



managed care

6 • 2006
8. September

Netzwerkmanagement

Steuerungsinstrumente

Erfahrungen aus Deutschland

Professionelles Management eines Hausarztnetzes

Neue Entwicklungen in Hausarztssystemen

Moderne Informations- und Kommunikationstechnologien
in Ärztenetzwerken

Qualitätsmanagement

Die Anstrengungen der Grundversorger zeigen Wirkung

Managed-Care-Modelle in der Schweiz 2006

www.forummanagedcare.ch
www.tellmed.ch

en français:
www.managedcareinfo.net

Netzwerke im Gesundheitswesen – In Zukunft so erfolgreich wie der Zürcher Verkehrsverbund (ZVV)?

Urs Brügger

Im Gesundheitswesen besteht grosses Optimierungspotenzial im Bereich der Prozesssteuerung, insbesondere zwischen verschiedenen Leistungserbringern. Der Fluss von Patienten und Daten im System verläuft häufig wenig optimiert und mit nicht immer ideal funktionierenden und standardisierten Schnittstellen. Abhilfe verspricht die Vernetzung von Leistungserbringern. Die Verheissungen diesbezüglich sind gross, wird doch davon eine verbesserte Behandlungs- und Betreuungsqualität für die Patienten bei gleichzeitigem Kosteneinsparungspotenzial fürs Gesamtsystem erwartet.

Obwohl der Begriff des Netzwerks nicht trennscharf beschrieben werden kann, liegt ein Netzwerkkonzeptionell irgendwo zwischen einer losen Kooperation und einer hierarchischen Organisation. In jedem Fall besteht bei Netzwerken – wie immer sie nun konkret ausgestaltet sind – eine gewisse Integration der Beteiligten, die wiederum einen Steuerungsbedarf bedingt. In dieser MC-Ausgabe geht es um das Management solcher Netzwerke im Gesundheitswesen.

Als Kontrast zur hierarchischen Organisation verwendet Bernhard Güntert den Begriff des heterarchischen Netzwerks. Er sieht im Netzwerkkonzept grosses Potenzial für das Gesundheitswesen, das in dieser Hinsicht noch hinter anderen Wirtschaftszweigen herhinkt. Damit ein solches Netzwerk allerdings gesteuert werden kann, sind zahlreiche Anforderungen zu erfüllen. Mit viel Enthusiasmus ist man in Deutschland unter dem Stichwort «integrierte Versorgung» mit Projekten verschiedenster Art gestartet und hat dort unterschiedlichste Erfahrungen gemacht (vgl. Thormählen/Güssow). In der

Schweiz sind vor allem die Ärztenetzwerke seit einiger Zeit verbreitet. Rösli/Broccon und Roux äussern sich in ihren Artikeln exemplarisch, wie konkrete Netzwerke gemanagt werden. Ein erfolgreiches Datenmanagement mit einer geeigneten technologischen Infrastruktur ist für die Lebensfähigkeit von Netzwerken entscheidend (vgl. Metzger). Zudem spielt das Qualitätsmanagement in Managed-Care-Modellen stets eine besonders ausgeprägte Rolle (vgl. Huber). Schliesslich ist immer auch eine gute Kooperation mit den Krankenversicherern eine notwendige Voraussetzung für erfolgreiche Netzwerke, sind sie es doch, die Managed-Care-Produkte in Form von Versicherungsverträgen an die Kundschaft bringen (vgl. Giovanoli). Es stellt sich die Frage, wie weit sich Netzwerk-Integration im Gesundheitswesen in Zukunft entwickeln kann und wird. Im Rahmen von Gesprächen mit verschiedenen Leistungserbringern in der Region Winterthur wurde die Vision entwickelt, das sehr erfolgreiche Modell einer Netzwerk-Integration in einem völlig anderen Gebiet, nämlich beim Zürcher Verkehrsverbund (ZVV), auf das Gesundheitswesen zu übertragen. Das Bild scheint grosse Kraft für alle beteiligten Akteure zu haben. Wer weiss, ob die «Reise» für die Patienten im Gesundheitswesen dereinst so einfach wird wie mit dem ZVV.



Urs Brügger

Dr. oec. Urs Brügger

Institutsleiter Winterthurer Institut
für Gesundheitsökonomie (WIG)

E-Mail: urs.bruegger@zwhin.ch

SCHWERPUNKTTHEMA:
NETZWERKMANAGEMENT

- 5** **Welche Steuerungsinstrumente braucht ein Netz im Gesundheitswesen?**
Bernhard J. Güntert
Auch im Gesundheitswesen wird der Ruf nach Vernetzung immer lauter. Allerdings stecken die theoretischen Ansätze zur Steuerung von Netzwerken noch in den Anfängen, und ein entsprechendes Management muss sich erst noch entwickeln.
- 8** **Erfahrungen aus Deutschland**
Johannes Thormählen, Jan Güssow
Deutsche Gesundheitsnetze lassen sich kaum mit den aus anderen Ländern bekannten Managed-Care-Organisationen vergleichen. Sie sind stark assoziiert mit den Promotoren und den jeweilig beteiligten Kostenträgern.
- 13** **Professionelles Management eines Hausarztnetzes**
Yves Broccon, Alfred Rösli
Für die optimale Grundversorgung einer Region ist die Professionalisierung von Ärztenetzen zwingend. Für ein professionelles Management braucht es eigene Daten und taugliche Steuerungsinstrumente.
- 16** **Neue Entwicklungen in Hausarztssystemen**
Georges F. Roux
Schweizer Hausärzte, die noch nicht so weit organisiert und vernetzt sind, dass ein Hausarztssystem allein auf vertraglicher Basis möglich ist, benötigen Unterstützung auf dem Weg zu Managed Care.
- 18** **Moderne Informations- und Kommunikationstechnologien in Ärztenetzen**
Karl Metzger
Durch verbindliches Zusammenwirken von Ärztenetzen untereinander wie auch mit netzfremden Leistungserbringern und Kostenträgern sollen bessere Gesundheitsleistungen erbracht werden.
- 22** **Qualitätsmanagement in Netzwerken**
Felix Huber
Netzwerke müssen sich über die Qualität der medizinischen Versorgung profilieren. Das Preisargument der günstigeren Prämie oder des tieferen Selbstbehaltes für die Patienten soll erst in zweiter Linie eingesetzt werden.
- 26** **Die Anstrengungen der Grundversorger zeigen Wirkung**
Enrico Giovanoli
Eine Erweiterung des Hausarztssystems soll dazu beitragen, mehr Kunden für dieses Versicherungsmodell zu gewinnen und Kosten zu sparen.
- MANAGED-CARE-MODELLE**
- 29** **Managed-Care-Modelle in der Schweiz im Jahr 2006**
Peter Berchtold, Kurt Hess
Hausarztmodelle, HMO-Gesundheitszentren und Standorte mit HMO-Angebot, Managed-Care-Organisationen von Versicherungen und Managed-Care-Betriebsorganisationen, Entwicklung der Hausarztmodelle.
- PALLIATIVE CARE**
- 38** **Mobile Palliative-Care-Teams**
Andreas Weber, Monika Obrist
Das Palliative-Care-Netzwerk Zürich erarbeitet bis Ende 2006 ein Konzept, wie mobile Palliative-Care-Teams verfügbar gemacht werden können und wie sich eine Hotline einrichten lässt.
- AMBULANT-STATIONÄRE NAHTSTELLEN**
- 41** **Psychiatrie: Wenn die Löcher im Versorgungsnetz zu gross werden ...**
Angehörige begleiten psychisch Kranke oft lebenslang, nicht selten als einzige stabile Bezugspersonen. Sie haben Anliegen, was an den ambulant-stationären Nahtstellen in der Psychiatrie zu verbessern wäre.

RUBRIKEN

4	Forum Managed Care Eindrücke vom Symposium Managed Care 2006
44	Resonanz «Kostspielige Schlampereien» • Mehr Verhältnisprävention • Ins Altersheim wegen Geldmangels • Optimale Behandlung, ohne sich um die Zahlen zu kümmern • DRG-Einführung: Raumumnutzung und Kostenverlagerung
45	Veranstaltungskalender Veranstaltungen/Weiter- und Fortbildung
47	In Kürze Beteiligungsverfahren im Gesundheitsbereich analysiert • Arbeiten im Spital, im Heim oder beim Zahnarzt • Angehörigenarbeit institutionalisiert • Sozialmarketing für die Gesundheit ••• Vorschau: Notfallversorgung

managed
care

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

Verlag:

Rosenfluh Publikationen AG
Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen

Redaktioneller Beirat:

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

*** Ausschuss des Redaktionellen Beirats**

Betreuung des Schwerpunktthemas:

Urs Brügger

Redaktion:

Karin Diodà (*kd*), Brigitte Casanova (*bc*)
und Rita Schnetzler (*rs*)
Dahliastrasse 8, 8008 Zürich
Telefon 044-431 73 56, Fax 052-558 89 37
E-Mail: k.dioda@rosenfluh.ch

Büro Neuchâtel:

Brigitte Casanova
Rue Denis-de-Rougemont 36, 2000 Neuchâtel
Fax 052-558 83 00
E-Mail: b.casanova@rosenfluh.ch

Redaktionssekretariat:

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

Anzeigenregie:

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

Anzeigenverkauf:

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

DTP und Layout:

Rosenfluh Publikationen AG, Regina Hauser

Druck:

stamm+co. Grafisches Unternehmen
8226 Schleithelm

Abonnemente, Adressänderungen:

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

Abonnementspreise:

Erscheint achtmal jährlich
Jahres-Abonnement: Fr. 99.–
(Westeuropa: Fr. 148.–)
Einzelheft: Fr. 15.– (zzgl. Porto, plus MwSt.)

Einzelheft-Bestellungen bitte an das
Redaktionssekretariat

Diese Zeitschrift wird im
EMBASE/Excerpta Medica indiziert.

10. Jahrgang; ISSN 1422-6618

© Copyright by Rosenfluh Publikationen AG.

Alle Rechte beim Verlag. Nachdruck und
Kopien von Beiträgen und Abbildungen in
jeglicher Form, wie auch Wiedergaben auf
elektronischem Weg und übers Internet, auch
auszugsweise, sind verboten bzw. bedürfen
der schriftlichen Genehmigung des Verlags.

Hinweise:

Der Verlag übernimmt keine Garantie oder
Haftung für Preisangaben oder Angaben zu
Diagnose und Therapie, im Speziellen für
Dosierungsanweisungen.

Mit der Einsendung oder anderweitigen Über-
lassung eines Manuskripts oder einer Abbil-
dung zur Publikation erklärt sich der Autor/
die Autorin damit einverstanden, dass der ent-
sprechende Beitrag oder die entsprechende
Abbildung ganz oder teilweise in allen Publika-
tionen und elektronischen Medien der Verlags-
gruppe veröffentlicht werden kann. Bei einer
Zweitveröffentlichung werden der Autor infor-
miert und die Quelle der Erstpublikation ange-
geben.



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



EINDRÜCKE VOM SYMPOSIUM MANAGED CARE 2006

NAHTSTELLEN ZWISCHEN AMBULANT UND STATIONÄR – PROZESSHÜRDEN UND LÖSUNGSANSÄTZE RUND UMS SPITAL

Jedes Jahr werden gut 10 % aller Versicherten in einem Spital behandelt. Grosses Engagement und Qualität charakterisieren die stationären Behandlungen. Aber sie belasten auch: den einzelnen Patienten, weil niemand gern ins Spital geht und das Gesundheitssystem, weil diese Versicherten fast dreimal höhere Kosten verursachen. Nicht immer wäre eine Spitalbehandlung nötig. Oft könnte der Prozess über die verschiedenen Versorgungsstufen effektiver und effizienter gestaltet werden.

Um das Fazit aus den vielen Feedbacks vorwegzunehmen: das Symposium 2006 bot überaus spannende und sehr lebendige Auseinandersetzung, Diskussionen und Lösungsansätze zu einem der zentralsten Themen von Managed Care – der Vernetzung zwischen ambulant und stationär.

In den Hauptreferaten des Vormittags wurde den Fragen nachgegangen, welche Aspekte und Entwicklungen die Fragmentierungen im Allgemeinen und den ambulant-stationären Graben im Speziellen so hartnäckig offen halten. Und welche Herausforderungen und Anliegen aus Sicht der Patienten, der Spitäler, der Versicherer und der Spitex betreffend die „Nieten an Nahtstellen“ bestehen. Dass diese Gräben an verschiedensten Stellen vernäht werden (und diese Nähte auch halten können), zeigten konkrete Beispiele in den Hauptreferaten und insbesondere die vielen eingegangenen Projekte und interaktiven Workshops des Nachmittags. Die sogenannten Educational Workshops waren eine weitere Neuerung am diesjährigen Symposium: deren Ziel war es, den zahlreichen Teilnehmenden in stark verdichteter Form einen umfassenden Überblick zu so genannten aktuellen Managed Care-Themen und Trends zu bieten.

Der Vorstand dankt allen, die dazu beigetragen haben, dieses Symposium so erfolgreich zu gestalten und durchzuführen: den vielen Teilnehmenden, den Referenten, den Moderatoren und Experten in den Workshops, den Organisatoren und den Sponsoren. Und vor allem auch unseren Trägerorganisationen, die – trotz ihrer unterschiedlichen Perspektiven – mit uns zusammen diese Plattform aktiv gestalten.

Wir freuen uns auf das nächstjährige Symposium – **am Mittwoch, 6. Juni 2007** – und laden schon jetzt alle Interessierte dazu ein – zur aktiven Teilnahme in Workshops und Präsentationen oder als Teilnehmende!

Der Vorstand

Alle zur Veröffentlichung frei gegebenen Referate, sowie alle Konklusionen aus den Workshops und weitere Informationen zum Forum Managed Care finden Sie unter www.forummanagedcare.ch.



Welche Steuerungsinstrumente braucht ein Netz im Gesundheitswesen?

Vernetzungen von Unternehmen gehören heute in der Wirtschaft zum Alltag. Auch im Gesundheitswesen wird der Ruf nach Vernetzung der Leistungsanbieter immer lauter. Dies nicht nur weil Experten in einer besseren Integration ein beachtliches Rationalisierungspotenzial sehen, sondern auch weil die Patienten eine ganzheitliche, umfassende Betreuung wünschen. Allerdings liegen die theoretischen Ansätze zur Steuerung von heterarchischen Netzwerken noch in den Anfängen. Ein derartiges Management muss sich im Gesundheitswesen erst noch entwickeln.

Bernhard J. Güntert

Vernetzungen unterschiedlicher Unternehmen sind in der Wirtschaft immer häufiger zu finden. Gründe dafür sind der Wandel vom Verkäufer- zum Käufermarkt, die immer komplexeren Produkte und Dienstleistungen, die physische Desintegration von Produktionspro-

zessen aufgrund der Globalisierung und die Nutzung komparativer Kostenvorteile. Aber auch der Trend, sich wieder auf die eigenen Kernprozesse zu konzentrieren und strategische Erfolgspotenziale aufzubauen sowie die neuen Informationstechnologien erfordern und ermöglichen vernetzte unternehmerische Aktions- und Organisationsmuster [1]. Traditionelle Unternehmensstrukturen und -grenzen lösen sich zunehmend in Richtung hybrider Verbindungen mit externen Partnern auf [2]. Unternehmen werden damit Teil der so genannten Networked Economy [3], das heisst, sie gehören oft verschiedenen Netzwerken an. Dadurch entstehen vielfältige gegenseitige Abhängigkeiten und Verbindungen, die sowohl negative (Abhängigkeiten) wie auch positive (Synergieeffekte) Auswirkungen haben können [2]. Die traditionelle Konzeption von Unternehmung, Konkurrent, Zulieferer und Kunde löst sich auf. Mehrere Rollen werden zum Nutzen aller Beteiligten kombiniert [4]. Da in diesen Formen kaum hierarchische Strukturen entstehen, sehen wir uns in der Betriebswirtschaftslehre mit einem Theoriedefizit konfrontiert, basieren traditionelle Organisations- und Managementansätze doch stark auf hierarchischen Systemvorstellungen.

Vernetzung im Gesundheitswesen

In den vergangenen Jahren wurde auch im Gesundheitswesen die Vernetzung der verschiedenen Leistungsanbieter gefordert. In Deutschland etwa wurde bereits im GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 die gesetzliche Grundlage gelegt, anfänglich jedoch ohne grosses Interesse der



Bernhard J. Güntert

Health Professionals und ohne konkrete Umsetzungserfolge. Erst mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG 2004) und den damit verbundenen finanziellen Anreizen aus dem Risiko-Strukturausgleich ist das Interesse an krankheitsgruppenbezogenen, integrierten Versorgungskonzepten gestiegen, wie die rasch wachsende Anzahl der bewilligten und akkreditierten Modellversuche zeigt.

Auf eine klare Definition der integrierten Versorgung hat der deutsche Gesetzgeber allerdings verzichtet. Man versteht darunter jedoch idealerweise [5,6,7]:

- Eine an den Bedürfnissen der Patienten orientierte, sektoren- und facharztübergreifende Versorgung unter Einbeziehung von Kliniken, niedergelassenen Allgemein- und Fachärzten, Pflegediensten, ambulanten und stationärer Rehabilitation sowie mit Therapeuten und Apotheken.

- Versorgungsmodelle, welche die Optimierung der Patientenkarrieren über mindestens zwei aufeinander-

folgende Versorgungsstufen im Fokus haben.

■ Netzwerke, in denen nicht nur eine grosse Kooperationsbereitschaft aller Beteiligten zu finden ist, sondern auch ein gut funktionierender Datenaustausch (möglichst mittels elektronischer Patientenakte) sowie evidenzbasierte und breit akzeptierte Behandlungsleitfäden für die jeweiligen Krankheitsgruppen.

■ Netzwerke, die ihre Mitglieder intern vertraglich binden und sich nach aussen gegenüber einer Krankenkasse vertraglich verpflichten, erkrankte Versicherte in einer Region entsprechend definierter Versorgungsmuster zu betreuen.

Die Rahmenbedingungen erschweren Vernetzungen

Die Ausrichtung auf die gemeinsame und ganzheitliche Betreuung von Patienten, das heisst auf die Optimierung der Patientenkarriere als Ganzes und nicht einzelner Patientenepisoden (wie stationärer Aufenthalt, ambulante Behandlung) [8], stellt für das Management eine grosse Herausforderung dar. Diese Sichtweise widerspricht teilweise dem in den letzten Jahren durch neue Entgeltsysteme (zum Beispiel gedeckelte Budgets, Diagnosis Related Groups [DRG], Tarife) geförderten betriebswirtschaftlichen Denk- und Handlungsmuster. Aufgrund der immer engeren wirtschaftlichen Rahmenbedingungen sind die verschiedenen Leistungsanbieter gezwungen, zunehmend wirtschaftliche Ziele zu verfolgen und eigenwirtschaftlich ihr Überleben sicherzustellen. Damit rückt die Patientenkarriere beziehungsweise der Netzwerkgedanke aus dem Blickfeld der einzelnen Leistungsanbieter.

