne als erstem Spital in der Schweiz seit 2002 nicht mehr die Aufenthaltsdauer im Spital, sondern die Diagnose über den Rechnungsbetrag entscheide. Diese Geschichte rapportiert Georges-Marie Bécherraz in «24 heures». Und er fügt an: Das Spital habe das neue Abrechnungssystem (APDRG) eingeführt, ohne Aufhebens davon zu machen («sans tambour ni trompette»); aber es habe damit eine entscheidende Kehrtwende in der schweizerischen Spitalpolitik vollzogen. Das einzige praktische Problem, welches das neue System mit sich bringe, sei das Problem des Datenschutzes: Der Krankenversicherer erfahre, welche Behandlungen durchgeführt worden seien. Allerdings habe der Versicherer auch bisher – mittels einer Analyse von Medikamentenverordnungen – feststellen können, unter welcher Krankheit der Patient leide. (rs)

*Georges-Marie Bécherraz: Les nouveaux tarifs du CHUV ne font plus de cadeaux. 24 heures, 14. November 2003.*

## «mipp» weiterhin hilfreich

Der Kanton Aargau will das Prozesskostenmanagement nach dem Modell »mipp« bis im Jahr 2005 (...) möglichst flächendeckend einführen. Dies gab Regierungsrat Ernst Hasler am dritten «mipp»-Symposium vom 17. Oktober 2003 bekannt. Da das Modell eine saubere Prozesskostenrechnung ermögliche, garantiere es «objektive Diskussionen um Einsparungen». Auch nach der geplanten Einführung des DRG-Modells in der Schweiz werde »mipp« als «effizientes betriebswirtschaftliches und medizinisches Controlling-Instrument» weiterhin gute Dienste leisten, denn gemäss den Erfahrungen in Deutschland benötigten die Spitäler auch im DRG-System Controlling-Instrumente, um «die überall geforderte Ergebnisqualität» nachhaltig zu sichern. (rs)

*Quelle: Pressecommuniqué des Kantonsspitals Aarau vom 22. Oktober 2003.*

# Gesundheitsbiographien

«**E**rst in langlebigen Gesellschaften – mit einem steigenden Anteil älterer beziehungsweise hochaltriger Menschen – wird deutlich, wie stark Gesundheit (und Krankheitsverläufe), aber auch gesundheitliches Erleben und gesundheitliche Lebensinterpretationen biographisch geprägt sind.» Diese Aussage von François Höpflinger stammt aus dem Buch «Gesundheitsbiographien. Variationen und Hintergründe», welches Höpflinger zusammen mit Pasqualina Perrig-Chiello herausgegeben hat. Versteht man, wie komplex biologische, psychologische, sozio-kulturelle, ökonomische und ökologische Faktoren zusammen auf die Gesundheitsbiographien wirken, dann kann auch präventiv gezielt interveniert werden. Auf diesem Gedanken aufbauend haben Perrig-Chiello und Höpflinger verschiedene Artikel zusammengetragen. Es werden intra- und interindividuelle Aspekte der Gesundheitsbiographien betrachtet: Dazu gehören eine aktuelle Übersicht zum Geschlechtervergleich bezüglich Gesundheit, Untersuchungen zur Gesundheit im mittleren und höheren Lebensalter und ein Beitrag zur Entwicklung der behinderungsfreien Lebenserwartung. Einen breiten Platz nehmen Beiträge zu den familiären und intergenerationellen Aspekten ein: Beispielsweise wird aufgezeigt, wie sich das Erleben von Krankheit und Tod im mittleren Erwachsenenalter auswirkt. Mit sozio- und interkulturellen Aspekten von Gesundheitsverständnis beschäftigen sich zwei Artikel: Der eine befasst sich mit den Unterschieden und Gemeinsamkeiten von Gesundheitskonzepten in der Deutsch- und der Westschweiz. Der andere widmet sich den Vorstellungen zu Krankheit und Gesundheit in afrikanischen Kulturen. Das Buch

schliesst mit Beiträgen, die aufzeigen, wie die Erkenntnisse aus der Gesundheitsforschung in die Gesundheitsförderung und Prävention einfließen (sollten). Drei Beiträge sollen hier kurz beleuchtet werden:

Barbara Steck erforscht in ihrem Beitrag «Kinder kranker Eltern» familiäre Aspekte von Gesundheit. Sie untersuchte 52 Familien mit 87 Kindern, bei denen ein Elternteil an Multipler Sklerose erkrankt ist. Bei den Kindern zeigt sich, dass Mädchen auf allen Alterstufen die Krankheit besser verarbeiten als Jungen, egal, ob der Vater oder die Mutter erkrankt ist. Für Kinder ist es zentral, wie der gesunde Elternteil die Krankheit des Partners verarbeitet. Unverarbeitete Trauerprozesse bei den Eltern werden emotional von den Kindern übernommen, auch wenn nicht darüber gesprochen wird. Dies kann bei den Kindern zu depressiven Entwicklungen führen. Die Kinder nehmen gegenüber den Geschwistern oder Eltern auch Partner- oder Elternrollen ein. Dies beeinträchtigt sie in der eigenen Entwicklung. Sie werden frühreif, sind aber emotional abhängig. Abhängigkeitskonflikte, Loyalitäts- und Schuldgefühle behindern die Ablösung vom Elternhaus. Offenbar sind die Aussagen auch für andere chronische Krankheiten gültig. Kinder mit einem kranken Elternteil sind erheblich belastet und müssen als gesundheitliche Risikogruppe betrachtet werden.

Wolfgang Settertobulte legt in seinem Artikel dar, dass Gesundheit «ein Produkt der sozialen bzw. gesellschaftlichen Umstände, angefangen vom informellen Netzwerk auf privater Ebene, über kommunaler Gegebenheiten und Ressourcen bis hin zu makrosozialen Strukturen auf der Ebene der Gesamtgesellschaft»

ist. Krankheitshäufigkeiten als auch -formen ändern sich über Generationen hinweg, weil die prägende Phase (zwischen 16 und 25 Jahren) den Generationen jeweils unterschiedliche äussere Bedingungen bietet. So haben die Nachkriegsgenerationen heute verstärkt mit Herz-Kreislaufproblemen zu kämpfen, weil sie von der «Fresswelle» der Fünfziger- und Sechzigerjahre geprägt wurden. Bei den heutigen Jugendlichen fällt auf, dass sie häufig von chronischen Krankheiten wie Allergien, Neurodermitis und Asthma betroffen sind.

Elsbeth Kalbermatter befasst sich in ihrem Beitrag mit der Wohlbefindensförderung in der dritten Lebensphase. Sie geht vom Paradoxon aus, dass sich ältere Menschen trotz vermehrter objektiver gesundheitlicher Einschränkungen wohl fühlen, die beeinträchtigte Gesundheit wirkt sich nicht auf das psychische Wohlbefinden aus. Das gesundheitliche Wohlbefinden im Alter hängt demzufolge von aktiven psychischen Anpassungsprozessen ab. Deshalb sollte Prävention im Alter darauf ausgerichtet sein, die älteren Menschen in schwierigen Anpassungsprozessen zu unterstützen. «Körperliche Erkrankungen sind für ältere Menschen oft ein kritisches Lebensereignis, welches ihre Anpassungsfähigkeit vorübergehend überfordert und das psychische Wohlbefinden stört.» Psychotherapie kann bei älteren Menschen helfen zu «ertragen, was sie ertragen müssen», und sie ist oft erfolgreicher als bei Jüngeren. Denn die älteren Menschen verfügen aufgrund ihres langen Lebens, das sie gemeistert haben, über ein grosses Repertoire an Coping-Instrumenten, die hervorgerufen werden können. (bc)

*Pasqualina Perrig-Chiello, François Höpflinger (Hrsg.): Gesundheitsbiographien. Variationen und Hintergründe. 2003. Verlag Hans Huber, Bern. ISBN 3-456-83955-3. 39.80 Franken.*