Die grössten Herausforderungen für Netzwerke ergeben sich aus der Tatsache, dass an integrierten Versorgungssystemen immer mehrere rechtlich und wirtschaftlich unabhängige Leistungsanbieter beteiligt sind. Je nach Konzept führt die Vernetzung auch nicht zu einer generellen Integration der Versorgung (wie etwa in HMO's und MCO's), sondern beschränkt sich auf spezielle Patientengruppen (zum Beispiel inte-

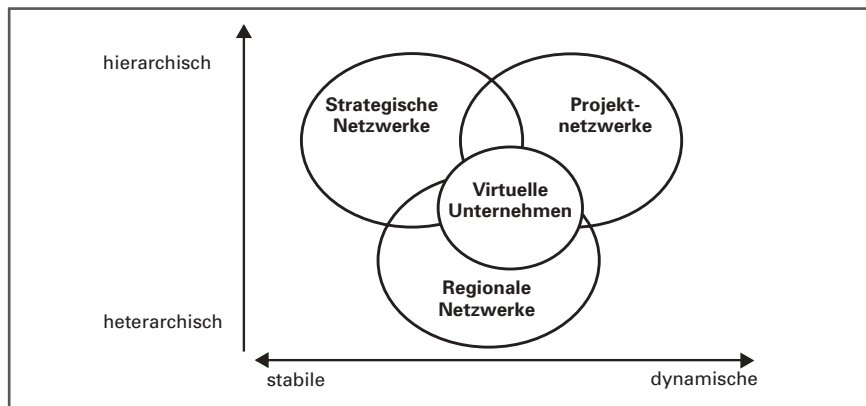


Abbildung 1: Netzwerktypologien (Sydow 2003)

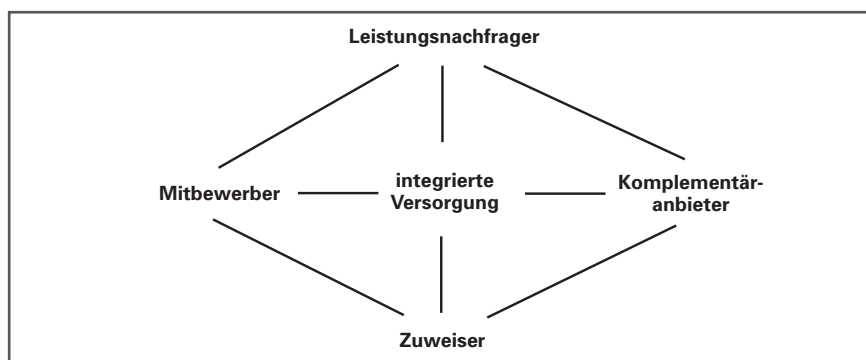


Abbildung 2: Rollenmodell in Netzwerken (nach Brandenburger/Nalebuff 1999)

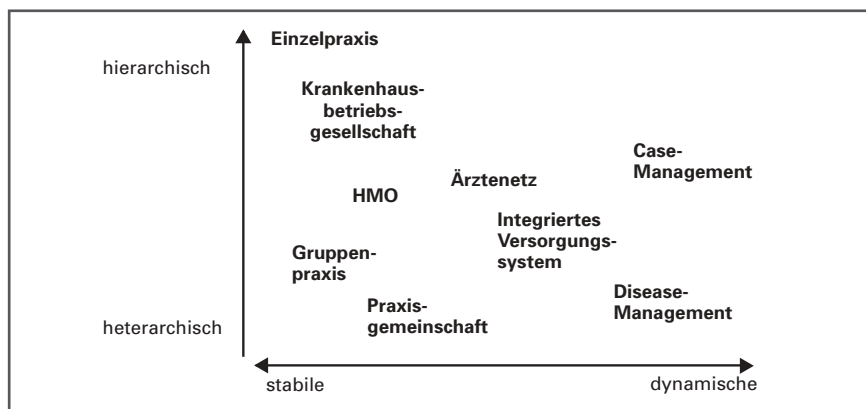


Abbildung 3: Netzwerktypologien im Gesundheitswesen

grierte Betreuung für Diabetes- oder Onkologiepatienten) und damit nur auf einen kleinen Teil aller von ihnen betreuten Patienten. Die einzelnen Leistungsanbieter können somit verschiedenen integrierten Versorgungssystemen angehören. Daher ist die Vernetzung aus organisatorischer Sicht eher lose. In der Netzwerkforschung bezeichnet man derartige Zusammenschlüsse daher als heterarchisch und – trotz vertraglicher

Bindung – dynamisch [8,9]. Die Steuerung heterarchischer Netze ist problematisch (siehe *Abbildung 1*). Gemeinsame hierarchische Strukturen, die zu einem gewissen Mass an Kooperation zwingen, fehlen weitgehend. Die Vernetzung erfolgt weniger über organisatorisch-strukturelle Massnahmen, sondern mehr über professionell akzeptierte Behandlungsleitfäden (Guidelines), über Informations- und Kommunikations-

möglichkeiten und über finanzielle Anreize. Diese können allerdings den eigenwirtschaftlichen Zielen entgegenlaufen. Wie wenig tragfähig und effektiv derartige Vernetzungen sein können, haben denn auch Erfahrungen mit verschiedenen Ärztenetzen gezeigt.

Inhaltliche Anforderungen an die Steuerung

Aufgrund dieser Ausführungen lassen sich folgende inhaltliche Anforderungen an das Management integrierter Versorgungsnetze ableiten [10]:

■ Bereits bei Etablierung von integrierten Versorgungssystemen gilt es, mit den beteiligten Leistungserbringern ihre bisherigen berufs- und institutionsspezifischen Verhaltensweisen zu überdenken und eine neue gemeinsame Prozessorientierung zu erarbeiten, in deren Mittelpunkt die Patientenkarrieren stehen. Dazu werden gemeinsame Wert- und Zielvorstellungen für die Behandlung und Betreuung entwickelt.

■ Die Patientenversorgung unter Einbeziehung von Kliniken, niedergelassenen Allgemein- und Fachärzten, Pflegediensten, ambulanter und stationärer Rehabilitation sowie Apotheken, die in einem Netzwerk zusammengeschlossen sind, orientiert sich an den konkreten Bedürfnissen der Patienten. Gleichzeitig schafft sie für die Leistungsanbieter kurzfristig spürbare Mehrwerte und damit eine Netzwerkidentität, die zu einer aktiven Mitarbeit verpflichtet.

■ Die Akzeptanz der Netzwerke in integrierten Versorgungssystemen beruht nicht nur auf finanziellen Anreizen, sie entspricht auch dem professionellen Verständnis der Health Professionals und schränkt die Arbeit am und mit dem Patienten nur in einem gegenseitig akzeptierten Ausmass ein.

■ Die Mehrwerte für die beteiligten Health Professionals wirken sich idealerweise sowohl auf die Kerntätigkeit am Patienten (verbesserte Diagnose- und Therapiesicherheit, verbesserte Wirtschaftlichkeit usw.) aus wie auch auf patientenferne, administrative Tätigkeiten (raschere, vollständigere und sicherere Informationen, Erleichterung

bei administrativen Prozessen usw.). Ein zusätzlicher administrativer Aufwand durch die Vernetzung ist auf jeden Fall zu vermeiden.

■ Die erzielten Mehrwerte erhebt und kommuniziert das Netzwerkmanagement. Ein derartiges Feedback ist eine Voraussetzung für die Weiterentwicklung des Netzwerks.

■ Ein neues Rollenverständnis der einzelnen Leistungsanbieter eines Netzwerkes ist notwendig. Sie können als behandelnder Arzt selbst tätig sein und damit in Konkurrenz zu anderen Leistungsanbietern stehen. Wer über spezielle Kenntnisse und Technologien verfügt, kann jedoch als Komplementäranbieter oder konsularärztlich tätig sein (siehe *Abbildung 2*) [4].

■ Das Netzwerkmanagement schafft den Ausgleich zwischen der Selbstständigkeit der verschiedenen Leistungsanbieter und den gemeinsamen Prozessen.

■ Die Nutzung geeigneter Informations- und Kommunikationssysteme wird gefördert. Von Bedeutung sind Informationstechnologien wie Telemedizin und E-Health, Grid-Technologien und so weiter [11]. Informationstechnologien aufzubauen allein genügt nicht, die Mitarbeiter der beteiligten Institutionen müssen geschult und die Anwendungen laufend weiterentwickelt werden.

Diese Anforderungen sind nicht leicht zu erfüllen und erfordern – da integrierte Versorgungsnetze häufig fast basisdemokratische Strukturen aufweisen – ein differenziertes Vorgehen. Es gibt kaum hierarchische Strukturen, welche die Netzwerkführung unterstützen. Führungskompetenz und -verantwortung sind dezentralisiert. Darin unterscheidet sich das Management eines integrierten Versorgungsnetzes vom Management in Managed Care-Einrichtungen (siehe *Abbildung 3*)

Mit einer rein virtuellen Integration von Versorgungsleistungen [12], das heisst einem rein heterarchischen Netz, dürften die Potenziale der Integration kaum ausgeschöpft werden. Stärker ausgeprägte Hierarchien dürften sich unter den gegebenen Rahmenbedingungen erst im Verlaufe der Zeit entwickeln, wenn der

Mehrwert nicht nur für die Patienten, sondern auch für die einzelnen Leistungsanbieter spürbar wird und damit das Interesse an einer stärkeren Kooperation wächst. ■

Autor:

**Univ.-Prof. Dr.oec./MBA
Bernhard J. Güntert**

Vizedirektor und Institutsvorstand
Private Universität für
Gesundheitswissenschaften,
Medizinische Informatik
und Technik (UMIT)
A-6060 Hall in Tirol
E-Mail: bernhard.guentert@umit.at
Website: www.umit.at

Literatur:

1. Fleisch E: Das Netzwerkunternehmen, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2001.
2. Picot A, Reichwald R, Wigand R: Die grenzenlose Unternehmung, Gabler Verlag, München 2003.
3. Shapiro C, Varian HR: Information Rules: a strategic guide to the network economy, Harvard Business School Press, Boston 1999.
4. Brandenburger A, Nalebuff B: Co-opetition, Currency Doubleday, New York 1996.
5. Carels J, Pirk O: Springer Wörterbuch: Gesundheitswesen, Springer Verlag Berlin-Heidelberg 2005.
6. Mühlbacher A: Integrierte Versorgung – Management und Organisation, Verlag Hans Huber, Bern 2002.
7. Schwiedernoch A, Özyurt E: Integrierte Versorgung – ein Managed Care-Ansatz für Deutschland, Projektarbeit Mibeg-Institut Köln 2004.
8. Güntert BJ: Integration und Kooperation im Gesundheitswesen – ein Plädoyer für patientenorientierte Strukturen und Verhaltensweisen. In: Holzer E, Hauke E (Hrsg.): Gesundheitswesen – vom Heute ins Morgen, WUV Universitätsverlag, Wien 2004; 100–109.
9. Sydow J (Hrsg.): Management von Netzwerkorganisationen, Gabler Verlag, Wiesbaden 2003.
10. Güntert BJ: Integrierte Versorgung: Change Management in Netzwerken. In: Busse R et al. (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen, Springer Verlag Berlin 2006.
11. Rienhoff O, Seht D, Hamer B: Chancen für eine integrierte Infrastruktur – Grids, Kompetenznetze, Gesundheitstelematik, in: Deutsches Ärzteblatt 2004; 101; A 1791–1797 (Heft 25).
12. Mühlbacher A: Die Organisation der «virtuellen» Integration von Versorgungsleistungen durch Unternehmensnetzwerke der Integrierten Versorgung, in: Henke KD et al. (Hrsg.): Integrierte Versorgung und neue Vergütungsformen in Deutschland, Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2004; 75–114.

Erfahrungen aus Deutschland

Deutsche Gesundheitsnetze bilden im Gegensatz zu Netzen in anderen Ländern keine Marke aus und lassen sich nur schwer mit den aus den USA oder der Schweiz bekannten Managed-Care-Organisationen vergleichen. Stattdessen sind sie stark assoziiert mit den Promotoren und den jeweilig beteiligten Kostenträgern.

**Johannes Thormählen,
Jan Güssow**

Mit der Reform der Rahmenbedingungen für die so genannte Integrierte Versorgung (§§ 140a-d SGB V) hat der Gesetzgeber gute Voraussetzungen für mehr Innovation und Wettbewerb im deutschen Gesundheitssystem geschaffen. Während bis 2004 die Zahl der aktiven Netzwerke relativ überschaubar blieb, sind seither

die Netzwerkwerkbildungen und -aktivitäten vor allem durch eine vorläufige Lösung der Vergütungsfragen infolge des Wegfalls der Budgetbereinigung¹ stark in Bewegung geraten. Mittlerweile sind über 2100 Verträge zur Integrierten Versorgung (IV) bei der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung registriert². Herrschte zunächst das Motto Masse statt Klasse vor, scheint sich nach einer zweijährigen Findungsphase auf Leistungserbringer- wie Kostenträgerseite die Auffassung durchzusetzen, dass auch im Bereich der Integrierten Versorgung mehr Klasse im Sinne von Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualität vonnöten ist.

Organisation

Erfolgreiche Netzwerke wurden in Deutschland bislang praktisch ausschliesslich von einem oder wenigen Leistungserbringern, in der Regel einem niedergelassenen Arzt, initiiert, vorangetrieben und ehrenamtlich gemanagt. Deutsche Gesundheitsnetze bilden daher im Gegensatz zu Netzen in anderen Ländern keine Marke aus und lassen sich auch nur schwer den aus den USA oder auch der Schweiz bekannten Managed-Care-Organisationen und -Produkten in ihrer Reinform zuordnen. Anstelle dessen sind sie stark assoziiert mit dem oder den Promotoren und den jeweilig beteiligten Kostenträgern. Sie stellen deshalb meist solitäre Projekte dar, die von Leistungserbringern für spezifische regionale Versorgungsdefizite konzipiert wurden. Neben finanziellen Anreizen für die Leistungserbringer, zumeist in der Form von Sondereinzelleistungsvergütungen, waren dabei für die Kran-

kenkassen insbesondere der Aufbau von Erfahrungen und der Imagegewinn wichtig.

Es lassen sich in Deutschland zwei parallele Entwicklungen beobachten: eine starke Standardisierung von neuen Versorgungsstrukturen, die neben der IV in den letzten Jahren durch den Gesetzgeber initiiert wurden, unter anderem Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Disease-



Johannes Thormählen



Jan Güssow

¹ Da in der Vergangenheit Projekte zur Integrierten Versorgung meist an der Finanzierungsfrage scheiterten, wurde im GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) eine Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung eingerichtet: jeweils 1% des Krankenhausbudgets und des Budgets der Ärztevergütung, das entspricht circa 660 Mio EUR pro Jahr. Diese war zunächst auf die Jahre 2004–2006 befristet, wird aber voraussichtlich bis mindestens Ende 2007 verlängert.

² Vgl. www.bqs.de: Ca. 3,2 Mio. Versicherte können diese speziellen Versorgungsangebote im Jahr 2006 wahrnehmen, denen insgesamt ein potenzielles Vergütungsvolumen von ca. 470 Mio. EUR zugrunde liegt. Dabei sind niedergelassene Ärzte zu 41%, Krankenhäuser zu 64% und Reha-Einrichtungen zu 31% als direkte Vertragspartner beteiligt.

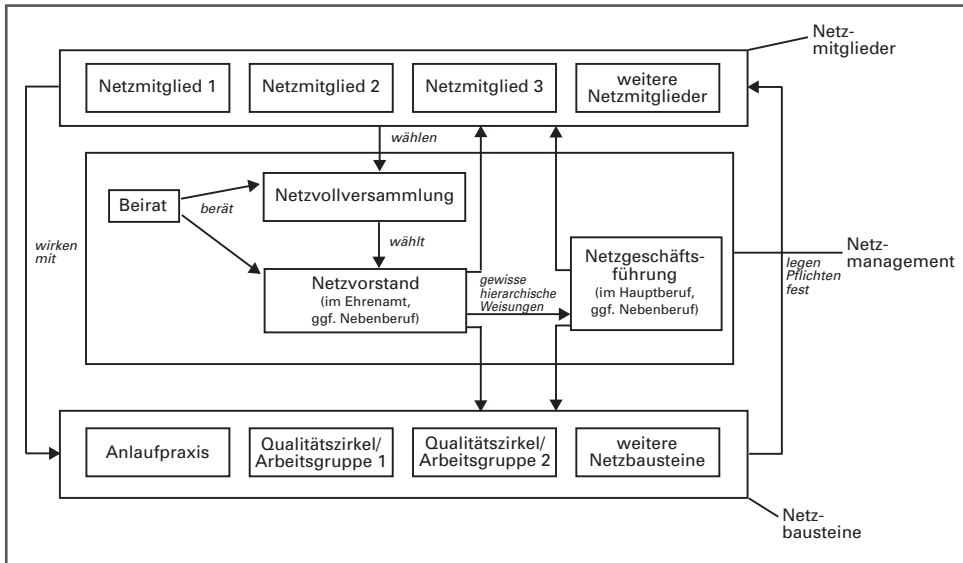


Abbildung: Die mögliche Stellung des Netzmanagements in der Aufbauorganisation eines polyzentrischen Gesundheitsnetzwerks (nach Braun und Güssow)

Management-Programme (DMPs) einerseits und – auf der Mikroebene – eine Landschaft von höchst unterschiedlichen Projekten andererseits. Diese sind teilweise primär durch den finanziellen Anreiz des Gesetzgebers getrieben, teilweise werden sie aber auch wirklich von der Idee einer besseren Versorgung getragen.

Gesundheitsnetzwerke zeichnen sich in Deutschland durch stark polyzentrisch geprägte Strukturen aus, das heißt, die Akteure agieren in diesen Strukturen formal und faktisch gleichberechtigt (siehe dazu *Abbildung*) [1]. Polyzentrische Systeme sind dadurch gekennzeichnet, dass sie nicht im streng dirigistischen Sinne steuerbar sind. Ein großes Risiko besteht für deutsche Netze darin, dass ein autorisiertes Steuerungszentrum (Geschäftsführer, Entscheidungsgremien etc.) seinen Führungsanspruch nicht einlösen kann. Leistungserbringer sind es bislang nicht gewohnt, in ihrer Entscheidungsfreiheit beschnitten und extern «controlled» beziehungsweise evaluiert zu werden. Die Implementierung von Weisungs- und Entscheidungshierarchien sowie «harter» Koordinationsmechanismen ist hierdurch stark erschwert³. Integrierte Versorgungsstrukturen sind fragile Organisationen. Die Schaffung eines «Mindestmasses an sozialer Organi-

siertheit» [2] ist zweifellos die zentrale Aufgabe eines Netzmanagements. Voraussetzung hierfür ist ein Konsens darüber, wie und in welchen Gremien Entscheidungen getroffen werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn Netzwerke bestrebt sind, neue (erfolgsorientierte) Vergütungsstrukturen einzuführen und Budgetverantwortung (capitation-Verträge) zu übernehmen, was gerade erfolgreiche deutsche Gesundheitsnetze der sogenannten zweiten Generation als zentrale Zielsetzung verfolgen.

Mittlerweile gibt es in Deutschland auch einige Best-Practice-Beispiele. Zu diesen gehören unter anderen die Genossenschaft Qualität und Effizienz (QuE) eG in Nürnberg, die Gesundheitsorganisation Region Ingolstadt (GoIn) und der Patient-Partner Verbund München. Diese Netze werden von einer Praxisnetzstudie der Universität Erlangen-Nürnberg [3] zu den fünf führenden Netzen hinsichtlich der Umsetzung eines Netzmanagement-Systems, des Aufbaus zielführender Prozesse und Strukturen sowie der Implementierung geeigneter Informations- und Kommunikationssysteme gezählt. Zu den etablierten Gesundheitsnetzen gehört zudem das Versorgungsmodell der Region Bünde, ferner das Netz beziehungsweise die Gesellschaft Gesundes Kinzigtal GmbH, die zurzeit eine erste populationsbe-

zogene integrierte Versorgung zwischen niedergelassenen Ärzten und einem Krankenhaus mit Budgetverantwortung entwickelt.

Instrumente und Planung

Leistungsgestaltung: Klassische Managed-Care-Instrumente haben in unterschiedlicher Weise und Ausmass Eingang in die medizinische Versorgung gefunden. Deutschland weist aktuell die Besonderheit auf, dass Disease-Management-Programme indikationsbezogen⁴ parallel zur Integrierten Versorgung als eigenständiges Element neuer Versorgungsformen umgesetzt werden. Netzwerke haben nicht zuletzt deshalb auch eigene, das Angebot komplementierende Disease-Management-Programme, zum Beispiel für Patienten mit Herzinsuffizienz oder psychischen Erkrankungen, entwickelt oder erbringen diese in Kooperation mit Gesundheitsdienstleistern. Denn idealerweise stellt Disease Management einen integrierten Bestandteil der Netzwerk-Versorgung dar.

Das Case-Management ist vorwiegend noch eine Domäne der Kostenträger, wenngleich seitens der Leistungserbringer Bemühungen erkennbar sind, neben der Koordination der medizinischen Behandlung auch die Rehabilitation und Pflege stärker miteinzubinden. Gatekeeping oder hausarztzentrierte Versorgung ist derzeit in Deutschland kein originäres Instrument von Netzwerken oder bereits bestehender Managed-Care-Strukturen, wird aber von diesen gerade auch im Rahmen der MVZ-Umsetzung zusehends eingesetzt. Auch die gesetzlichen Krankenkassen haben nach § 73 b SGB V seit 2004 den Auftrag, zur Sicherstellung der hausarztzentrierten Versorgung Verträge mit besonders qualifizierten Hausärzten zu schliessen und den Versicherten Hausarztmodelle anzubieten.

³ Deshalb stellen auch die Neuerung der Musterberufsdordnung und die Einführung von MVZ einen sehr weitreichenden systemverändernden Schritt im deutschen Gesundheitswesen dar, weil hierdurch erstmalig Leistungserbringer auch ins Angestelltenverhältnis übernommen werden können.

⁴ Strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V: Asthma/COPD, Brustkrebs, Diabetes mellitus, Koronare Herzkrankheit

Qualitätssteuerung: «Qualität und Transparenz werden zunehmend zu einem wichtigen Kriterium für die Patienten» [4]. Da die einzelnen Instrumente einer integrierten Versorgung in der Regel eine kostengünstigere Leistungserbringung zum Ziel haben, spielt für ein Netzwerk die Optimierung und Überwachung der Qualität eine ganz entscheidende Rolle. Ziel eines medizinischen Qualitätsmanagements ist, die Qualität der Leistungen zu verbessern und eine weitestgehende Strukturierung und Standardisierung der Leistungserbringung zu ermöglichen. Zahlreiche Anstrengungen werden in den Netzwerken – aber nicht nur hier – diesbezüglich unternommen. Sie reichen von evidenzbasierten Leitlinien und der verpflichtenden Mitwirkung an Qualitätszirkeln bis hin zur Implementierung kompletter Qualitätsmanagement-Systeme, die unter anderem eine Einhaltung der Netz-Spielregeln mit Bonus und Malus-Anreizen (auch finanzieller Art) verknüpfen. Die Installation von Behandlungspfaden oder das Arzneimittel-Management (Positivlisten) sind weitere Instrumente, die in den Netzwerken in unterschiedlicher Ausprägung bereits verwirklicht sind.

Vergütungssystem: Integrierte Versorgungsstrukturen der zweiten Generation zeichnen sich dadurch aus, dass sie über ein (virtuelles) Budget Verantwortung übernehmen (wollen), welches sektorübergreifend zumindest das Krankenhausbudget sowie das Budget für die Tätigkeiten niedergelassener Ärzte und das Arzneimittelbudget umfasst. Zentrales finanzwirtschaftliches Element ist die Berechnung der Kostenersparnis gegenüber einer Vergleichsgruppe. Für diese wird immer häufiger auf die Normkosten eines Patienten zurückgegriffen, der nach den Kriterien des Risikostrukturausgleichs klassifiziert wird. Zur internen Vergütung werden zunehmend erfolgs- und aktivitätsorientierte Vergütungssysteme eingesetzt.

Was vor einigen Jahren noch undenkbar erschien, ist mittlerweile Realität. Praktisch alle klassischen Managed-Care-Instrumente kom-

men seit 2004 auch in Deutschland zur Anwendung. Was bislang fehlt, ist die Verankerung der Versorgungsidee in einer in sich schlüssigen Gesamtkonzeption. Financiers werden dies in Zukunft auch in der Gesundheitsbranche verlangen. Die Erstellung und Weiterentwicklung eines professionellen Business-Plans werden daher unumgänglich. Krankenkassen haben schon jetzt damit begonnen, ihr Netzportfolio zu durchforsten und Verträge mit Netzen ohne erkennbares Weiterentwicklungspotenzial aufzukündigen.

Ausblick und Weiterentwicklung

An die Stelle der meisten aktuell noch zu beobachtenden indikationsbeschränkten IV-Verträge werden komplexe IV-Verträge treten, in denen die Vergütung erfolgsabhängig anhand von quantifizierbaren Qualitätskriterien erfolgt. Es ist auch nicht auszuschließen, dass die Versorgung in und über Netzwerke zukünftig einen wesentlichen Teil der Regelversorgung darstellen wird. Denn ein pauschaler Abschlag der aktuellen Regelversorgung zugunsten der Integrierten Versorgung ist längerfristig zumindest nicht haltbar. Kostenträger werden dann zunehmend versuchen, standardisierte Konzepte mit geringen Entwicklungs- und Koordinationskosten für Versorgungsstrukturen zu entwerfen, die auf regionale und bundesweite Versorgungsdefizite für segmentierte Patienten reagieren. Eine echte integrierte Versorgung wird jedoch nur gelingen, wenn alle Leistungserbringer (zum Beispiel auch die ambulante Pflege) einem Vergütungssystem unterliegen. Dies ist in Deutschland noch Zukunftsmusik und wird auch im Rahmen der IV nur äusserst selten umgesetzt, da hierfür das bisherige Verhältnis von Leistungserbringern und Gesetzgeber beziehungsweise Körperschaften nicht unerheblich verändert wird. Leistungserbringer, speziell solche in Netzwerken, sind jetzt gefordert, die Strukturen für ein effektives Personal-, Prozess- und Finanzmanagement aufzubauen, wohingegen sich der Gesetzgeber vermutlich zunehmend aus Vergütungs-

fragen zurückziehen⁵ und anstelle dessen Mindestanforderungen an die Behandlungsqualität statuieren wird⁶. In gleicher Hinsicht bedeutungsvoll für die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens sind deshalb Veränderungen innerhalb der internen Strukturen von Institutionen wie den Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen. Alle Akteure sind mit grossem Eifer daran, ihre Strukturen neu auszurichten, zukunftsfähige Strategien zu entwickeln und sich im Gesundheitsmarkt neu zu positionieren. Die nach aussen sichtbaren IV-Projekte sind hier nur die Spitze des Eisberges. ■

Autoren:

**Johannes Thormählen
und Jan Güssow**

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Johannes Thormählen
Mitglied der Geschäftsleitung

4sigma GmbH

Bajuwarenring 19

D-82041 Oberhaching

E-Mail:

johannes.thormaehlen@4sigma.de

Literatur:

1. Braun GE, Güssow J: Integrierte Versorgungsstrukturen und Gesundheitsnetzwerke als innovative Ansätze im deutschen Gesundheitswesen in: Braun G./Schulz-Nieswandt F. (Hrsg.): Liberalisierung im Gesundheitswesen – Einrichtungen des Gesundheitswesens zwischen Wettbewerb und Regulierung», S. 65–92, Baden Baden 2005.
2. Sydow J: Netzwerkorganisation. Interne und externe Restrukturierung von Unternehmungen. Wirtschaftswissenschaftliches Studium, 24. Jg., S. 629–634, 1995.
3. Schicker G, Kohlbauer O, Bodendorf, F: Praxisnetz-Studie 2006. Status quo, Trends und Herausforderungen. Management, Prozesse Informationstechnologie, abrufbar unter: http://129.233.114.43/global/show_document.asp?se=c=98021ac700b3fda6bed115653a51e970&id=aaaaaaaaajpsc.
4. Wambach V, Frommelt M, Lindenthal J: Integrierte Versorgung – Zukunftssicherung für niedergelassene Ärzte (Hrsg. Hellmann W). ecomed Medizin, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm, Landsberg 2005.

⁵ In den §§ 140 ff. SGB V zur Integrierten Versorgung finden sich zur internen Vergütung der Leistungserbringer keine Vorschriften.

⁶ Eine der Aufgaben des nach dem Vorbild des britischen NICE Instituts in Deutschland eingerichteten Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit, <http://www.iqwig.de>

Professionelles Management eines Hausarztnetzes

Für die optimale Grundversorgung einer Region ist die Professionalisierung von Ärztenetzen zwingend. Zu einem professionellen Management gehören eigene Daten und taugliche Steuerungsinstrumente, um erfolgreich in Vertragssystemen mit Risikobeteiligung bestehen zu können.

Yves Broccon, Alfred Rösli

Ein heterogener Ärzteverein aus Stadt- und Landärzten mit und ohne Selbstdispensation, Kinderärzten und vereinzelt Grundversorgern mit internistischer Subspezialität, der für die flächendeckende Grundversorgung zuständig ist, benötigt ein professionelles Netzwerkmanagement. Ein solcher Verein ist mit einem nebenberuflich tätigen Vorstand allein nicht in der Lage, die komplexen Fragen rund um Budgetverträge zu meistern und eine verbindliche Manged-Care-Kultur aufzubauen.

Zum aktiven Einbezug aller Netzwerkmitglieder ist «Knochenarbeit» an der Basis zu leisten, was beim hawa zur Bildung von geografisch definierten Basisnetzgruppen (BNG) mit 15 bis 25 Mitgliedern führte. MC-spezifische Fragen wie Kostenbeteiligung, Qualitätsstandards, neue Verträge oder Entschädigungsreglemente für Netzwerkarbeit werden in den

BNGs ausdiskutiert, Kommentare und neue Ideen gesammelt und an die Netzwerk-Führungskonferenz weitergegeben (siehe dazu *Grafik 1*). Die zweite, vor allem medizinisch-praktisch fokussierte Ebene bilden die elf hawa-Qualitätszirkel (QZ), die sich selbstständig formieren und von einem ausgebildeten und vom Verein entschädigten QZ-Leiter geführt werden. Das Ziel der QZ ist der enge Austausch persönlicher Erfahrungen, Stärken und Schwächen und der Aufbau einer ehrlichen Fehlerkultur im vertrauten Kreise, Fallbesprechungen, Diskussion neuer Trends und praxisbezogener Leitlinien. Die Protokolle werden im geschützten Teil der Homepage abgelegt und den anderen Netzmitgliedern zugänglich gemacht. Die QZ-Arbeit ist nach unseren Erfahrungen ein wichtiger Grundstein und auch Anreiz, sich in einem Netz für die eigene und die Netzwerkqualität zu engagieren.

Weitere wichtige Institutionen im Netzmanagement sind die jährlich organisierten Plattformveranstaltungen des Netzes und die Planungsklausuren des Verwaltungsrates der Betriebsgesellschaft, in denen vornehmlich an der Festigung der Netzwerkkultur, an Steuerungsinstrumenten und den Zukunftsperspektiven des Vereins und seiner Betriebsgesellschaft gearbeitet wird.

Anreiz und Steuerung der Patienten

Aus Sicht des Netzwerkmanagements ist für den Erfolg von Hausarztmodellen das vertraglich klar definierte Verhältnis zwischen Patienten, Leistungserbringern und Versicherern entscheidend, wobei jeder dieser Par-



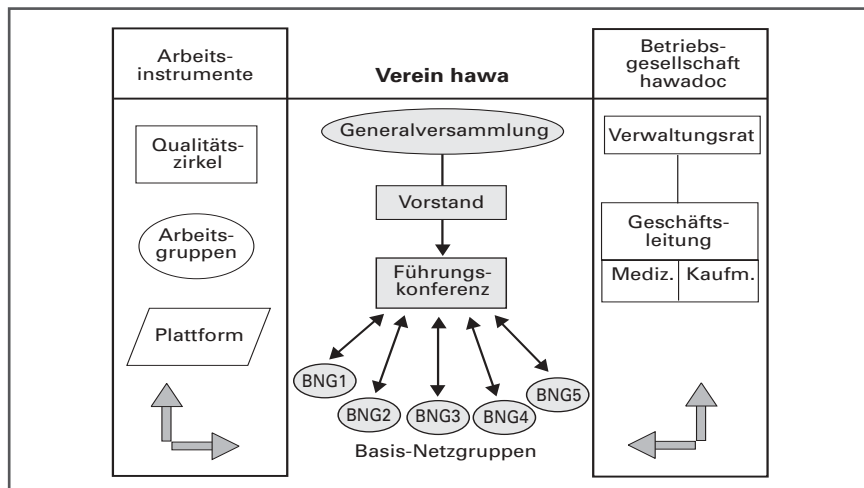
Yves Broccon



Alfred Rösli

teien ein gewisses Mass an Eigenverantwortung zuzuschreiben ist. In der Schweiz hat die freie Arztwahl nach wie vor einen hohen Stellenwert. Damit das Hausarztmodell gewählt wird, müssen Anreize geschaffen werden. Dazu gehört der finanzielle Aspekt, welcher in Form von Prämienreduktion oder reduziertem Selbstbehalt gewährt wird. Andererseits müssen aber auch qualitative

Anreize geschaffen werden. Die Nähe zum Patienten ist dabei ebenso entscheidend wie die Beziehung der Grundversorger in der Praxis und das Sichtbarmachen des Netzes und seiner Betreuungsphilosophie. Dafür braucht es Kommunikationsmittel wie zum Beispiel Flyer, in denen das entsprechende Modell erklärt wird, und Kundenpublikationen, die über das Netz informieren und auf aktuelle Managed-Care-Arbeiten hinweisen. Eine weitere Massnahme können Publikumsanlässe sein, bei denen Netzärzte die Nähe zur Öffentlichkeit suchen.



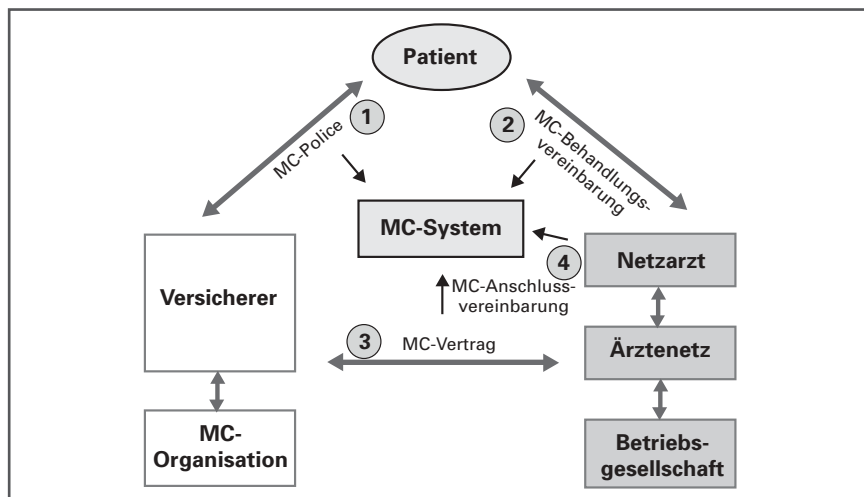
Grafik 1: Organisationsstruktur eines Ärztenetzes

Grundversorger als gleichberechtigte Partner

Um Grundversorger für die aktive Teilnahme in einem Netzwerk zu gewinnen, braucht es eine geschützte elektronische Vernetzung und eine niederschwellige Informationsvermittlung zur Betriebsgesellschaft. Die Netzwerkkultur und die gemeinsame Betreuungsphilosophie kann nicht befohlen oder «gemanagt» werden. Sie müssen wachsen und benötigen viel Zeit, Einsatz von Zugpferden und viel guten Willen. Damit der jeweilige Hausarzt weiss, welche seiner Patienten im Hausarztmodell sind und welche Kosten bei Drittleistungserbringern generiert werden, braucht er die entsprechenden Daten und ein professionelles Informationssystem. Ein solches System ermöglicht es, Bestandes-, Kosten- und Überweisungsdaten zentral zu verarbeiten, und verfügt über Schnittstellen von der Betriebsgesellschaft zu den Praxen sowie zu den Versicherungspartnern. Im Weiteren erlaubt es Controlling-Arbeiten, sowohl in der Arztpraxis als auch zentral über das ganze Netz. Die Erfahrung zeigt, dass eigene Daten im Hausarztmodell für die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Krankenversicherern eine absolute Grundvoraussetzung sind.

Symmetrisch abgestimmte Vertragsgrundlage

Die Betriebsgesellschaft für Ärztenetze hawadoc AG befasst sich mit dem Netzwerkmanagement des Hausärztevereins der Bezirke Win-



Grafik 2: Symmetrische MC-Vertragskonstruktion

terthur und Andelfingen (hawa). Der rund 100 Ärztinnen und Ärzte zählende Verein wurde 1996 gegründet und betreibt seit 1997 mit verschiedenen Krankenkassen und MC-Organisationen Hausarztmodelle. Zusammen mit namhaften Versicherern, den Betriebsgesellschaften thurcare und argomed und weiteren Managed-Care-Interessierten hat hawadoc 2000 und 2001 die Vertragsgrundlagen für die Zusammenarbeit mit den Krankenversicherern erarbeitet. Das neu entwickelte Konstruktionsprinzip erlaubt es, die im jeweiligen Vertragsverhältnis relevanten Rechte und Pflichten den verantwortlichen Parteien zuzuordnen (siehe dazu Grafik 2). Damit konnte die Symmetrie zwischen Ärztenetzen und Versicherern erreicht werden.

Heute basieren im hawa sämtliche Verträge mit den Versicherern auf dem daraus erarbeiteten AMC-Standard.¹

Systemabgeltung und Erfolgsbemessungsmodelle

Mit der Systemabgeltung durch die Krankenversicherer wird ein Teil der zusätzlichen, durch Managed Care anfallenden Steuerungsaufgaben entschädigt. Diese Abgeltung wird zu einem grossen Teil direkt den angeschlossenen Hausärzten gutgeschrieben.

Bei Erfolgsbemessungsmodellen mit Budgetverantwortung wird das Risiko gegenseitig klar eingeschränkt. Dabei sollen weder der Versicherer

¹ AMC: Arbeitsgemeinschaft Managed Care

noch das Ärztenetz aufgrund einer nicht vorhersehbaren Abweichung zwischen Budget und effektiven Kosten in ernsthafte finanzielle Schwierigkeiten geraten. Dennoch sollen mit dem Erfolgsbemessungsmodell Anreize für den kostenbewussten Umgang mit medizinischen Ressourcen geschaffen werden.