Datum, Ort	Veranstaltung	Kontaktadresse
29.–30. Januar, Lugano	Nationale Gesundheitsförderungs-Konferenz	Organizers (Schweiz) GmbH, Martina Züst, Marktgasse 10b, 4310 Rheinfelden. Tel. 061-836 98 76. Fax 061-836 98 77. E-Mail: congress@organizers.ch; Internet: www.gesundheitsfoerderung.ch
4.–6. Februar, Atlanta (USA)	2 <sup>nd</sup> Annual International Summit on Achieving Workforce Excellence	Institut for Healthcare Improvement, IHI Registration, 375 Longwood Avenue, 4 <sup>th</sup> floor, Boston MA 02215. Fax 617-754 48 30. Internet: www.ihl.org/conferences
3.–5. März, Hamburg (D)	3. Hamburger Forum Qualität im Gesundheitswesen	Quant Forum GmbH, Wendenstrasse 309, D-20537 Hamburg. Tel. 040-25 40 78 40. Fax 040-25 40 78 48. E-Mail: forum2004@quant-forum.de; Internet: www.quant-forum.de
4. März, St. Gallen	Krank oder faul? Schmerzranke zwischen Medizin und Moral	Caritas-Fachstelle Gesundheit und Integration, Klosterhof 6e, 9000 St. Gallen. Tel. 071-227 34 47. Fax 071-227 34 69. E-Mail: wbrunner@sg.caritas.ch
4. März, Aarau	Critical Pathways – Interdisziplinäre Versorgungsplanung	WE'G Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe, Mühlemattstrasse 42, Postfach, 5001 Aarau. Tel. 062-837 58 58. Fax 062-837 58 60. E-Mail: info@weg-edu.ch; Internet: www.weg-edu.ch
4. März, Bern	Healthcare Day (Telematiktage): Gesundheitsnetze	MKR Consulting AG, Steinerstrasse 37, 3000 Bern 16. Tel. 031-350 40 55. E-Mail: franziska.goldinger@mkr.ch; Internet: www.telematiktage.ch
4.–6. März, Winterthur	Evidence Based Medicine	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG), Technopark, Jägerstrasse 2, Postfach 805, 8401 Winterthur. Tel. 052-267 78 97. Fax 052-268 78 97. E-Mail: wig@zhwin.ch; Internet: www.wig.ch
8. März, Zürich	Irchel-Tagung: Wie pflegen wir in Zukunft die Betagten?	Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP), Eigerstrasse 80, 3000 Bern 23. Tel. 031-952 66 55. Fax 031-952 61 55. E-Mail: info@sggp.ch; Internet: www.sggp.ch
11. März, Zürich	Nationale Tagung für Betriebliche Gesundheitsförderung	Moser, Luthiger & Partner Consulting, Im Leemann 6, 8805 Richterswil. Tel. 043-888 07 81. Fax 043-888 07 82. E-Mail: mlcons@bluewin.ch; Internet: www.seco-admin.ch
11. März, Chur	Krank oder faul? Schmerzranke zwischen Medizin und Moral	Caritas-Fachstelle Gesundheit und Integration, Klosterhof 6e, 9000 St. Gallen. Tel. 071-227 34 47. Fax 071-227 34 69. E-Mail: wbrunner@sg.caritas.ch
12. März, Rüslikon ZH	Leben um jeden Preis? Entscheidungsfindung in der Intensivmedizin	Sekretariat Dialog Ethik, Sonneggstrasse 88, 8006 Zürich. Tel. 01-252 42 01. Fax 01-252 42 13. E-Mail: info@dialog-ethik; www.dialog-ethik.ch
12.–13. März, Winterthur	Controlling im Spital	WIG (s. oben)
15.–16. März, Luzern	5. Deutsche Casemix-Konferenz	LENZ, Karin Vohdin, Asylstrasse 41, 8032 Zürich. Tel. 01-253 62 32. Fax 01-253 62 31. E-Mail: dck@lenz-schweiz.ch; Internet: www.lenz-schweiz.ch
17.–19. März, Miami (USA)	3 <sup>rd</sup> International Summit on Innovations in Critical Care Delivery: Managing Risk and Uncertainty	Institut for Healthcare Improvement IHI (s. oben)
18. März, Frauenfeld	Krank oder faul? Schmerzranke zwischen Medizin und Moral	Caritas-Fachstelle Gesundheit und Integration, Klosterhof 6e, 9000 St. Gallen. Tel. 071-227 34 47. Fax 071-227 34 69. E-Mail: wbrunner@sg.caritas.ch
24. März, Olten	Workshop OP-Controlling und OP-Management	Stelzer Health Care 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
25.–27. März, Leipzig (D)	6. Kongress für Gesundheitspsychologie	Universität Leipzig, Institut für Angewandte Psychologie, Seeburgstrasse 14–20, D-04103 Leipzig. Tel. 0049-341 973 59 30. Fax 0049-341 973 59 39. E-Mail: gespsych@uni-leipzig.de; Internet: www.uni-leipzig.de
26. März, Basel	Personal- und Medizincontrolling	Controller Verein Schweiz, AK Gesundheitswesen, Rainer J. Stelzer, 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
31. März, Olten (2. Teil 7. April)	Lehrgang Medizin für Nichtmediziner	Stelzer Health Care Consulting GmbH (s. oben)
21.–24. April, Hittisau (A)	Evidence Based Medicine	Martina Rüscher, Veranstaltungs-Management, Hof 135, A-6866 Andelsbuch. Tel. 0043-5512 39850. Fax 0043-5512 398540. E-Mail: martina.ruescher@via3.at; www.evimed.ch
3.–4. Mai, Aarau	Qualitätsentwicklung und Pflege – Öl oder Sand im Getriebe?	WE'G (s. oben)
12.–14. Mai, Kopenhagen (Dan)	9 <sup>th</sup> European Forum on Quality Improvement in Health Care	BMJ Quality, BMA House, Tavistock Square, London WC1H 9JR. Tel. 44 20-7383 6409. Fax 44 20-7383 6869. E-Mail: quality@bma.org.uk; Internet: quality.bmjppg.com
13. Mai, Zürich	6. Schweizerisches Forum der sozialen Krankenversicherung: Solidarität im Clinch zwischen Politik und Wirtschaft?	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

Datum, Ort	Veranstaltung	Kontaktadresse
15.–18. Mai, Toronto (Can)	International CME (Continuing Medical Education) Congress 2004: Linking CME and CPD to health outcomes	Office of Continuing Education, Faculty of Medicine, University of Toronto, 500 University Avenue, Suite 650, Toronto, Ontario M5G 1V7. Tel. 416-978 2719. Fax 416-971 2200. E-Mail: ce.med@utoronto.ca; Internet: www.cmecongress.org
18. Mai, Bern	Fachtagung Case Management	Organizers (Schweiz) GmbH, «Case Management», Marktgasse 10B, 4310 Rheinfelden. Tel. 061-836 98 76. Fax 061-836 98 77. E-Mail: info@organizers.ch; Internet: www.weg-edu.ch oder www.sbk-asi.ch
27.–28. Mai, Aarau	Einführung ins Case Management	WE'G Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe, Mühlemattstrasse 42, Postfach, 5001 Aarau. Tel. 062-837 58 58. Fax 062-837 58 60. E-Mail: info@weg-edu.ch; Internet: www.weg-edu.ch
2.–4. Juni, Berlin (D)	Hauptstadtkongress 2004: Medizin und Gesundheit	Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit, Palisadenstrasse 48, 10243 D-Berlin. Tel. 0049 30 498 550 31. Fax 0049 30 498 550 30. E-Mail: info@hauptstadtkongress.de; Internet: www.hauptstadtkongress.de
18.–19. Juni, Bielefeld (D)	3. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung: «Versorgung chronisch Kranker: Patientenorientierung, Qualitätsentwicklung und Gesundheitsförderung»	Fakultät für Gesundheitswissenschaften – AG 1 Sozialepidemiologie und Gesundheitssystemgestaltung Universität Bielefeld, Postfach 10 01 31, D-33501 Bielefeld. Tel. 0049-521 106 4263. Fax 0049-521 106 6429. E-Mail: kongress2004@uni-bielefeld.de; Internet: www.uni-bielefeld.de/gesundhw/kongress2004/index.html
21.–23. Juni, Aarau	Aspekte des Qualitätsmanagements und der Wirtschaftlichkeit	WE'G (s. oben)
7.–8. September, Aarau	Betriebliche Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen	WE'G (s. oben)
13.–15. September, Aarau	Projektmanagement im Spital und Heim	Hplus Bildungszentrum, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. E-Mail: bildung@hplus.ch; Internet: www.kurse.hplus.ch
22. September, Küssnacht ZH	2. Netzwerk Case Management Tagung	Netzwerk CM, Postfach 1491, 8700 Küssnacht. Tel. 043-277 91 91. Fax 043-277 94 94. E-Mail: info@netzwerk-cm.ch; Internet: www.netzwerk-cm.ch
22.–25. September, Magdeburg (D)	Jahrestagung DGSM: Gesundheit – Wirtschaftlichkeit und Gerechtigkeit	Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Medizinische Fakultät Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Leipziger Strasse 44, D-39120 Magdeburg. Fax 0049-391 541 42 58. E-Mail: dgsmp2004@medizin.uni-magdeburg.de; Internet: www.med.uni-magdeburg.de/fme/institute/ismhe/dgsmp
7.–9. Oktober, Oslo (N)	12 <sup>th</sup> Eupha Conference: Urbanisation and Health	Team Congress AS, P.O. Box 594, N-2603 Lillehammer. Tel. 0047 61-24 70 70. Fax 0047 61-24 70 71. E-Mail: post@teamcongress.no; Internet: www.eupha.org
7.–10. Oktober, Bern	Ethik im Gesundheitswesen	Weiterbildungsprogramm Gesundheitswesen der Universität Bern, Sidlerstrasse 6, Postfach 8955, 3001 Bern. Tel. 031-631 32 11. Fax 031-631 32 13. E-Mail: health.administration@oefre.unibe.ch
20.–23. Oktober, Hittisau (A)	Evidence Based Medicine	Martina Rüscher (s. oben)
3.–5. November, Wellington (NZ)	5 <sup>th</sup> International Conference on Priorities in Health Care	Wendy Edgar, Ministry of Health, PO Box 5013, Wellington, NZ. Fax 0064-4 496 2340. E-Mail: wendy_edgar@moh.govt.nz; Internet: www.healthpriorities.org