Eine Schwierigkeit bei Erfolgsbemessungsmodellen ist, ein möglichst struktur- und morbiditätsbereinigtes Budget zu erstellen. Das hawa-Netz hat sich diesbezüglich schon mehrfach für den Thurgauer Morbiditätsindikator (TMI) eingesetzt und kürzlich den TMI in einem breit angelegten Feldversuch codiert und nach wissenschaftlichen Kriterien ausgewertet. Aufgrund der positiven Ergebnisse der Studie kann die Verwendung des TMI in Budgetmodellen ernsthaft diskutiert werden [1].

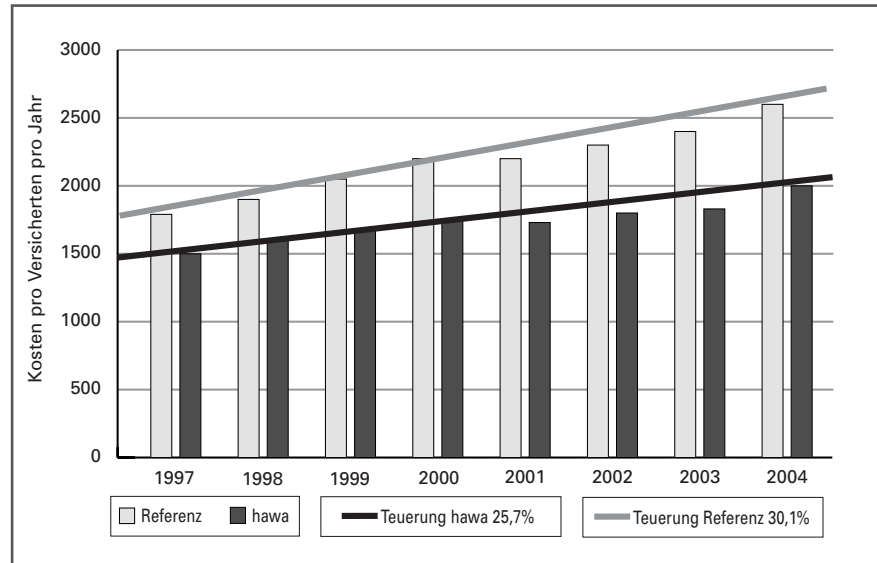
Finanzierung der professionellen Netzbetreuung

Die angeschlossenen Hausärzte bekennen sich durch finanzielle Mitbeteiligung zur professionellen Netzbetreuung. Diese Beiträge dienen zusammen mit einem Teil der Systemabteilungen der Krankenversicherer zur Finanzierung des Netzmanagements inklusive Betriebsgesellschaft. Die Betriebsgesellschaft arbeitet aber auch mit verschiedenen Partnern im Gesundheitswesen zusammen, wobei die «Charta für den Umgang mit Zuwendungen in Ärztenetzwerken» [2] als Basis dient und die nötige Transparenz und Rechtmässigkeit gewährleistet.

Kosteneinsparungen bei hoher Qualität

Damit die Zusammenarbeit mit einem Netzwerk für Krankenversicherer interessant wird, braucht es einen finanziellen Anreiz in Form von konkreten Kosteneinsparungen und/oder klare qualitative Vorteile für deren Versicherte.

Das hawa-Netz hat dank Qualitätsarbeit, verbesserter Behandlungsabläufe und der Verbesserung der Kommunikation unter den Hausärzten, mit den Spezialisten und den Spitälern jährlich 17 bis 23 Prozent an Behandlungskosten eingespart.



Grafik 3: Entwicklung Kostenvergleich pro Versicherten (1997–2004).

Quelle: hawadoc

Dies entspricht knapp 100 Millionen Franken innerhalb von acht Jahren. Weiter von Bedeutung ist, dass die Kosten im hawa-Hausarztmodell weniger stark steigen als vergleichbare Referenzkosten (siehe *Grafik 3*). Der hawa trägt damit also auch langfristig dazu bei, die Kosten im Gesundheitswesen tief zu halten.

Die Qualitätsentwicklung ist für Ärztenetze ein entscheidender Erfolgsfaktor für die längerfristige Existenz. Die vom Dachverband med-swiss-net eingesetzte Arbeitsgruppe, in welcher hawadoc aktiv mitwirkte, hat 2004/2005 das Indikatorenset Quali-med-net für Ärztenetze entwickelt. Der hawa ist derzeit mit der Umsetzung von Quali-med-net beschäftigt. Das Indikatorenset umfasst insgesamt 43 Qualitätsindikatoren und ist in folgende Dimensionen gegliedert:

1. Mitgliedschaft, Organisation, Infrastruktur
2. Interne und Externe Zusammenarbeit
3. Prozess-Management
4. Kommunikation
5. Outcome.

Professionelle Hausarztnetze für eine gesunde Medizin

Der hawa ist überzeugt, dass die Professionalisierung von Ärztenetzen eine *conditio sine qua non* für die optimale Grundversorgung einer Region darstellt. So genannte Listen-

oder Light-Modelle lassen das ganze Potenzial von professionalisiertem Managed Care ausser Acht, da die Leistungserbringer nicht vertraglich eingebunden sind. Nur professionell und gut gemanagte Netzwerke sind in der Lage, ihren Beitrag zu künftigen, integrierten Versorgungsmodellen zusammen mit Spezialisten, Spitälern, Pflegeorganisationen und weiteren Leistungserbringern und damit zur Versorgungsqualität und Kostenkontrolle zu liefern. ■

Autoren:

Dr. med. Alfred Rösli

Hausarzt in Winterthur-Seen und
Präsident des Verwaltungsrates
hawadoc AG

8400 Winterthur

E-Mail: alfred.roesli@hin.ch

Yves Broccon

dipl. Betriebswirtschafter HF
Kaufmännischer Leiter
hawadoc AG

8400 Winterthur

E-Mail: yves.broccon@hawadoc.ch

Literatur:

1. Spycher Stefan, Büro Bass. Der TMI, ein Indikator der zählt. Schweiz. Ärztezeitung 2006; 87(23): 1038–45.

2. med-swiss.net. Charta für den Umgang mit Zuwendungen in Ärztenetzwerken. Schweiz. Ärztezeitung 2005; 86 (49): 2701–03 und 2005; 86 (49): 1–5.

Neue Entwicklungen in Hausarztsystemen

Die Mehrheit der Schweizer Hausärzte ist noch nicht so weit organisiert und vernetzt, dass ein Hausarztsystem allein auf vertraglicher Basis möglich wäre. Diese Ärzte benötigen weitere Unterstützung auf dem Weg zu Managed Care. Mit der Ausweitung von Hausarztsystemen auf Nicht-Vertragsärzte wird ein erster Schritt in diese Richtung unternommen.

Georges F. Roux

Die Hausarztversicherung ist ein Versicherungsprodukt mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer gemäss KVG mit dem Gatekeeping als Basis. Die Versicherten verpflichten sich dabei, im Bedarfsfall immer zuerst den gewählten Hausarzt zu konsultieren. Dieser koordiniert die gesamte Behandlungskette der Patienten, woraus sich niedrigere Behandlungskosten ergeben.

Die in den letzten Jahren stark gestiegenen Prämien und eine unsichere Wirtschaftslage haben dazu geführt, dass Konsumenten Angebote suchen, die Versorgungsqualität und preisliche Vorteile bieten. Die Versicherten haben nebst der höheren Wahlfranchise vermehrt die Hausarztversicherung mit ihrem Prämienrabatt entdeckt. Die Ubiquität

dieser Versicherung ist in diesem Zusammenhang wichtiger geworden. Dies bedeutet, dass Krankenversicherer dieses Produkt in allen Regionen der Schweiz anbieten können.

Organisationsgrad entscheidend

Angesichts des zunehmenden Bedarfs an Hausarztversicherungen besteht der Bedarf, die bisher beschränkten Hausarztsysteme auf die gesamte Schweiz auszudehnen. Dabei ist der Organisationsgrad der Partner auf Ärzteseite entscheidend für die Zusammenarbeit mit den Versicherern, die von einfachen Verträgen bis hin zu Budgetverträgen mit Zielvorgaben und finanzieller Abgeltung reichen kann.

Unterschiedliche Prioritäten bei der Vernetzung von Seiten der Ärzte und bisher nicht erfüllte Erwartungen bei der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Krankenversicherern gehören zu den Gründen, weshalb es bisher noch keine schweizweiten Hausarztsysteme auf rein vertraglicher Basis gibt. Besonders die Hausärzte in ländlichen Kantonen sind für ein solches Vorhaben noch nicht genügend organisiert und vernetzt. Sie praktizieren Managed Care zwar seit langem, indem ihre Patienten sie auch ohne eine explizite Versicherungsform als Hausarzt und Gatekeeper konsultieren.

Zusammenarbeit intensivieren

Die Herausforderung besteht nun darin, diese Ärzte auf dem Weg zu vermehrtem Managed Care zu begleiten und offen zu sein für eine intensivere Zusammenarbeit, sobald sich entsprechende Möglichkeiten ergeben. Die nationale Ärztedemonstration im April dieses Jahres weist



Georges F. Roux

auf den erheblichen Handlungsbedarf hin.

Hausarztsysteme arbeiten in der Regel mit kantonalen Ärztereinen sowie regionalen und lokalen Ärztereinen zusammen. Kleinere Ärztereine sind oft historisch gewachsen und weisen Strukturen auf, die unter den heutigen Rahmenbedingungen kritisch werden können. Sobald eine intensivere Vertragslösung mit den Versicherern angestrebt wird, die eine gewisse Mitgliederzahl erfordert, geraten Ärztereine unter Wachstumsdruck. Sie riskieren dabei, den geschätzten persönlichen Kontakt unter ihren Mitgliedern zu verlieren. Aber auch grössere Ärztereine benötigen vermehrt professionelle Strukturen, die zeit- und kostenaufwändig sind.

In diesem Spannungsfeld müssen sich Ärztereine entscheiden, ob sie in der bisherigen locker organisierten Form weiter machen oder sich enger zusammenschliessen wollen. Denn unter dem zunehmenden Kostendruck sind Versicherer nur dann zu vertraglichen Lösungen mit finanzieller Entschädigung bereit,

wenn Ärztevereine vermehrt Zielvorgaben übernehmen.

Erweiterung des Systems

Einen Lösungsansatz bietet der Managed-Care-Dienstleister Unimedes an, der 20 kleinere und mittlere Krankenversicherer in der Schweiz betreut. Unimedes hat bis 2005 ausschliesslich mit Ärztevereinen und Ärztenetzen in der Deutschschweiz auf vertraglicher Basis zusammengearbeitet. Das Hausarztssystem beschränkte sich dabei auf die Ost-, Zentral- und Nordwestschweiz. Um dem steigenden Bedarf nach Hausarztversicherungen nachzukommen, hat Unimedes den Kontakt mit Ärzteorganisationen in Kantonen und Regionen gesucht, die durch das Hausarztssystem noch nicht abgedeckt waren. Die zahlreichen Kontakte mit potenziellen Partnern haben ergeben, dass es in nützlicher Frist unmöglich sein würde, genügend Ärzte für eine vertragliche Zusammenarbeit zu gewinnen.

Um diese Frage zu lösen, wurde im Hausarztssystem von Unimedes nebst den Ärzten in Hausarztvereinen und Ärztenetzen eine weitere Kategorie hinzugefügt. Die neue Ärztekategorie HAS-Light besteht aus Hausärzten, die in Kantonen und Regionen praktizieren, in denen Unimedes bisher über keine vertragliche Zusammenarbeit mit Ärzteorganisationen verfügt. Diese Hausärzte erfüllen die gleichen Kriterien wie organisierte Ärzte und werden als integrierter Bestandteil des Hausarztssystems betreut. Mit dieser Erweiterung der Ärztebasis konnte das Hausarztssystem auf die ganze Schweiz ausgeweitet werden und umfasst nun 120 000 Versicherte und 5300 Grundversorger der Disziplinen Allgemeine Medizin, Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Allgemeinpraktiker und Spezialärzte mit mehrheitlicher Hausarztstätigkeit.

Ärztetenetze als Promotoren

Ärztetenetze spielen in Hausarztssystemen eine zunehmend wichtige Rolle. Sei es, dass sie bisherige Initiativen im Qualitätsmanagement weiterentwickeln, neue Instrumente wie Case- oder Disease Management fördern,

auf neue Organisationsformen wie integrierte Netze hin arbeiten oder sich geografisch ausweiten. Ihre Managed-Care-Leistungen werden von den Versicherern denn auch in verschiedenen Vertragsformen abgegolten, welche den jeweiligen Zielvorgaben Rechnung tragen.

Ärztetenetze weisen mehrheitlich lokalen oder regionalen Charakter auf, und sie verfügen über eine beschränkte Anzahl an Ärzten. Im Hausarztssystem von Unimedes übernehmen diese Partner die Rolle von Managed-Care-Innovatoren in den kostenintensiven Städten und Agglomerationen. Den Nachweis, dass Ärztenetze das Kostenmanagement besser umsetzen als Ärztevereine, haben sie bisher allerdings nur teilweise erbracht.

Patientensteuerung

Die Effizienz der Steuerung von Hausarztpatienten durch Ärzteorganisationen ist ein grundlegendes Thema. Unter dem heutigen Kostendruck, der auf allen Beteiligten lastet, muss diese Frage prioritär beantwortet werden. Unimedes hat deshalb 2005 die ihrem Hausarztssystem angeschlossenen Ärztenetze und Vereine rückwirkend über einen Zeitraum von vier Jahren zur Überprüfung folgender Thesen analysieren lassen [1]:

1. Hausarztssysteme weisen niedrigere Kosten auf.

JA: Hausarztpatienten in den untersuchten Hausarztssystemen weisen niedrigere Kosten auf als konventionell Versicherte, wobei es Unterschiede zwischen den verschiedenen Hausarztssystemen gibt.

2. Die geringeren Kosten der Hausarztssysteme sind nicht nur auf Risiko-selektion, sondern auch auf eine effizientere Behandlungsweise zurückzuführen.

JA: Die geringeren Kosten der Hausarztssysteme sind grundsätzlich nicht nur auf eine günstigere Kostenstruktur zurückzuführen.

3. Gesteuerte Hausarztssysteme sind effizienter als locker organisierte Hausarztssysteme.

NEIN: Gesteuerte Hausarztssysteme sind nicht systematisch effizienter als locker organisierte Hausarztssysteme.

4. Die Behandlungsweise der Patienten in Hausarztssystemen unterscheidet sich nicht wesentlich von derjenigen der konventionellen OKP-Patienten.

JA: Es gibt keine Hinweise auf deutliche Unterschiede im Behandlungsstil.

Die Resultate der Analyse stellen bisherige Annahmen in Frage und alle Beteiligten in Hausarztssystemen vor neue Herausforderungen. Für die Ärzteorganisationen bedeutet es vor allem, dass sie sich vermehrt an ihren Steuerungsleistungen messen lassen, sich die finanzielle Abgeltung nach der Zielerreichung richtet und der Behandlungsstil thematisiert wird. Ärztevereine mit guter Steuerungsleistung, die bisher keine finanzielle Abgeltung erhalten haben, werden sich überlegen, ob sie Budgetverträge mit Abgeltung eingehen wollen. Denn dies bedingt einen erheblichen Aufwand zur Steigerung des Organisationsgrades.

Die Steuerungsleistung der Hausärzte der neuen Kategorie HAS-Light ohne vertragliche Bindung konnte bisher wegen der zu kurzen Zeitdauer noch nicht abschliessend beurteilt werden. Die mit den Ärzten in Ärzteorganisationen vergleichbaren Aufnahmekriterien für das Hausarztssystem, ihre Betreuung und die Falsifizierung der These 3 lassen erwarten, dass auch in dieser Ärztekategorie eine positive Steuerungsleistung eintritt. Wegen der grossen Zahl der im schweizweit angebotenen Hausarztssystem von Unimedes vorhandenen Ärzte ist somit ein signifikanter Beitrag zu Managed Care und insbesondere zur Kostenersparnis zu erwarten. ■

Autor:
Georges F. Roux

Dr. rer. pol.

Unimedes

Bereichsleiter Hausarztssysteme
und Versorgungsnetze

Haldenstrasse 25, 6006 Luzern

E-Mail: georges.roux@unimedes.com

Literatur:

1 Lehmann Hansjörg: Analyse der Hausarztssysteme der Unimedes – Eine empirische Untersuchung über ihre Wirksamkeit, interne Studie, Unimedes 2005/2006.

Moderne Informations- und Kommunikationstechnologien in Ärztenetzwerken

Anfang der Neunzigerjahre entstanden in der Schweiz die ersten Managed-Care-Modelle, heute bilden mehr als 4000 Ärztinnen und Ärzte rund 60 Ärztenetze. Um ihre Aufgaben zu erfüllen, setzen sie Managed-Care-Instrumente ein, wobei der Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologien (ICT)¹ eine zentrale Rolle spielt.

Karl Metzger

Zu Beginn der Managed-Care-Entwicklung bereitete der Informatikeinsatz – wie ICT damals noch genannt wurde – in Ärztenetzen mehr Sorgen als Freude. Mit dem technologischen Fortschritt haben sich auch die Ärztenetze weiterentwickelt. Sie sind als Organisationen von Leistungserbringern definiert, welche Versorgungsprozesse respektive die Gesundheitsversorgung optimieren. Durch verbindliches Zusammenwirken untereinander wie auch mit netzfremden Leistungserbringern und Kostenträgern sollen bessere Gesundheitsleistungen erbracht werden, die auf die

Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ausgerichtet sind [1]. Erfolgreiche Ärztenetze verfügen über unternehmerische Organisationsstrukturen und setzen ICT-Lösungen bei verschiedenen Hauptaufgaben gezielt ein. Diese Aufgaben werden im Folgenden detailliert dargestellt.

Transparenz in der gesamten Behandlungskette

Bei den ersten Gehversuchen der eher zufällig und sporadisch organisierten Ärztenetze anfangs der Neunzigerjahre wurde erkannt, dass die Steuerungsaufgaben der Netzärzte ohne das notwendige Instrumentarium einem Blindflug ohne Naviga-

«Durch verbindliches Zusammenwirken untereinander wie auch mit netzfremden Leistungserbringern und Kostenträgern sollen bessere Gesundheitsleistungen erbracht werden, die auf die Bedürfnisse der Patienten ausgerichtet sind.»

tionshilfe gleichkommen. Es wurde erkannt, dass Ärztenetze bessere, eigene und vor allem vollständige Datengrundlagen über die gesamte Behandlungskette benötigen, um die Möglichkeiten zur Optimierung von medizinischen Versorgungsprozessen genau auszuloten (siehe dazu *Grafik 1*). Dafür genügen die limitierten Möglichkeiten, welche ein einzelner Versicherer als Vertragspartner anbieten kann, nicht.