Datum, Ort	Weiter- und Fortbildung	Kontaktadresse
Beginn: 2. Februar (10 Tage), Innsbruck (A)	European Health Care Manager	MCI-Management Center Innsbruck, Universitätsstrasse 15, A-6020 Innsbruck. Tel. 43 512-564 20 70. Fax 43 512 20 1099. E-Mail: office@mci.edu; Internet: www.mci.edu
Beginn: 4. Februar (19 Tage), Ermatingen	Change managen	College-M, Freiburgstrasse 41, 3010 Bern. Tel. 031-632 30 26. Fax 031-632 30 25. E-Mail: info@college-m.ch; Internet: www.college-m.ch
Beginn: 16. Februar, Bern	Master of Medical Education	MME-Sekretariat IAWF, Christa Beutler, Institut für Biochemie und Molekularbiologie, Medizinische Fakultät Bern, Bühlstrasse 28, Postfach 98, 3000 Bern 9. Tel. 031-631 41 19. Fax 031-631 37 37. E-Mail: christa.beutler@mci.unibe.ch; Internet: www.iawf.unibe.ch/MME
Beginn: 27. Februar (10 Tage), Winterthur	Nachdiplomkurs «Fallmanagement»	WIG (s. oben)
Beginn: 5. März (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: 12. März, Winterthur	Nachdiplomstudium «Managed Health Care»	WIG (s. oben)