Karl Metzger

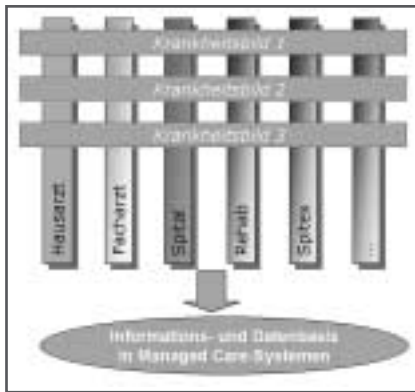
Es braucht Daten über das betreute Patientenkollektiv, die Behandlungswege oder eingeschlagenen Trampelpfade der Patienten sowie eine Übersicht über verschiedene Therapiemassnahmen und deren Auswirkungen auf die Kosten. Dabei bieten Ärztenetze nahezu ideale Voraussetzungen zum Aufbau umfassender Datengrundlagen. Denn in Managed-Care-Systemen schreibt sich der Patient bei einem Netzarzt ein, und so können – im Gegensatz zur Regelversorgung – alle Patienteninformationen entlang der Behandlungskette dem hauptverantwortlichen Leistungsbringer (zum Beispiel Hausarzt) zugewiesen werden. Daraus resultiert eine repräsentative und aussagekräftige Informations- und Datenbasis, die den Netzärzten Erkenntnisse ermöglichen, notwendige Steuerungsmassnahmen gezielt anzusetzen.

Informationen verfügbar machen

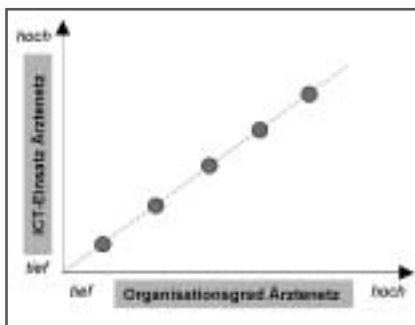
Für Managed-Care-Systeme müssen administrative Prozesse neu einge-

¹ Unter ICT wird hier der gemeinsame Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien zur Prozessoptimierung und Optimierung der Informationsflüsse zwischen Personen und Institutionen der Gesundheitsversorgung verstanden.

richtet und organisiert werden. Die Netzärzte brauchen zum Beispiel die jeweils aktuellsten Informationen über Managed-Care-Versicherte sowie die Überweisungs- und Kostendaten. Mit Hilfe von ICT sollen alle Vertragspartner diese möglichst un-



Grafik 1



Grafik 2

kompliziert und standardisiert einsehen und austauschen können. Das Bestimmen von relevanten Datenprozessen und die Anwendung eines Standards für die sichere, elektronische Vernetzung innerhalb und ausserhalb des Netzwerkes ist Voraussetzung für den Datenaustausch in Ärztenetzen. Dies bedingt auch einen verantwortungsbewussten Umgang mit sensiblen Daten, denn die Datenschutzbestimmungen im Schweizer Gesundheitswesen verpflichten auch Ärztenetze, solche Daten vor unberechtigtem Zugriff zu schützen. Das gilt insbesondere für patientenbezogene Informationen. Die regulären Internetverbindungen genügen diesen Anforderungen nicht.

Die Vernetzung in einem Ärztenetz birgt aber ein weit aus grösseres Po-

tenzial. Patienten-Behandlungspfade können auf die Durchlässigkeit von Informationen überprüft werden, und die Vernetzung ermöglicht ausserdem, weitergehende Informationen zur Optimierung von Prozessen und des Informationsflusses auszutauschen. Dazu gehören zum Beispiel der Datenaustausch mit ärztlichen Betriebsgesellschaften, elektronische Medikamentenbestellungen, Critical Incident Reporting System (CIRS), elektronische Qualitätszirkelarbeit, Informationsaustausch mit dem Spital. Um die Effizienz weiter zu steigern, können auch patientenspezifische und behandlungsrelevante Informationen verfügbar gemacht werden.

Ressourceneinsatz analysieren und optimieren

Die Netzärzte nehmen regelmässig an regional organisierten Qualitätszirkeln teil, welche den fachlichen Austausch sicherstellen und eine gemeinsame Betreuungskultur durch das Verfolgen kollektiver Versorgungsziele fördern. Mit Hilfe von ICT können Medikamentenverschreibungen, Überweisungs- und Behandlungsempfehlungen am einzelnen Patientenbeispiel oder am gesamten Patientenkollektiv diskutiert werden. Im Zentrum stehen dabei Fragen nach besseren Lösungen beim Ressourceneinsatz: Welche Patientengruppen beanspruchen welche Ressourcen? Wo sind die grössten Kostentreiber

Tabelle:

Häufig eingesetzte ICT-Lösungen

Ebene	Lösungen	Einsatzbereich
Arztpraxis-Software	zum Beispiel Ärztekasse, Aeskulap (Kern Concept), Vitomed (Vitodata)	Arztpraxis (Leistungsfakturierung, Praxisstatistiken etc.)
Managed-Care-Software²	BlueEvidence (BlueCare), Diretto (SanaCare)	Managed-Care-Systeme (Überweisungsmanagement, Kostencontrolling, Datenaustausch mit den Versicherern, Datenauswertungen)
e-Security	HIN-ASAS (Health Info Net)	Kommunikation, zur Unterstützung der Sicherheit (zum Beispiel von Arzt zu Arzt, von Ärztenetz zu Versicherer, von Spital zu Arzt etc.)
Management-Informationssystem (MIS)	zum Beispiel MIK ONE (MIK), Cognos	Analyse und Auswertung von Daten in einem Ärztenetz

bei den Ausgaben? Welche Patientengruppen verursachen die höchsten Kosten? Weiter können heute Projekte, wissenschaftliche Studien (zum Beispiel Validierungsstudie zum Thurgauer Morbitätsindikator [2]) – mit medizinischen Informationen ergänzt – realisiert werden, die ohne ICT-Unterstützung in Ärztenetzen nicht durchführbar wären.

Betriebswirtschaftliches Vertragscontrolling

Das Ausarbeiten von Managed Care-Verträgen mit Versicherern bedingt vonseiten der Ärztenetze genaue Kenntnisse über die eigene Situation sowie betriebswirtschaftliches Wissen. Mit Hilfe der ICT kann ein Ärztenetz viele Fragen selbst analysieren und das Kostencontrolling sicherstellen und damit zum Beispiel die Kassenabrechnungen plausibilisieren, longitudinale Vergleiche zu den Referenzwerten (zum Beispiel kantonaler Risikoausgleich) erstellen oder die Patientenquote der rückversicherten Grossrisiken berechnen. Dadurch erhält das Ärztenetz wichtige Entscheidungsgrundlagen und die notwendige Sicherheit bei der Zusammenarbeit mit den Partnern.

² Im Bereich der Managed-Care-Software ist BlueEvidence heute das grösste und einzige kassenunabhängige Informations- und Administrationssystem, das von 24 Ärztenetzen in über 700 Praxen in verschiedenen Regionen der Schweiz eingesetzt wird. Diese betreuen aktuell über 220 000 Managed-Care-Versicherte, die mit Hilfe von BlueEvidence bewirtschaftet werden können.

³ Eigenerhebung

Heutige ICT-Lösungen im Überblick

Wie bereits erwähnt, ist für die professionelle Führung eines Ärztenetzes das Netzmanagement bedeutend: Je besser Ärztenetze organisiert sind, umso höher und fortgeschrittener ist der Einsatz von ICT-Lösungen (siehe dazu *Grafik 2*). Ein Blick auf die Schweizer Netz-

«Mit Hilfe von ICT können Medikamentenverschreibungen, Überweisungs- und Behandlungsempfehlungen am einzelnen Patientenbeispiel oder am gesamten Patientenkollektiv diskutiert werden.»

werke zeigt, dass etwa die Hälfte aller Ärztenetze heute professionell organisiert sind und rund zwei Drittel dieser Netze auch ein Informationssystem einsetzen und über eigene Datengrundlagen verfügen³. Die ICT-Lösungen, welche heute von Ärzten und in Ärztenetzen primär eingesetzt werden, sind in der *Tabelle* dargestellt, die Liste ist dabei nicht abschliessend.

Zukünftiger Bedarf an ICT

Der Trend zu Managed-Care-Verträgen mit Budgetmitverantwortung

wird den Bedarf an ICT in Ärztenetzen weiter verstärken. Denn ohne eigene Versicherten-, Leistungs- und Kostendaten ist ein Ärztenetz der Willkür seiner Partner ausgeliefert [3]. In Zukunft wird hauptsächlich das Thema Prozessinnovationen einen noch höheren Stellenwert erhalten und die Entwicklungsvorgaben für ICT-Lösungen liefern. Denn das Potenzial in den Managed-Care-Systemen – vom einfachen Gatekeeping-Modell bis hin zum Aufbau von Gesundheitsnetzwerken als Nukleus integrierter Versorgungsstrukturen – ist noch lange nicht ausgeschöpft. Integrierte Versorgungssysteme sind aber ohne spezifische ICT-Lösungen für Ärztenetze nicht realisierbar.

Gesundheitskarten, Gesundheitsportale, das Zusammenführen von Patientinformationen (Patient Record Summary) treiben diese Entwicklung voran, sofern sie halten, was sie versprechen: Spürbare Verbesserungen in den Abläufen und in der Versorgungsqualität für alle Beteiligten, insbesondere für die Patientinnen und Patienten. Dabei muss das Rad nicht neu erfunden werden, eine gute Mischung bestehender und neuer Lösungsansätze, der Technologietransfer aus anderen Bereichen inklusive dem Ausland, ist der erfolgversprechendste Weg, um den zukünftigen Anforderungen mit durchdachten ICT-Lösungen gerecht zu werden. ■

Autor:

Karl Metzger

Eidg. Dipl. Organisator
Leiter Managed Care & Versorgungsmanagement

BlueCare

Pflanzschulstrasse 3

8400 Winterthur

E-Mail: karl.metzger@bluecare.ch

Internet: www.bluecare.ch

Literatur:

1. Stricker B.: Ärztenetze – Klärung eines Begriffs; Dachverband med-swiss.net. Schweiz. Ärztezeitung 2005; 86: Nr 15: 883–887.

2. Spycher St.: Der TMI – ein Indikator, der zählt. Schweiz. Ärztezeitung 2006; 87: 23 1038–1045.

3. Baumann Ph. Metzger K, Bühler A.: Budgetverantwortung ist ein Muss. Zeitschrift Managed Care 3/2005: 17–19.

Qualitätsmanagement in Netzwerken

Netzwerke müssen sich über die Qualität der medizinischen Versorgung profilieren. Das Preisargument der günstigeren Prämie oder des tieferen Selbstbehaltes für die Patienten soll erst in zweiter Linie eingesetzt werden und der Preisnachlass eine Folge des Qualitätsmanagements sein.

Felix Huber

Managed Care hat die Chance, durch eine bessere Koordination der medizinischen Behandlung die Abläufe effizienter zu gestalten und dabei die Betreuungsqualität zu verbessern. Dies konnte beispielhaft bei den Veteran Affairs in den USA gezeigt werden [1].¹ Durch eine bessere Steuerung wurden bei den wichtigen chronischen Krankheiten die Lebensqualität verbessert, die Überlebenszeit verlängert und die Kosten gesenkt. Managed Care in der Schweiz bewegt sich in einem hoch kompetitiven Umfeld und kann sich nur mit einer laufend praktizierten hohen medizinischen Versorgungsqualität durchsetzen. Die laufende Qualitätsoptimierung muss den beteiligten Leistungserbringern einen Gewinn bringen, und dies nicht nur im materiellen Sinn über eine bessere Entschädigung (höhere Taxpunktwerte, Steuerpauschalen). Qualitätsarbeit kann

nicht gegen den Widerstand der Leistungserbringer umgesetzt werden, sie muss so gestaltet sein, dass es den Beteiligten Spass macht und ihre Berufskompetenz stärkt. Dann erhöht sich die Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit und vermittelt Sicherheit bei der Patientenbetreuung. Um dieses zentrale Element von Managed Care laufend umzusetzen braucht es ein eigentliches Qualitätsmanagement mit folgenden Zielen:

1. Vermeidung von Zufälligkeiten und Abbau der Heterogenität des ärztlichen Handelns.
2. Verhindern von Unterversorgung, insbesondere unter Budgetmitverantwortung.
3. Aufbau von Qualitätsmarken.

Die eingesetzten Mittel zur Erreichung dieser Ziele sind:

- regelmässige, hochfrequente und gut strukturierte Qualitätszirkelarbeit
- gemeinsames Erarbeiten von evidenzbasierten Handlungsleitlinien
- personelle und finanzielle Ressourcen zur Aufarbeitung der relevanten Themen
- laufende Kosten-Nutzen-Analysen und Datenzugang für Quer- und Longitudinalvergleiche
- Critical Incident Reporting.

Vermeidung von Zufälligkeiten und Abbau der Heterogenität

Netzwerke bieten Ärzten die grosse Chance, ihr Handeln vergleichen zu können [2]. Das fängt bei der kontinuierlichen Überweisungs- und Hospitalisationsbesprechung an. Ärzte gehen oft davon aus, dass ihr Handeln «richtig» sei. Aussagen wie: «Ich habe noch nie einen Patienten



Felix Huber

unnötig hospitalisiert» oder «Ich mache schon eine sehr sparsame Medizin» sind seltsame Blüten einer Vereinzelungskultur in unserem Berufsalltag. Wir können den Vergleich unter den Kollegen systematisch über Fallvignetten, Lernschlaufen

«Netzwerke bieten Ärzten die grosse Chance, ihr Handeln vergleichen zu können.»

oder Performance-Messung angehen. Lernschlaufen definieren eine Ausgangsfrage, zum Beispiel: Wie gehe ich bei einer akuten Tonsillopharyngitis vor? Dann werden Patientendaten gesammelt, verglichen und Schlussfolgerungen gezogen. Nach einer gewissen Zeit wird die Umsetzung des Gelernten überprüft. Fallvignetten sind eine Stufe einfa-

¹ Ashton C.M. Hospital Use and Survival among Veteran Affairs Beneficiaries. NEJM 2003; 349: 1637-1646

cher. Sie stellen einen hypothetischen Fall dar. Die einzelnen Ärzte beantworten die dazu gestellten Fragen, zum Beispiel: Wie würde ich bei einem Harnwegsinfekt vorgehen? Die Antworten werden analysiert und verglichen. Wie bei der Lernschleife erfolgt jetzt das gemeinsame Erarbeiten einer Handlungsleitlinie. Man einigt sich unter Beizug der Evidenzliteratur auf einen gemeinsamen Nenner. Auch hier wird nach einer gewissen Zeit das hypothetische Handeln und somit das Wissen um Handlungsänderungen erneut erfasst. Performance-Messung setzt die höchsten Ansprüche. Alle Patienten mit einer bestimmten Diagnose (etwa Diabetes oder KHK) werden aufgrund festgelegter Indikatoren laufend und prospektiv erfasst. EQUAM wird ab 2007 auch Zertifikate für die Performance erteilen [3].²

Unterversorgung verhindern

Bei der Budgetmitverantwortung sind eine Reihe von Massnahmen zu treffen, damit es nicht zu einer Unterversorgung kommt. Die Budgetverantwortung darf nie auf den einzelnen Arzt bezogen sein. Ein Budget wird von einer Gruppe von Ärzten (25–50) gemeinsam getragen. Der einzelne Arzt ist bereit, sein Handeln innerhalb der Gruppe völlig transparent zu gestalten. Das Risiko wird gemeinsam getragen. Für teure Fälle gibt es eine Rückversicherung. Die Budgetberechnung wird in Zukunft auch Morbiditätsdaten miteinbeziehen. Die Ärzte im Netzwerk sind primär ihren Patienten verpflichtet. Würden sie nicht so handeln, würden die Patienten diesen Arzt nicht mehr aufsuchen.

Die Patienten sind vollständig in die Entscheidungsfindung miteinbezogen. Es werden die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten auch in ihrer ökonomischen Dimension besprochen und aufgezeichnet. Damit Ärzte diese Aufgabe übernehmen können, brauchen sie rasch verfügbare Entscheidungshilfen (Guidelines) und Zeitfenster für dieses oft

äusserst komplexe Fallmanagement (Case Management). Die Ärzte stellen den Patienten die für ein Shared Decision Making notwendigen Informationen in Patientendossiers zusammen. Alle diese Unterlagen sind öffentlich einsehbar und unterstehen damit einer gewissen Kontrolle.

Aufbau von Qualitätsmarken

Ärztetnetze mit gleicher Betreuungphilosophie unterstellen sich einer Qualitätsmarke, einem Qualitätslabel, das für die Versicherten klar erkennbar und nachvollziehbar ist. Die beteiligten Ärzte sind aus eigenem Interesse darum besorgt, dass diese versprochenen Qualitätsstandards eingehalten werden. Inhalt einer solchen Marke kann zum Beispiel sein, dass sämtliche medizinischen Möglichkeiten offen stehen, dass diese aber möglichst sorgfältig und nach ausführlicher Information eingesetzt werden.

Das Einhalten der Qualität kann von aussen überprüft werden. Alle Ärztenetze unter einem gemeinsamen Label lassen ihre Leistungen

«Ärztetnetze mit gleicher Betreuungphilosophie unterstellen sich einer Qualitätsmarke, einem Qualitätslabel, das für die Versicherten klar erkennbar und nachvollziehbar ist.»

von aussen überprüfen und zertifizieren. Bereits heute verteilt die EQUAM-Stiftung Qualitätszertifikate für Einzel- und Gruppenpraxen und Ärztenetze. Diese bereits heute hohen Anforderungen können in Zukunft noch durch die Überprüfung der speziellen Labelinhalte erweitert werden.

Das Modell MediX etwa will sich als Dienstleistungsmarke im Gesundheitswesen etablieren. Wir haben dazu den Verein MediX Schweiz gegründet, der über den Markeninhalt befindet und die Einhaltung kontrolliert [4].³ Um diese Ziele zu er-

reichen, braucht es personelle und finanzielle Ressourcen und organisatorische Strukturen, die im Folgenden erläutert werden.

Gut strukturierte Qualitätszirkelarbeit

Ein Qualitätsmanagement in Ärztenetzen setzt regelmässige QZ-Arbeit voraus. MediX Zürich bietet seine QZ wöchentlich an und verlangt 20 Teilnahmen pro Jahr. Die QZ sollen die EQUAM-Kriterien erfüllen:

1. Regelmässigkeit (mindestens 8-mal jährlich).
2. Fester Kreis: der Zirkel ist in seiner Zusammensetzung definiert.
3. Moderation: Die Zirkelarbeit ist strukturiert und von einem Moderator geführt (SGAM-Kurse nicht als Bedingung).
4. Themenzentrierung: Jede Sitzung ist einem zuvor festgelegten und klar umschriebenen Thema gewidmet, das für die medizinische Qualität relevant ist. Es muss sich nicht notwendigerweise um eine Guideline handeln. Das Sitzungsziel ist definiert (Guideline, Erfahrungsaustausch, Entscheidung, Supervision, etc.).
5. Protokollieren: Von jeder Sitzung wird ein Protokoll erstellt und an die Teilnehmer versandt, inklusive Liste der Teilnehmer.
6. Die Qualitätszirkelarbeit soll Lernschleifen ermöglichen.