Datum, Ort	Weiter- und Fortbildung	Kontaktadresse
15. März–11. Juni 2004, Basel	Health Care and Management in Tropical Countries	Swiss Tropical Institute, Course Secretariat, Socinstrasse 57, Postfach, 4002 Basel. Tel. 061-284 82 80. Fax 061-284 81 06. E-Mail: courses-sti@unibas.ch; Internet: www.sti.ch
Beginn: 17. März (12 Tage), Aarau	Kontinuierliche Qualitätsverbesserungen in der Pflege	WE'G (s. oben)
Beginn: 24. März (19 Tage), Aarau	Nachdiplomkurs «Transkulturelle Kompetenz im Gesundheitsbereich»	WE'G (s. oben)
Beginn: 29. März, Aarau	Nachdiplomstudium «Management im Gesundheitswesen»	WE'G (s. oben)
Beginn: 7. Juni (40 Tage), Aarau	Interdisziplinäre Führung	Hplus (s. oben)
12. Juni–4. Juli, Ifkara (Tanzania)	Medical Practice with Limited Resources	Swiss Tropical Institute (s. oben)
14. Juni–2. Juli, Basel	Health District Management	Swiss Tropical Institute (s. oben)
18.–21. August, Vitznau	Strategisches Prozessmanagement	Institut für Betriebswirtschaft Universität St. Gallen, Dufourstrasse 48, 9000 St. Gallen. Tel. 071-224 23 68. E-Mail: ifbseminare@unisg.ch; Internet: www.ifb.unisg.ch/seminar_info
Beginn: Herbst, St. Gallen	Integrales Spitalmanagement	FHS – Fachhochschule für Wirtschaft, Technik und Soziale Arbeit, Teufenerstrasse 2, Postfach 630, 9001 St. Gallen. Tel. 071-228 63 28. E-Mail: wbwi@fhsg.ch; Internet: www.fhsg.ch/weiterbildung
Beginn: Herbst, St. Gallen	Sozialinformatik	FHS (s. oben)
Beginn: Herbst (75 Tage), Aarau	Nachdiplomstudium «Case Management»	WE'G (s. oben)

**Hinweise erwünscht:**

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

info • info • info • info • info • info • info • info • info • info • info • info • info • info • info

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

### Lornoxicam (xefo®): signifikante Vorteile gegenüber Diclofenac in der Behandlung der Osteoarthritis

Lanzetta et al.\* veröffentlichten kürzlich eine Studie, die die Wirkung von Lornoxicam (xefo®) versus Diclofenac untersuchte. Die multizentrische, kontrolliert doppelblinde, randomisierte Studie bezog 247 Patienten ein.

Ziel war es, die Äquivalenz von 4 mg Lornoxicam zu 50 mg Diclofenac zu zeigen. Herausgekommen ist eine deutliche Überlegenheit von Lornoxicam. Beide Substanzen wurden dreimal täglich verabreicht, was einer Tagesdosis von 12 mg respektive 150 mg entspricht. Üblicherweise wird Lornoxicam stärker, das heisst mit 16 mg pro Tag dosiert.

**Stärkere Schmerzlinderung durch Lornoxicam**

Der spontane Schmerz war nach zwei Behandlungswochen in der Lornoxicam-Gruppe mit 49,7 Prozent deutlich stärker zurückgegangen als in der Diclofenac-Gruppe (39,9%; p < 0,05). Bereits nach der ersten Woche fiel der Unterschied signifikant aus. Lornoxicam ist bekannt für seine stark analgetische Wirkung.

**Deutliche Verkürzung der Morgensteifigkeitsdauer**

Die durchschnittliche Dauer der Morgensteifigkeit war bei beiden Gruppen zu Studienbeginn gleich (17,3 Min. vs. 17,1 Min.). Die Therapie mit Lornoxicam verkürzte die Morgensteifigkeit deutlich stärker (49,7%) als jene mit Diclofenac (33,7%). Der Unterschied fiel signifikant aus (p < 0,05).