Evidenzbasierte Handlungsleitlinien

Beim Abbau des heterogenen Handelns und bei den laufenden Kosten-Nutzen-Überlegungen geht es immer um die «richtige» Medizin. Diese muss von den Teilnehmern des Ärz-

«Die Teilnehmer eines Ärztenetzes müssen zur vollständigen Transparenz bereit sein.»

tenetzes definiert werden. Praktisch sieht das so aus, dass einer der Ärzte des Netzes die Leitung für ein bestimmtes Thema übernimmt. Er arbeitet aufgrund einer ausführlichen kritischen Literaturrecherche

² www.equam.ch

³ Wirthner A. MediX Schweiz – eine Marke in der Gesundheitsversorgung. *Ars Medici* 2006; 13: 598–599

einen Entwurf. Dieser wird in den Qualitätszirkeln diskutiert. Falls vorher eine Fallvignette oder eine Fallsammlung (Lernschleife) begonnen wurde, werden abweichende Meinungen offen diskutiert. Die Umsetzung der Leitlinien kann systematisch, wie oben beschrieben, oder kasuistisch bei den Überweisungsbesprechungen überprüft werden.

Aufarbeitung relevanter Themen

Diese Qualitätsarbeit setzt die notwendigen Ressourcen voraus. Der Leiter und Co-Leiter sollen eine Moderatorenausbildung haben. Die Vorbereitung und Nachbearbeitung eines QZ entspricht einem Pensum von zwei bis vier Stunden pro QZ. Dieser Aufwand, wie auch die Durchführung, muss finanziell abgegolten werden. Die Teilnahme am QZ wird bei MediX Schweiz denn auch abgegolten. Wir können dies dank der Steuerungspauschale, die uns gemäss den Capitation (Budget)-Verträgen zusteht. Die Aufarbeitung der relevanten Themen setzt den Online-Zugang zu den wichtigen Informationsquellen voraus.

Kosten-Nutzen-Analysen und Datenzugang

Die oben erwähnten Massnahmen führen unweigerlich zu Kosten-Nutzen-Überlegungen. Wir stellen zum Beispiel fest, dass das Verschreibungsverhalten bei den Protonenpumpenblockern sehr unterschiedlich ist. Die evidenzgeführte Dis-

kussion zeigt, dass alle PPI gleichwertig, die Preise aber sehr unterschiedlich sind. Deshalb einigt sich das Ärztenetz auf ein Produkt, handelt vergünstigte Einkaufsbedingun-

«Die Meldung von Fehlern entlastet die Kollegen auch von Schuldgefühlen und führt zu einem Lerneffekt bei allen Beteiligten.»

gen aus und gibt den Rabatt gesetzeskonform weiter. Im weiteren Verlauf wird die Änderung des Verschreibungsverhaltens analysiert und im Ärztenetz verglichen [5].⁴ Die Teilnehmer eines Ärztenetzes müssen zur vollständigen Transparenz bereit sein. Konkret bedeutet dies, die Daten von *santé-suisse*, Trustcenters, externen Labors, OFAC und so weiter und die von den Kassen gelieferten Kostendaten pro Arzt werden analysiert, verglichen und diskutiert.

Critical Incident Reporting (CIR)

Ein CIR in der Grundversorgung kann zu einer laufenden Qualitätsoptimierung beitragen. Voraussetzungen sind ein Klima des Vertrauens und eine Atmosphäre des «Irren ist menschlich». Die Meldung von Fehlern entlastet die Kollegen auch von Schuldgefühlen und führt zu einem Lerneffekt bei allen Beteiligten. Ein konstruktiver Umgang mit Fehlern kann sich nur im gegenseitigen Respekt unter ehrlicher kollegialer

Offenheit und Bereitschaft von allen Beteiligten zur Selbstbescheidenheit entwickeln [6].⁵

Qualitätsmanagement in Netzwerken setzt professionelle Strukturen und eine angemessene Aufwandsentschädigung voraus. Ärztenetze mit Budgetverantwortung können über die mit den Kassen ausgehandelte Steuerungspauschale die Qualitätsaufwendungen finanzieren. Das Qualitätsmanagement lässt sich aber nur umsetzen, wenn es allen Beteiligten einen direkt spürbaren Mehrwert für die Patientenbetreuung bringt. Wenn diese Voraussetzung erfüllt ist, wird die Qualitätszirkelarbeit zur wichtigsten Fortbildung für die Ärzte. ■

Autor:

Dr. med. Felix Huber

Leiter MediX Ärzte Zürich

MediX Gruppenpraxis

Rotbuchstrasse 46

8037 Zürich

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

Internet: www.medix.ch und

www.medix-gruppenpraxis.ch

Literatur:

1. Ashton CM: Hospital Use and Survival among Veteran Affairs Beneficiaries. *NEJM* 2003; 349: 1637-1646.
2. Goetschi AS, Weber A: Ein Budget für Ärzte. *Schweiz Ärztezeitung*. 2004; 85: 2498-2503.
3. www.equam.ch
4. Wirthner A: MediX Schweiz – eine Marke in der Gesundheitsversorgung. *Ars Medici* 2006; 13: 598-599.
5. Baumberger J: So funktioniert Managed Care. Stuttgart: Thieme Verlag; 2001.
6. Huber F: CIR in der Grundversorgung. *Schweizerische Ärztezeitung* 2002; 83(28): 1517-1521.

⁴ Baumberger J. So funktioniert Managed Care. Stuttgart: Thieme Verlag; 2001.

⁵ Huber F. CIR in der Grundversorgung. *Schweizerische Ärztezeitung* 2002; 83(28): 1517-1521

Die Anstrengungen der Grundversorger zeigen Wirkung

Eine Erweiterung des Hausarztsystems soll dazu beitragen, mehr Kunden für dieses Versicherungsmodell zu gewinnen und Kosten zu sparen. Am Beispiel eines so genannten Light-Modells wird aufgezeigt, wo die Möglichkeiten und Grenzen solcher Bemühungen liegen.

Enrico Giovanoli

Ein Grund, weshalb es Hausarztssysteme überhaupt gibt, ist unter vielen anderen auch das 1996 in Kraft getretene KVG¹. Dort ist in Art. 41 die freiwillige Einschränkung der Arztwahl für die Versicherten aufgeführt, und andererseits in Art. 62 die Möglichkeit für Versicherer, dadurch die Prämien zu vermindern, festgelegt. Zusätzlich spielt für die nachfolgenden Betrachtungen auch Art. 32 eine entscheidende Rolle, wonach die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen. Diese Hinweise auf die gesetzliche Basis sind insofern wichtig, als es sich um eine obligatorische Versicherung handelt und die Versicherten innerhalb des Obligatoriums wenig Auswahl haben.

Unterschiedliche Betrachtung von Hausarztssystemen

Der Begriff hat je nach Sichtweise eine unterschiedliche Bedeutung: Der Arzt versteht sich als Grundversorger und erster Ansprechpartner, der

den Patienten über eine längere Zeit begleitet. Dies geschieht ganzheitlich, und es entsteht auch eine persönliche Beziehung zum Patienten. Dabei gibt es einen neuen Ansatz, wonach die Ärzte nicht nur Patienten vor sich haben, sondern gleichzeitig auch Kunden, die nicht unbedingt nur im Krankheitsfall als Patienten in die Praxis kommen, sondern auch vorbeugend, beispielsweise bei Fragen zur Prävention.

Ausserdem ist mit dem KVG ein Druck auf die Kostenkontrolle entstanden, der in einem Zusammenschluss von Ärzten oder in Netzwerken besser aufgefangen werden kann. Kompetenzzentren, Qualitätszirkel, Trustcenters, der Aufbau von Praxisspiegeln und das Sammeln von Daten als Basis für Regelkreise sind sehr gute Massnahmen, um die Kosten im Griff zu behalten und gleichzeitig die Qualität zu verbessern. Hausarztssysteme gibt es zurzeit als Produkt in drei Ausprägungen: als Netzwerke, als Vereine sowie für einzelne Ärzte, wobei Letztere nur in Frage kommen, wenn sie zu den Grundversorgern zählen.

An diesem Punkt besteht nun ein Unterschied in der Betrachtungsweise zwischen Ärzten und Versicherungen: Während Ärzte nur Netzwerke und Vereine als Hausarztssystem im Sinn von Managed Care betrachten, betrachten einige Versicherungen auch Grundversorger, die nicht in einem Netz eingebunden sind, als Bestandteil des Produktes HAS.

Zwei Modelle im Vergleich

Um die Unterschiede zwischen einem HAS-Modell gegenüber dem ordentlichen Modell (Sana)² zu erfassen, führte die Versicherung Pro-



Enrico Giovanoli

vita eine Untersuchung im Kanton Zürich durch. Dafür wurden zwei Gruppen von erwachsenen Versicherten gebildet und während des ganzen Jahres 2005 beobachtet. Der Zeitraum und die Zahl der Versicherten (Gruppe Sana: 22 000, Gruppe HAS: 7000) waren dabei genügend gross gewählt, um konkrete Hinweise auf Unterschiede zu erhalten. Die Personen der Gruppe HAS-Modell nannten einen Netzwerkarzt als Hausarzt und waren in einem HAS-Modell versichert.

Bei solchen Untersuchungen ist zu beachten, dass das Zahlenmaterial nur Rechnungen enthält, die an die Versicherung eingereicht werden. Die aufgezeigten Werte geben deshalb keinen direkten Aufschluss über die effektiven Kosten, die in der Arztpraxis entstanden sind. Da diese Feststellung auf beide beobachteten Gruppen zutrifft, ist sie für die wei-

¹ Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994.

² Als ordentliches Modell wird hier die Versicherung mit der gesetzlichen Franchise von Fr. 300.- (Erwachsene) bezeichnet. Die Provita verwendet den Produktnamen Sana.

tere Betrachtung vernachlässigbar. Die relativen Unterschiede sind hier den absoluten Werten vorzuziehen. Weiter beschränkt sich die dargestellte Analyse auf Arztrechnungen. Das bedeutet, Kosten für Medikamente, Spital- und Folgebehandlungen wurden nicht ausgewertet.

Franchisewahl bei Sana und HAS

Der versicherungstechnische Ertrag wird neben den bereits erwähnten Faktoren Prämien und Leistungen zusätzlich von der Franchisewahl beeinflusst. Die beiden betrachteten Gruppen weisen eine stark unterschiedliche Franchisestruktur auf (siehe *Tabelle*).

Weiter zeigte die Untersuchung, dass HAS-Versicherte 15 Prozent weniger Rechnungen einschicken, seltener zum Arzt gehen oder gesamthaft gesehen weniger Konsultationen haben (siehe *Grafik 1*). Die Werte beziehen sich dabei auf erwachsene Personen im Kanton Zürich. Auch wiesen die Rechnungen der HAS-Versicherten kleinere Beträge auf, gesamthaft waren es 20 Prozent weniger, wie die Analyse der Arztkosten ergab (siehe *Grafik 2*).

Betrachtet man nun *Tabelle* zusammen mit den beiden *Grafiken*, ergeben sich daraus einige Fragen, die allerdings nur subjektiv sein können:

- Sind die HAS-Kunden gesünder?
- Sind die Kosten bei den HAS-Ärzten tiefer? Wird effizienter und effektiver behandelt?
- Sind die HAS-Kunden risikofreudiger, da sie sich gesünder fühlen als die übrigen Personen?
- Welche Rolle spielen die Franchisen?

Der Grundgedanke beim Hausarztmodell und beim HAS-System ist die ganzheitliche und über einen längeren Zeitraum dauernde Betrachtung. Somit dürfte es schwierig werden, Ursache und Wirkung in dieser Beziehung genau zu trennen. Trotzdem zeigt sich, zumindest für den heutigen Zeitpunkt, dass die Anstrengungen der Hausärzte Wirkung zeigen. Sicher spielt bei der Produktwahl der Versicherten auch deren Gesundheitszustand eine Rolle, denn

Tabella:
Verteilung der Franchisen

Modell	Franchise CHF	2003	2005
Sana	300	49%	49%
Sana	ab 1500	28%	34%
HAS	300	39%	37%
HAS	ab 1500	34%	46%

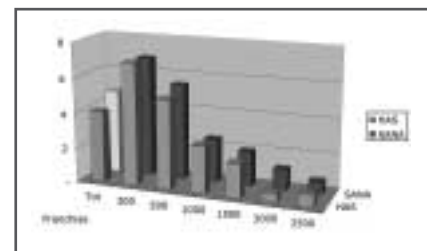
Gesunde rechnen nicht mit Arztbesuchen und versuchen, die Prämie so tief wie möglich zu halten. Die Untersuchung hat auch gezeigt, dass die Franchise das Verhalten der Versicherten beeinflusst. Der Effekt der Franchisewahl auf die Rechnungen ist für beide Gruppen in etwa vergleichbar und kann somit beim Aufzeigen der Unterschiede vernachlässigt werden.

HAS-Light – Managed Care oder bloss Marketinginstrument?

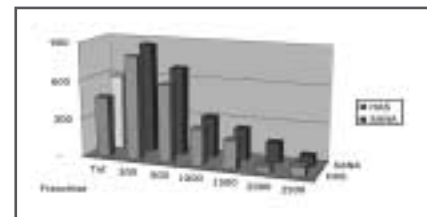
Mit der Absicht, den Grundgedanken des Hausarztmodells breiter zu streuen, hat der Versicherer Provita zusammen mit dem Managed-Care-Partner Unimedus zu Beginn dieses Jahres das Modell HAS-Light eingeführt. Dieses neue Modell ermöglicht es auch Ärzten, die Grundversorger sind und noch nicht in einem HAS-Verein oder HAS-Netz integriert sind, teilzunehmen. Der Versicherte verpflichtet sich dabei, als Erstes immer den Hausarzt aufzusuchen. Dafür erhält der Versicherte einen Rabatt auf die Grundversicherungsprämie. Obwohl das HAS-Light-Modell strukturell keine weiteren expliziten Qualitätsmassnahmen, Datenmanagement oder Kompetenzaufbau in Managed Care enthält, erwarten die beiden Anbieter, dass sich das System positiv auf die Kostenentwicklung auswirkt.

Die Ärzte von HAS-Netzwerken mögen einwenden, dass durch das Fehlen der vorgängig genannten Systeme und Konzepte in der Leistungserbringung mit dem HAS-Light-Modell wenig oder keine weiteren Kosteneinsparungen zu erzielen sind oder dass die bestehenden Netzwerke untergraben werden. Dies ist aus Sicht der Provita eindeutig nicht

der Fall. Die bestehenden Netzwerke haben in der Zwischenzeit derart gute Strukturen aufgebaut, dass sich ohne weiteres ein Unterschied zum HAS-Light-Modell ausmachen lässt (siehe dazu die entsprechenden Jahresberichte 2005 der verschiedenen Netzwerke). Für die Hausärzte kann und muss das HAS-Light-Modell zudem eine Einladung sein, sich inten-



Grafik 1: Anzahl Arztrechnungen pro versicherte Person, Jahr 2005



Grafik 2: Arztkosten in CHF pro versicherte Person, Jahr 2005

siver mit der Materie zu befassen und die Teilnahme in einem Netzwerk oder die Gründung eines solchen in Erwägung zu ziehen. So betrachtet kann die eingangs gestellte Frage nicht eindeutig beantwortet werden – HAS-Light ist aber mehr als ein Marketinginstrument, denn der – freiwillig eingeschränkte – Gang zum gleichen Arzt ist auch ein erster Schritt zu Managed Care.

Kein monetärer Anreiz bei hohen Franchisen

Unbeantwortet ist die Frage, ob ein HAS-Light-Modell von den Versicherten als reines Sparmodell wahrgenom-

men wird. Der von Provita festgestellte grosse Zulauf könnte ein Indiz dafür sein.³ Auch wenn der ursprüngliche Entscheid eines Versicherten rein monetär begründet ist, sich dieser

aber anschliessend an die Regeln des Hausarztsystems hält, besteht der Erfolg darin, dass ein zusätzlicher Kunde für das Hausarztssystem gewonnen werden konnte.

Gleichzeitig wird die Prämiengestaltung immer schwieriger, da neben der eingeschränkten Arztwahl auch Wahlfranchisen angeboten werden. Die maximale Franchise von CHF 2500 zwingt fast alle Versicherer, den Rabatt auf die maximal erlaubte Höhe von 50 Prozent gegenüber der Grundprämie festzulegen. Ein zusätzlicher Rabatt für die Teilnahme an einem HAS-System kann nicht gewährt werden. Somit verschwindet bei den hohen Franchisen der monetäre Anreiz, ein HAS-Produkt zu wählen. Kunden mit maximal gewählter Franchise werden sich überlegen, ob sie sich ohne zusätzlichen Rabatt in der Arztwahl einschränken wollen. Es bleibt ihnen ja unbenommen, stets den gleichen Hausarzt zu konsultieren und diesen zu gegebener Zeit zu wechseln. In diesem Zusammenhang ist der Gesetzgeber gefordert, weitere Massnahmen für Managed Care zu verankern. Aber auch die Hausärzte und Netzwerke sind aufgerufen, ihre Anstrengungen weiter voranzutreiben.⁴ ■

Autor:

Enrico Giovanoli

Delegierter des VR

PROVITA Gesundheitsversiche-

rung AG

Postfach

8401 Winterthur

enrico.giovanoli@provita.ch

³ Die Zahl der Provita-Versicherten im HAS-Modell stieg von 14 Prozent im Jahr 2000 auf über 40 Prozent im Jahr 2006. Der Durchschnitt für den Anteil an HAS-Versicherten betrug in der Schweiz im Jahr 2005 etwas mehr als 10 Prozent.

⁴ Siehe dazu Tages-Anzeiger: Mehr Lohn für Hausärzte, die sich vernetzen. 10.7.06, S.3.

Entwicklung der Hausarztmodelle in der Schweiz von 1999 bis 2006

Kanton	Anzahl Versicherte										Anzahl Ärzte									
	1.1.1999	1.1.2000	1.1.2001 ¹	1.1.2002	1.1.2004	1.1.2005	1.1.2006	1.1.1999	1.1.2000	1.1.2001	1.1.2002	1.1.2004	1.1.2005	1.1.2006						
AG	93 795	92 002	90 786	94 956	76 328	81 072	92 147	333	331	331	320	323	323	332						
AI/AR	5744	5392	4946	4315 (1558) ¹	2334	2058	2358	44	41	43	50	36	36	30						
BE	36 031	38 695	51 347	52 018 (34 998) ¹	31 044	31 687	46 823	900	744	738	977 (740)	946	904	981						
BL	14 076	14 807	15 855	13 825 (6748) ¹	12 000	12 565	12 859	135	146	144	154	160	293	293						
BS	3019	242	2244	2202	14 385	20 901	22 789	92	34	37	39	70	83	83						
FR	3059	3059	2244	2202	2158	2107	2620	152	152	150	113	113	113	112						
GE	10 098	19 711	20 286	19 294	22 948	27420	27 857	638	400	409	225	287	307	310						
GR	4535	19 643	19 314	20 353 (18 412) ¹	19 550	20 741	24 473	122	184	185	152	208	212	223						
LU	neues Netz	794	1464	2539 (2466) ¹	3169	7602	12 599	24	37	37	39	37	57	60						
SG	44 637	44 387	48 410	57 496 (51 091) ¹	62 975	74 725	84 312	410	283	332	325	305	336	563						
SH	9507	11 255	10 129	14 763 (9826) ¹	11 635	11 635	15 778	54	55	57	65	74	74	74						
SO	4646	2000	2092	2110 (0) ¹			0	73	40	41	43									
SZ	neues Netz	53	111	228	1374	1592	1600	61	62	64	76	67	79	80						
TG	44 009	46 572	47 092	48 811	57 358	57 122	63 653	137	135	140	159	151	149	148						
UW														25						
TI		6026		6636 (0) ¹					328		324									
VD	18 689	23 144	23 813	22 863 (21 510) ¹	21 166	23 950	23 950	260	273	273	228	232	239	240						
ZH	51 163	49 818	46 270	52 959 (46 260) ¹	55 051	52 892	65 323	357	369	360	417	530	550	567						
CH	350 982	371 848	390 185	415 568 (46 260) ¹	393 475	427 969	499 141	3792	3286	3632	3430	3539	3755	4121						
Zur-/Abnahme gegenüber Vorjahr (%)	5,9	4,9	6,5	-5,3	8,8	16,6	-13,3	10,5	-5,6	3,2	6,1	9,7								

1 In Klammer: Stand ab Juli, nach dem Produktüberblick der Helsana vom 30. Juni 2002

2 Modelle mit hausärztlichem Gatekeeping, inkl. Versicherungsmodelle mit Hausarztlisten ohne Zuordnung zu einem Ärztenetzwerk (diese Modelle wurden in den vorangehenden Jahren nur teilweise aufgeführt).

Mobile Palliative-Care-Teams

Noch gibt es sie nicht, die mobilen Palliative-Care¹-Teams im Kanton Zürich. Ein Netzwerk ist im Auftrag der Gesundheitsdirektion jedoch daran, ein Konzept zu deren Realisierung zu erarbeiten. Vision und heutiger Stand.

Andreas Weber, Monika Obrist

Frau G., 32-jährig, erkrankt im Zürcher Oberland drei Monate nach Geburt ihrer Tochter an einem Eierstockkrebs. Sie wird operiert und erhält Chemotherapie. Zwei Jahre später, die kleine Tochter springt unterdessen quer durch die Wohnung, verliert sie Gewicht und fühlt sich müde und schlapp. Im Computertomogramm sieht man mehrere Metastasen in der Leber, in der Milz, im Magen, im kleinen Becken sowie in der Bauchwand. Im Januar 2008 wird sie wegen Lungenembolien mit akuter Atemnot hospitalisiert. Kaum entlassen, muss sie wieder ins Spital, diesmal wegen eines Darmverschlusses. Es folgen erneut Operationen und Chemotherapie. Aber der Tumor breitet sich weiter aus.

¹ Unter Palliative Care wird die umfassende Behandlung und Betreuung von Menschen mit unheilbaren, akut lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten verstanden, deren Ziel es ist, Patientinnen und Patienten eine möglichst gute Lebensqualität, gegebenenfalls bis zum Tod, zu ermöglichen. Dabei sollen körperlich belastende Symptome optimal gelindert und entsprechend den Wünschen des Patienten auch psychische, soziale und spirituelle Aspekte berücksichtigt werden.

Im März 2008 hat Frau G. genug. Sie möchte nach Hause, ihre Tochter noch so lange wie möglich sehen und bei sich haben. Sie bricht die noch laufende Chemotherapie ab. Ihr Mann wird glücklicherweise weitgehend von seiner Arbeit dispensiert. Sie wird von ihrer langjährigen Hausärztin und der Gemeindespitex betreut.

Zwei Wochen später beginnt sie am Mittag trotz verschiedensten Mitteln gegen Erbrechen sich fast stündlich zu übergeben. Die bis anhin mittels mehrerer Opiatpflaster recht gut kontrollierten Schmerzen nehmen im ganzen Bauchraum rasch zu. Die Morphintropfen erbricht sie laufend wieder. Die Hausärztin spritzt am Freitagabend zwei Ampullen Morphin und Buscopan, ein Medikament gegen Darmkrämpfe. Auch das hilft nichts. Frau G. ist völlig erschöpft. Sie möchte nur noch sterben, so rasch wie möglich.

Die Hausärztin wählt die auf ihrem Mobiltelefon gespeicherte Palliative-Care-Hotline. Nach 20 Minuten steht ein spezialisiertes, mobiles Palliative-Care-Team (MPCT, siehe *Kasten 1*), bestehend aus Pflegefachfrau und Arzt, am Bett von Frau G. Auf der Patientenverfügung, die vor zehn Tagen mit der Hausärztin überarbeitet wurde, ist für den Fall eines Darmverschlusses die Option A angekreuzt, das heisst symptomatische Behandlung ohne Hospitalisation. Nach Diskussion mit dem Ehemann, der Hausärztin und soweit möglich mit der Patientin wird eine intravenöse, durch die Patientin selbst gesteuerte Therapie mit einer Kombination von Morphin und drei andern Medikamenten gegen Schmerzen und Erbrechen installiert. Nach Beruhi-



Andreas Weber



Monika Obrist

gung mit einem Narkosemittel wird eine Magensonde eingelegt. Eine in solchen Situationen sehr hilfreiche, kontinuierliche Schmerzmittelinjektion in den Rückenmarkskanal (Spinalanästhesie) kommt wegen der Blutverdünnung im Moment nicht in Frage.

Am nächsten Morgen liegt die Patientin entspannt und schmerzfrei in ihrem Bett. Ihre kleine Tochter

Kasten 1:

Eckwerte der mobilen Palliative-Care-Teams (MPCT)

Zweck	Krisenintervention ² am Wohnort von PatientInnen mit schwerer, fortschreitender und innert absehbarer Zeit zum Tode führender Krankheit
Teammitglieder	Arzt und Pflegefachperson mit Ausbildung in Palliative Care
Verfügbarkeit	Einsatzbereitschaft innert 20 Minuten während 365 x 24 h im ganzen Kanton
Einsatzort	Als Ergänzung der lokalen Fachleute zu Hause, im Pflegeheim, z.T. auch im Spital
Aufgaben	<ul style="list-style-type: none"> ■ Beratung von Fachleuten ■ Organisation der Betreuungsteams inklusive Laien (Angehörige, Freunde, Nachbarn, Seelsorge, Freiwilligenorganisationen) in enger Zusammenarbeit mit Spitex und Hausarzt ■ Spezialisierte Pflege und Behandlung <ul style="list-style-type: none"> – Installation von Pumpen zur kontinuierlichen, patienten-gesteuerten Schmerztherapie (intravenös und rückenmarksnah) – Transfusion – Intravenöse Verabreichung von Nährlösungen – Handhabung und Kontrolle von Sonden, Kathetern und Drainagen

Kasten 2:

Heutige Finanzierungsprobleme von Palliative Care

Palliativ tätige Leistungserbringer haben heute mit folgenden finanziellen Barrieren zu kämpfen:

- Ambulante, spezialisierte Pflege hat keine höheren Tarife als die Gemeindekrankenpflege (Spitex).
- Wegen überregionalen Einsatzes fallen hohe Wegkosten an, die jedoch nicht verrechnet werden können.
- Kantonal tätige Organisationen müssten mit sämtlichen Gemeinden Leistungsverträge abschliessen, um in den Genuss kommunaler und kantonaler Subventionen zu gelangen.
- Die Pflegeheimtarife sind für die aufwändige Betreuung am Lebensende ungenügend. Das gilt z.T. auch für die Spitaltarife.
- Der Beizug von Fachleuten in Pflegeheimen oder Spitälern kann den Krankenversicherern nicht in Rechnung gestellt werden.
- Ärzte, die viele PatientInnen in palliativen Situationen betreuen, haben überdurchschnittlich hohe Fallkosten, was zu Problemen mit den Krankenversicherern führen kann.

schläft neben ihr. Die Übelkeit ist bei gut funktionierender Magensonde völlig weg.

Die junge Frau kann Ostern 2008 noch im Kreis ihrer Familie feiern. Trotz zunehmender Schwäche und schliesslich völliger Bettlägerigkeit kann sie durch ihren Mann, ein paar Nachbarn und Freunde, Spitex und Hausärztin und mit Unterstützung des MPCT weiterhin zu Hause betreut werden, wie es ihr Wunsch ist.

Anfang Mai stirbt sie im eigenen Bett, in Anwesenheit ihres Mannes, ihrer Mutter und ihrer kleinen Tochter.

Schnelle, spezialisierte Hilfe und eine Hotline

Diese Geschichte könnte sich auch heute schon so zutragen, falls zum Beispiel die Onkospitex Zürich mit dem Konsiliararzt rechtzeitig beigezogen wird. Viel wahrscheinlicher ist allerdings, dass Frau G. bei den rasant zunehmenden Schmerzen wieder ins Spital eingewiesen würde. Ei-

nerseits ist das Angebot der Onkospitex vielen Ärzten und Pflegefachleuten noch nicht bekannt. Andererseits würden die personellen und insbesondere die finanziellen Ressourcen nicht genügen, um bei allen so verlaufenden Fällen zu Hause oder auch im Alters- und Pflegeheim einzuspringen (siehe *Kasten 2*).

Das Palliative-Care-Netzwerk Zürich erarbeitet deshalb bis Ende 2006 im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich ein Konzept. Darin wird entworfen, wie mobile Palliative Care Teams verfügbar gemacht werden können und wie eine Hotline für alle im Palliative-Care-Bereich arbeitenden Fachleute, aber auch für Betroffene und Angehörige funktionieren soll. Dabei sollen so weit als möglich heute schon vorhandene Strukturen integriert werden. Zur Finanzierung sind sowohl Subventionen der öffentlichen Hand wie auch neue Tarifverträge mit Krankenversicherern zu diskutieren. Gelingt es, hier vernünftige Lösungen zu finden, sollte einer Umsetzung des Konzepts bis 2008 nichts im Weg stehen.

In etlichen Fällen könnte dank mobilen Palliative-Care-Teams verhindert werden, dass Menschen oft kurz vor dem Tod noch in ein Spital verlegt werden müssen. Ihnen würde der von den meisten Menschen gehegte Wunsch erfüllt: den Schritt ins grosse Unbekannte wenigstens in einer vertrauten Umgebung und ohne grosses Leiden zu tun. ■

AutorInnen:**Dr. med. Andreas Weber**

Anästhesist und Schmerztherapeut
MediX-Gruppenpraxis
Co-Präsident
Palliative Care Netzwerk Zürich
E-Mail: andreas.weber@medix.ch

Monika Obrist

Leiterin Spitex Dübendorf
Vorstandsmitglied
Palliative Care Netzwerk Zürich

² Zum Beispiel bei Entgleisung der Schmerzkontrolle, zunehmender Atemnot, Darmverschluss usw.

Psychiatrie: Wenn die Löcher im Versorgungsnetz zu gross werden ...

Angehörige begleiten psychisch Kranke oft lebenslang, nicht selten als einzige stabile Bezugspersonen. Unter Versorgungslücken und holprigen Übergängen leiden sie ebenso wie die Betroffenen. Was aus der Sicht von Angehörigen an den ambulant-stationären Nahtstellen in der Psychiatrie zu verbessern wäre.

Monika Staub

Mit «geplatzten Nähten», mit «Löchern» im Netz der psychiatrischen Versorgung setzt sich die *Vereinigung der Angehörigen von Schizophrenie- und psychisch Kranken VASK* seit 20 Jahren auseinander. Menschen, die besonders intensive und differenzierte Versorgung bräuchten, fallen durch die Maschen dieses Netzes. Die Angehörigen gelangen in ihrer Not und Hilflosigkeit an die VASK, wenn sie keine professionellen Ansprechpartner finden (siehe *Kasten*). Die VASK Zürich feiert dieses Jahr ihr 20-Jahr-Jubiläum. Nach zwei Jahrzehnten intensiver Arbeit stellt sich die Frage, ob sich die Hoffnungen der GründerInnen auf bessere Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Professionellen in der Psychiatrie erfüllt haben. Neue Konzepte, Psychiatriekommissionen und

andere Mitspracheorgane wurden ins Leben gerufen – aber die Probleme werden nicht kleiner, sondern sind am Wachsen. Viel Frustration macht sich bemerkbar. Woran liegt das? Zu viel «Management» und zu wenig «Care»?

Platzende Nahtstellen

Kürzlich wurde bei der VASK von journalistischer Seite nachgefragt, ob die vielen Vermisstmeldungen von psychisch auffälligen Menschen im Zusammenhang mit ungenügender psychiatrischer Versorgung stehen könnten. Wer fällt durch die Maschen im psychiatrischen Versorgungsnetz? Aufschlussreich liest sich die Anfrage von Kantonsräten bezüglich der Versorgung psychisch Kranker, die am 22. August 2005 beim Regierungsrat des Kantons Zürich eingereicht wurde. Gemäss regierungsrätlicher Antwort [1] ist die psychiatrische Versorgung optimal – die Realität aber kommt Betroffenen und Angehörigen anders entgegen. Bei der VASK Zürich melden sich empörte und ratlose Angehörige von schwerst psychisch Kranken, deren «Sorgenkinder» nach Klinikaufenthalt entweder auf der Strasse landen oder wieder bei der Familie unterschlüpfen. Sie können den Anforderungen der bestehenden Angebote nicht standhalten («zu wenig gruppenfähig» oder «zu wenig kooperativ»). Ein Artikel im «Tages-Anzeiger» vom 9. Juli 2005 mit dem Titel «Der Patient wird zum Symptom» beleuchtet diese Zusammenhänge mit folgender Bemerkung: «Um Geld zu sparen, werden psychische Störungen immer häufiger als Symptome schnell behandelt. Folge: Über die Hälfte der Patienten landet wieder in der Klinik.» [2]



Monika Staub

Angehörige fragen beunruhigt: Weshalb verschwinden immer mehr niederschwellige Angebote? Und wie lässt es sich erklären, dass zur Zeit

«Bei der VASK Zürich melden sich empörte und ratlose Angehörige von schwerst psychisch Kranken, deren «Sorgenkinder» nach Klinikaufenthalt entweder auf der Strasse landen oder wieder bei der Familie unterschlüpfen.»

private spitexartige und sozialpsychiatrische Betreuungsangebote wie Pilze aus dem Boden schiessen? Wenn mit der Behandlung nichts mehr geht, dann sind wieder die Angehörigen gefragt. Sie haben eine zentrale Rolle in der langfristigen Begleitung von psychisch kranken Menschen. Gerade bei schwer und

Kasten:

VASK – Hilfe zur Selbsthilfe

Die Vereinigung der Angehörigen von Schizophrenie- und psychisch Kranken VASK Zürich steht Ratsuchenden als Anlaufstelle zur Verfügung und vertritt die Anliegen der Angehörigen in der Öffentlichkeit und in Fachkommissionen der Psychiatrie. Sie beteiligt sich an der Schulung von Ärzten, Pflegenden und Polizeirekruten. Sie engagiert sich in der Vernetzung mit psychiatrischen Institutionen durch aktive Teilnahme an Fachveranstaltungen und Symposien.

Die VASK Zürich wurde 1986 gegründet. Sie hat im Lauf der Jahre ein vielfältiges Unterstützungsangebot aufgebaut, das durch Information, Erfahrungsaustausch und persönliche Beratung zur emotionalen Entlastung und einer besseren Problembewältigung bei Angehörigen beiträgt. Es umfasst folgende Dienstleistungen:

- **Öffentliche Veranstaltungen** wie Vorträge, Tagungen oder Podiumsdiskussionen zu kontroversen Themen.
- **Kontakttelefon:** Anlaufstelle und Aussprache, das Telefon wird an zwei Nachmittagen der Woche von erfahrenen Angehörigen betreut.
- **Angehörigenseminare:** Vermittlung von Basisinformation durch Fachleute und Anstösse zur Problembewältigung, Leitung durch erfahrene Angehörige und Fachpersonen.
- **Offene Treffpunkte für verschiedene Gruppen von Angehörigen in Zürich und Winterthur:** Erfahrungsaustausch und gegenseitige Unterstützung, Leitung durch erfahrene Angehörige.
- **Beratungsstelle:** Krisenbegleitung und persönliche Unterstützung in der Suche nach Lösungen.

Diese persönliche Unterstützung bietet die VASK Zürich seit zwei Jahrzehnten für Angehörige von psychisch Kranken – oft auch über die Kantonsgrenzen hinaus. Sie ist mit zehn anderen schweizerischen Regionalstellen dem Dachverband VASK Schweiz und dem europäischen Verbund EUFAMI angeschlossen. Weitere Informationen im Internet: www.vaskzuerich.ch; www.vask.ch

chronisch Kranken bleiben sie oft die einzigen bleibenden Bezugspersonen.

Mangelnder Austausch von Institutionen mit Angehörigen

An der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer psychiatrischer Behandlung geht es um Kommunikation, um Beziehung und um Gegenseitigkeit (Angehörige liefern Information und brauchen Information). Angehörige müssten in ihrer schwierigen und oft sehr belastenden Aufgabe von den professionellen Helfern anerkannt und kompetent unterstützt werden. An dieser Schnittstelle der Kommunikation klaffen wahre Abgründe: Oft fehlen die elementarsten Informationen für einen geeigneten Umgang mit psychisch leidenden Menschen. Dies gilt nicht nur für Familienangehörige, sondern auch für Nachbarn, Freunde, Arbeitgeber und andere Angehörige des sozialen Netzes von Betroffenen. Sie stossen bei psychiatrischen Einrichtungen auf Hindernisse und Kommunikationslücken und fühlen sich abgewiesen und

übergangen. Der Spardruck verstärkt diesen Sachverhalt. Gespräche, die nicht verrechnet werden können, haben keinen Platz im Behandlungsalltag. Die Schweigepflicht dient allzu oft als Vorwand bei fehlender Kommunikationsbereitschaft. Oft wird vergessen, dass beim Patienten die Erlaubnis, Auskunft geben zu dürfen, eingeholt werden kann.

Lösungsansätze in der Angehörigenarbeit

Was brauchen Angehörige für einen gesunden Umgang mit psychisch Kranken?

- Angehörige möchten gehört und verstanden werden. Sie brauchen Gespräche, die zur emotionalen Entlastung beitragen.
- Persönliche Unterstützung für Neubetroffene, um mit der neuen Belastung im Alltag zurechtzukommen. Oft vergehen Jahre, bis Angehörige nach Auswegen suchen. Schlafstörungen, Probleme am Arbeitsplatz und Verschlechterung der eigenen Gesundheit sind häufige Folgen.

■ Angehörige brauchen so früh wie möglich Information über die Erkrankung und Anleitung im Umgang mit den Patienten (Rückfallprophylaxe) – Schulung und Selbstbefähigung dienen auch dem eigenen Schutz.