**Lornoxicam zeigt sich klar besser magenverträglich**

Bei NSAR ist ein Blick auf die Magenverträglichkeit angebracht. Lanzetta et al. zeigten auch hier Vorteile für xefo®: Lornoxicam verursachte viel weniger unerträgliche gastrointestinale Komplikationen. So brach nur ein Lornoxicam-Patient die Therapie wegen epigastrischen Schmerzen vorzeitig ab, während es in der Diclofenac-Gruppe gleich fünf Patienten waren. Insgesamt traten mit Lornoxicam 25,8 Prozent weniger Nebenwirkungen auf.

**Patienten und Prüfarzte bevorzugen Lornoxicam**

Sowohl die Lornoxicam- wie auch die Diclofenac-Therapie zeigten gute Wirkung. Die Wertung und Akzeptanz der Therapie fiel allerdings signifikant zugunsten von Lornoxicam aus (Prüfarzte: p < 0,01 und Patienten: p < 0,05). Dabei trugen sowohl Wirksamkeit wie auch Verträglichkeit zum guten Ergebnis bei.

\* Lanzetta et al., Minerva Ortop Traumatol, 2002

**HIV/Aids: Modellfall für chronische Krankheiten**

Die rechtlichen und wirtschaftlichen Probleme von Menschen mit HIV/Aids haben nur noch teilweise mit den Eigenheiten von HIV/Aids zu tun, sie seien viel mehr «typisch für alle Menschen mit einer chronischen Krankheit». Dies schliesst Stefan Spycher in einer Nationalfonds-Studie zur Frage, ob sich die normalisierte medizinische Situation auch auf die Lebenssituation der Menschen mit HIV/Aids ausgewirkt hat. Rechtlich bestehen die Probleme, dass bei Bewerbungen der HIV-Status teilweise unfreiwillig offengelegt wird, dass nicht zulässige HIV-Tests vorgenommen werden und dass neben dem, dass den HIV-positiven Menschen der Zugang zu Versicherungen erschwert wird, sie auch schlecht von den Versicherungen informiert werden. Wirtschaftlich wirkt sich vor allem aus, dass die Betroffenen teilweise aufgrund der Krankheit entlassen werden und dass sie wegen dem verschlechterten Versicherungsschutz darauf verzichten, die Stelle zu wechseln oder selbstständig zu arbeiten. Die Ausbildung, die Erwerbsquote, der Beschäftigungsgrad und die Entlohnung seien jedoch mit der sonstigen Bevölkerung vergleichbar. Als Lösung brauche es kein spezielles «Lex HIV/Aids», sondern die Rechtserlasse und die Sozialpolitik seien unter dem Gesichtspunkt von chronisch kranken Menschen zu durchleuchten und anzupassen. (bc)

*Quelle: Stefan Spycher: Auswirkungen der medizinischen Normalisierung auf die Lebenssituation von Menschen mit HIV/Aids. In: Soziale Sicherheit 5/2003, S. 301-303.*

**Dolmetscherkosten**

«Übersetzungskosten im Zusammenhang mit psychiatrischen Abklärungen sind als Kosten der Abklärungsmassnahmen (...) zu qualifizieren, wenn eine psychiatrische Exploration auf beiden Seiten vertiefte Sprachkenntnisse voraussetzt.» So begründet das Eidgenössische Versicherungsgericht seinen Entscheid, dass die Invalidenversicherung die Dolmetscherkosten für eine psychiatrische Begutachtung an der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals

Zürich bezahlen muss. Gemäss Artikel 57 des Invalidenversicherungsgesetzes obliegt es den kantonalen IV-Stellen, Abklärungsverfahren durchzuführen und die Kosten der Abklärungsmassnahmen zu tragen. Der Dolmetscher wirke als Hilfsperson an der Begutachtung mit. (bc)

*Quelle: Eidgenössisches Versicherungsgericht. Urteil vom 5. September 2003, II. Kammer. Prozess 802/02.*

**Pflegende Angehörige**

Pflegende Angehörige von Alzheimer-Patienten lassen das Gesundheitswesen enorme Summen einsparen – nur, deren oft unbehandelten Depressionen verursachen der Gesellschaft wiederum hohe Kosten. Dies schreibt Holly G. Prigerson zu einer Studie, die untersuchte, wie hoch der Anteil an Depression bei pflegenden Angehörigen von an Alzheimer Erkrankten ist. Nahezu 43 Prozent der pflegenden Angehörigen eines Alzheimer-Kranken in der Endphase leiden an einer Depression. Dieser Prozentsatz ist höher als bei pflegenden Angehörigen von anderen tödlich verlaufenden Krankheiten. Dies sei darauf zurückzuführen, dass die Pflege von Alzheimer-Kranken meistens sehr lange dauere. Zudem müssten die pflegenden Angehörigen den Verlust der geliebten Person schon während der belastenden Pflege verarbeiten, weil der Kranke in vieler Hinsicht «bereits gegangen» sei. Die zweiten Opfer der Alzheimer-Erkrankung, die pflegenden Angehörigen, bräuchten psychische Unterstützung. Diese Unterstützung durch das Gesundheitswesen bereitzustellen, so Prigerson, sei ein kostengünstiger Weg, die pflegenden Angehörigen und den Alzheimer-Kranken die Lebensqualität zu verbessern. (bc)

*Quelle: Holly G. Prigerson: Costs to Society of Family Caregiving for Patients with End-Stage Alzheimer's Disease. In: The New England Journal of Medicine, November 13, 2003. Volume 349: 1891-1892, Number 20.*

**Wirtschaftlichkeit und Qualität der Arztpraxen**

Systemeingriffe zur Beschränkung der Leistungserbringer sind eine «recht heikle Angelegenheit», wenn es keine «adäquaten und anerkannten (...) Konzepte und «Messzahlen» gibt,

**VORSCHAU**

**Schwerpunktthema:**  
**BETREUUNGSMANAGEMENT BEI QUERSCHNITTLÄHMUNG**  
 Erscheinungsdatum: 27. Februar 2004

**Rehabilitation als lebenslanger Prozess**  
**Stationäre Rehabilitation**  
**«Evidence Based Medicine» in der Paraplegiologie**  
**Nachbetreuung**  
**Berufliche Reintegration**  
**Die Lehren aus dem Paraplegiemanagement**  
**Statistik der stationären Behandlung**

**Netzwerke gründen**  
**13 Jahre Managed Care in der Schweiz**

um die Wirtschaftlichkeit und die Qualität von Leistungen und von Leistungserbringern zu beurteilen. Deshalb hat das Schweizerische Gesundheitsobservatorium beschlossen, eine Grundlagenstudie durchzuführen. Die Studie soll Hinweise dazu geben, wie die Konzepte der Wirtschaftlichkeit und Qualität einer Arztpraxis in der Schweiz definiert, operationalisiert und miteinander kombiniert werden könnten. Zu diesem Zweck soll die offizielle nationale und internationale Literatur sowie die wichtige «graue Literatur» aus der Schweiz (interne Dokumente von Institutionen wie einzelnen Krankenversicherern, Santésuisse, EQUAM, Quali-mednet, Swisspep usw.) gesichtet werden. Projektnehmer ist das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG). Es wird das Projekt in Zusammenarbeit mit den Managed-Care-Organisationen SanaCare AG und MediX-Management AG ausführen. Die Arbeiten sollen im ersten Quartal 2004 mit einem Schlussbericht abgeschlossen werden. Die Ergebnisse sollen als Grundlage für Nachfolgestudien dienen. (rs)

*Quelle: Paul Camenzind: Wirtschaftlichkeit und Qualität der Arztpraxis: Methoden – Modelle – Daten. Projektskizze, Juni 2003; Internet: www.obsan.ch*