■ Der Erfahrungsaustausch mit Gleichbetroffenen hilft, Isolation und Schuldgefühle zu überwinden. Die Bedeutung der Angehörigenarbeit wurde schon vielfach beschrieben. Zum Beispiel 1990 in einer Zürcher Lizenzatsarbeit, deren Aussagen immer noch aktuell sind [3]. Die Erkenntnisse führten zu Forderungen an die Psychiatrie im Um-

**«Familienangehörige,
Nachbarn, Freunde,
Arbeitgeber: Sie stossen
bei psychiatrischen Ein-
richtungen auf Hindernisse
und Kommunikations-
lücken und fühlen
sich abgewiesen und
übergangen.»**

gang mit Angehörigen, die heute nur in wenigen Fällen erfüllt werden. Hier seien drei typische Situationen genannt, in denen Angehörige von professionellen Helfern Unterstützung brauchen:

- *Im Vorfeld einer psychischen Krankheit:* Wenn ein Mensch sich verändert, unansprechbar wird, Abklärung und Behandlung verweigert und das Zusammenleben immer unerträglicher wird, dann brauchen Angehörige sachverständige Ansprechpartner.
- *Während einer Behandlung* brauchen Angehörige Informationen und psychische Entlastung, auch wenn die Patienten den Kontakt nicht wollen. Diesem Bedürfnis kann auch ohne Verletzung der Schweigepflicht entsprochen werden. Angehörige suchen das Gespräch, weil sie sich ängstigen und nicht wissen, wie sie sich verhalten sollen und wie es weitergehen soll.
- *Nach einem Klinikaufenthalt* sind Angehörige und Patienten schnell

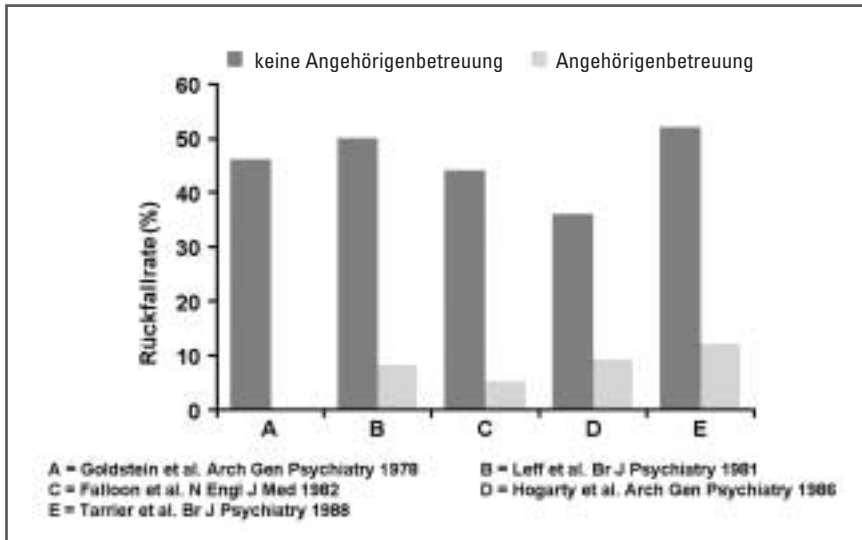


Abbildung: Rückfallraten bei Schizophrenie mit oder ohne Angehörigenbetreuung [5]

überfordert, zum Beispiel wenn die Nachbetreuung nicht geregelt wurde, wenn keine verbindlichen Abmachungen über die Tagesstruktur und die Wohnform getroffen wurden und finanzielle Fragen offen bleiben. Um die Situation zu verbessern, braucht es nicht nur Angehörigenarbeit, auch in der Psychiatrie, im Gesundheitssystem und bei den Versicherern müssen Lösungen gefunden werden.

Forderungen an die Psychiatrie

Die VASK fordert von der Psychiatrie flexiblere Angebote und einen effektiven Einbezug der Angehörigen in den Behandlungsalltag:

- Behandlungsangebote, die auf die Bedürfnisse und Möglichkeiten von

«Angehörige suchen das Gespräch, weil sie sich ängstigen und nicht wissen, wie sie sich verhalten sollen und wie es weitergehen soll.»

Patienten ausgerichtet sind – auch für wenig «kooperative» Betroffene

- Anerkennung von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen als Experten in eigener Sache, die der Fachwelt etwas zu sagen haben [4]

- Einbezug der Erfahrungen von Betroffenen und Angehörigen in die klinische Praxis (z.B. Erkenntnisse aus Dialog-Psychose-Seminaren; Dialog als fachliche Weiterbildung von Gesundheitsfachleuten anerkennen)
- Information und Schulung für Angehörige als Mit-Leidende. Die Rückfallquoten bei psychisch Kranken sinken, wenn das persönliche Umfeld gezielt unterstützt wird (siehe Abbildung) [5].

Forderungen an das Gesundheitssystem und die Krankenkassen

Auch das Gesundheitswesen und die Krankenversicherer müssen unserer Meinung nach dazu beitragen, die stationär-ambulante Schnittstelle in der Psychiatrie zu verbessern:

- Anerkennung, Finanzierung und fachliche Unterstützung von Dienstleistungen im Selbsthilfebereich – Freiwilligenarbeit hat Grenzen
- Förderung systematischer Rückfallprophylaxe bei psychisch Kranken mit Einbezug von Angehörigen (dafür gibt es erprobte Modelle)
- Förderung und Finanzierung niederschwelliger Behandlungs- und Betreuungsangebote
- Finanzierung aufsuchender Hilfe für Patienten und Mitbetroffene, präventiv und nicht erst bei akuten Krisen und Notfällen
- Schaffung differenzierter Integrationshilfen für Betroffene und sozial-

psychiatrischer Begleitung für das familiäre und soziale Umfeld

- Prävention und Früherkennung im Dienste der Betroffenen, auch unabhängig von Forschungsinteressen (siehe kontroverse Diskussion um Früherkennung und -intervention [6, 7])
- Entstigmatisierung psychischer Erkrankung, zum Beispiel durch Aufklärungsprojekte an Schulen und in der Öffentlichkeit. Auch hierfür liegen Modelle vor. ■

Autorin:
Monika Staub,
Psychologin lic. phil.

Leiterin der Beratungsstelle und der Angehörigen-Seminare der VASK
Zürich
VASK Zürich
Langstrasse 149
8004 Zürich
E-Mail: info@vaskzuerich.ch
(Betreff «Monika Staub»)

Quellen:

1. Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich, Sitzung vom 26. Oktober 2005.
2. «Der Patient wird zum Symptom». In: Tages-Anzeiger, 9. Juli 2005.
3. S. Germundson, P. Waldner, A. Huber. «Die Angehörigen von schizophrenen Menschen», Lizenziatsarbeit unter der Leitung von Prof. Dr. med. D. Hell, Oktober 1990.
4. Vreni Diserens. «Uneinsichtigkeit aus der Sicht der Angehörigen», Vortrag am Berner Schizophrenie-Kongress 2000.
5. C. Lauber, C. Keller, A. Eichenberger, W. Rössler. Family burden during exacerbation of schizophrenia: quantification and determinants of additional costs. European Psychiatry 2004.
6. Vreni Diserens. «Früherkennung ja – aber nur wenn sie Betroffenen und Angehörigen wirklich zu Gute kommt!» In: pro mente sana aktuell, 1/2001.
7. Peter Stolz. «Wer nicht heilen kann, soll nicht verwunden». Nutzen und Risiken psychiatrischer Früherfassung. In: Soziale Psychiatrie 2, 2005.

Stimmen zu Entwicklungen im Gesundheitswesen

«Kostspielige Schlampereien»

«Ja, ich bin enttäuscht vom «Forschungsestablishment.» Iain Chalmers, ehemaliger Leiter des Cochrane-Zentrums und heute Editor der James-Lind-Bibliothek in Oxford, kritisiert die Ärzte und deren Forschung im Interview mit dem Tages-Anzeiger stark: «Es gibt zwei ernsthafte Probleme: Erstens bauen sie (die Studien) nicht systematisch auf dem auf, was bereits bekannt ist. (...) Zweitens werden enttäuschende Studiendaten versteckt. Beides zusammen führt zu kostspieligen Schlampereien, die Fortschritte verzögern.» Aber nicht nur die Qualität der Forschung ist mangelhaft, auch wird laut Chalmers am falschen Ort geforscht: «Bei uns dominiert die Medikamentenforschung unglaublich. Dabei wird das gar nicht gewünscht.» Zur Kniegelenkentzündung (Osteoarthritis) zum Beispiel laufen 400 randomisierte Medikamentenstudien. Befragte Ärzte, Patienten und Physiotherapeuten sagten jedoch in einer Umfrage, dass sie mehr Studien über Kniegelenkersatz bräuchten. Neben Operationen wären auch Patientenberatung oder physikalische Therapien gefragte Forschungsgebiete, so Chalmers: «Aber die Physiotherapeuten zum Beispiel haben längst nicht das Budget, das eine Pharmafirma hat, um Forschung in einer Abteilung für Rheumatologie durchzuführen. Dabei könnten da manche nicht medikamentöse Methoden vielversprechender sein als Medikamente.» (bc)

Quelle: «Das Ganze ist völlig verdreht durchs Geld», Iain Chalmers im Interview mit Martina Frei. In: Tages-Anzeiger vom 5. Juli 2006.

Mehr Verhältnisprävention

«Meines Erachtens wird von der Politik zu sehr die Förderung der «Gesundheitskompetenz der Einzelnen» betont. Die Schaffung von gesundheitsförderlichen Verhältnissen, also die Verhältnisprävention, kommt eher zu kurz.» So nimmt Matthias Egger, Professor und Direktor des Instituts für Sozial- und Präventivmedi-

zin Bern, in einem Interview zu den gesundheitspolitischen Herausforderungen der kommenden Jahre Stellung. Der Gesundheitszustand der Schweizer Bevölkerung sei zwar gut, problematisch sei jedoch die ungleiche Verteilung von Gesundheit und Lebenserwartung. «Eine weitere wichtige Herausforderung sehe ich im Gesundheitswesen, wo Steuerungsmechanismen implementiert werden müssen, damit eine solidarische und rationale Versorgung langfristig gewährleistet werden kann.» (bc)

Quelle: Portrait ISPM Bern, Interview mit Matthias Egger. In: Public Health Schweiz News, Nr. 2/2006.

Ins Altersheim wegen Geldmangel

«Wenn man wenig Geld hat, gibt es kaum Alternativen zum Heim, ausser mit jemandem zusammenleben.» Und dies, so Altersforscher François Höpflinger im Interview mit Curaviva, wollen nur ein kleiner Teil der Betagten. «Ein Altersheimeintritt wird denn auch nicht allein von der Gesundheit, sondern auch vom Einkommen beeinflusst. Dass es bei den Altersheimbewohnenden über durchschnittlich oft Sucht- und Depressionsprobleme gibt, könnte auch mit der Einkommenssituation zusammenhängen.» Selbständig wohnen kann auch vereitelt werden, wenn immer mehr Pflege gebraucht wird. Höpflinger: «Wenn wirklich grosser Pflegebedarf besteht, ist ambulante Pflege kaum mehr durchführbar. Es ist auch nicht davon auszugehen, dass Angehörige künftig mehr Pflegeleistungen erbringen. Stationäre Angebote sind deshalb wichtig. Die Gesellschaft muss das akzeptieren und auch bezahlen.» (bc)

Quelle: «Wenn man wenig Geld hat, gibt es kaum Alternativen zum Heim», Altersforscher François Höpflinger über die Entwicklung der Wohnbedürfnisse. In: Curaviva, Juli-August 2006.

Optimale Behandlung, ohne sich um die Zahlen zu kümmern

«Mit Ausnahme der ganz Alten und Resignierten will niemand, dass bei

ihm im letzten Jahr gespart wird.» Oswald Oelz, abtretender Chefarzt im Zürcher Stadtspital Triemli, tritt für die Alten und Schwachen ein. Sie haben Anspruch auf eine optimale Behandlung. Oelz: «Für mich ist es deshalb je länger, desto mehr nicht die Frage, dass man es finanziert, sondern wie.» Dass die Ökonomie in die Spitäler eingezogen ist, findet Oelz dienlich: «Ich finde es positiv, wenn die Manager kommen. Das Defizit des Spitals hat mich immer nur sekundär interessiert. Meine Aufgabe war es, mitzuhelfen, dass es den Patienten so gut als möglich ging, nachdem sie bei uns waren. Deshalb bin ich froh, dass ich mich nicht um die Zahlen kümmern muss.» (bc)

Quelle: «Gebe einer arbeitsreichen Zukunft entgegen». Interview mit Oswald Oelz. In: Tages-Anzeiger, Mittwoch 28. Juni 2006.

DRG-Einführung: Raumumnutzung und Kostenverlagerung

«Die Spitäler stehen in Bezug auf Kosten und Qualität schon heute in Konkurrenz zueinander – nur dass heute weder in Bezug auf Kosten noch Qualität verlässliche Angaben vorliegen.» Heidi Hanselmann, St. Galler Regierungsrätin und Vorsteherin des Gesundheitsdepartements sagt, dass sich dies mit der Einführung der diagnosebezogenen Fallgruppen DRG im Jahr 2009 ändern wird. Der Wettbewerb werde sich verstärken, die Spitalaufenthaltsdauer sich verkürzen, die ambulanten Leistungen werden zunehmen: «Es ist also mit einer Kostenumlagerung zu rechnen.» Für den Patienten bedeute dies weniger Wartezeiten und Transparenz bei den Spitälern. In den Spitälern werde es eine Raumumnutzung geben: weniger stationäre Betten, mehr Platz für Tagesklinik und Ambulatorium. (bc)

Quelle: Markus Löliger: «Operation bald zum Einheitstarif? Diagnosebezogene Fallpauschalen sollen Transparenz in die Spitalabrechnung bringen – Kosten werden vergleichbar». In: St. Galler Tagblatt, 18. Juli 2006.

Datum, Ort	Veranstaltung	Kontaktadresse
11.–13. September, Adelaide (AUS)	Creating Healthy Societies through Inclusion and Equity	ISEqH International Society for Equity in Health, 263 McCaul Street, 4 th floor, Toronto, Canada, M5T 1W7. Tel. 001-416 978 37 63. Fax 001-416 946 31 47. E-Mail: iseqh.info@utoronto.ca; Internet: www.iseqh.org
11.–14. September, Washington D.C. (USA)	Medicare and Medicaid Conferences	America's Health Insurance Plans, P.O. Box 7247-6327, Philadelphia, PA 09170-6327. Tel. 877-291 22 47. E-Mail: customersolutions@ahip.org; Internet: www.ahip.org
13. September, Küsnacht ZH	4. Schweizerische Case-Management-Tagung	Netzwerk Case Management Schweiz, c/o HSA Hochschule für Soziale Arbeit Luzern, Barbara Käch, Postfach 3252, Werftstrasse 1, 6002 Luzern. Tel. 041-367 48 57. E-Mail: info@netzwerk-cm.ch; Internet: www.netzwerk-cm.ch
20. September, Bielefeld (D)	Patientenautonomie in der Akutversorgung und Rehabilitation	Zentrum für Versorgungsforschung, Universität Bielefeld, Thomas Schott, Postfach 10 01 31, D-33605 Bielefeld. Tel. 0049-521 106 42 54. E-Mail: thomas.schott@uni-bielefeld.de; Internet: www.zvfk.de
20. und 27. September, Olten	Sozialzeitausweis	Agile Behinderten-Selbsthilfe Schweiz, Effingerstrasse 55, 3008 Bern. Tel. 031-390 39 39. Fax 031-390 39 35. E-Mail: info@agile.ch; Internet: www.agile.ch
27.–29. September, St. Gallen	2. World Ageing & Generations Congress	World Demographic Association, Unterstrasse 16, Postfach 2239, 9001 St. Gallen. Tel. 071-242 79 79. Fax 071-242 79 78. E-Mail: info@wdassociation.org; Internet: www.wdassociation.org
28.–29. September, Nottwil	6. Schweizerischer eHealthcare Kongress	eHealthcare.ch, Josef Müller-Weg 2, 6210 Sursee. Tel. 041- 925 76 89. Fax 041-925 76 80. E-Mail: info@ehealthcare.ch; Internet: www.ehealthcare.ch
3. Oktober, Zürich	Fallpauschalen: Qualität zum Abschluss freigegeben?	Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP, Postfach 2160, 8026 Zürich. Tel. 043-243 92 20. E-Mail: info@sggp.ch; Internet: www.sggp.ch
12.–13. Oktober, Freiburg	European Conference on eHealth	Universität Freiburg, Departement für Informatik, Henrik Stormer, Boulevard de Pérolles 90, 1700 Freiburg. Tel. 026-300 83 35. E-Mail: henrik.stormer@unifr.ch; Internet: www.EuNetHealth.org
16.–17. Oktober, München (D)	5. Europäischer Gesundheitskongress	Interplan Congress, Meeting & Event Management AG, Christine Hense, Albert Rosshaupter-Strasse 65, D-81369 München. Tel. 0049-89 54 82 34 50. Fax 0049-89 54 82 34 43. E-Mail: info@gesundheitskongress.de; Internet: www.gesundheitskongress.de
20. Oktober, Berlin (D)	7. Berliner Gespräche zum Gesundheitswesen: Das Vertragsarztrecht-Änderungsgesetz	Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstrasse 14, D-70469 Stuttgart. Tel. 0711-893 10. Fax 0711-893 12 98. E-Mail: info@thieme.de; Internet: www.thieme.de
22.–25. Oktober, London (UK)	23 rd International Conference: Improving Healthcare: The Challenge of Continuous Change	ISQua, The International Society for Quality in Health Care. Fax 0061-394 17 68 51. E-Mail: isqua@isqua.org; Internet: www.isqua.org
24. Oktober, Zürich	Zukunftssicherung im DRG-Zeitalter	Euroforum Handelszeitung Konferenz AG, Stéphanie Reimann, Postfach/Seestrasse 344, 8027 Zürich. Tel. 044-288 94 53. Fax 044-288 94 71. E-Mail: stephanie.reimann@euroforum.ch; Internet: www.euroforum.ch
27. Oktober, Bern	3. Schweizerischer Kongress für Gesundheitsökonomie und Gesundheitswissenschaften: Auf der Suche nach dem optimalen Gesundheitssystem	Künzi Beratungen, Schachenstrasse 21, Postfach, 4702 Oensingen. Tel. 062-396 10 49. Fax 062-396 24 10. E-Mail: info@kuenzicons.ch; Internet: www.sag-ase.ch
27. Oktober, Zürich	Life Science	Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis, Universität St. Gallen, Bodanstrasse 4, 9000 St. Gallen. Tel. 071-224 24 24. Fax 071-224 28 83. E-Mail: irp-ch@unisg.ch; Internet: www.irp.unisg.ch
29. Oktober–2. November, Cairo (Egypt)	Global Forum for Health Research: Combating disease and promoting health	Global Forum for Health Research, c/o Ecumenical Centre/ Centre Oecuménique, 1-5 route des Morrillons, 1211 Genève. Tel. 022-791 42 60. Fax 022-791 43 94. E-Mail: info@globalforumhealth.org; Internet: www.globalforumhealth.org
2. November, Basel	Symposium der Schweizerischen Gesundheitszusammenarbeit	Medicus Mundi Schweiz, Murbacherstrasse 34, 4013 Basel. Tel. 061-383 18 10. E-Mail: info@medicusmundi.ch; Internet: www.medicusmundi.ch
16. November, Zürich	Langes Leiden – was hilft? Interdisziplinäre Tagung zum Thema Langzeiterkrankung	Barbara Weil, Elfenstrasse 18, 3000 Bern 15. Tel. 031-359 11 81. Fax 031-359 11 12. E-Mail: barbara.weil@fmh.ch; Internet: www.kosch.ch
16.–17. November	PCS: Die Vertragsfreiheit	Institut für Gesundheit und Ökonomie ISE, Chemin du Crosset 7, 1024 Ecublens. Tél. 021-641 05 80. Fax 021-641 05 81. E-Mail: info@isesuisse.ch; Internet: www.isesuisse.ch
16.–18. November, Montreux	14 th European Conference on Public Health, Politics, Policies and/or the Public's Health	Organizers Switzerland Ltd., c/o EUPHA Conference 2006, Obere Egg 2, 4312 Magden/Basel. Tel. 061-836 98 76. Fax 061-836 98 77. E-Mail: eupha06@organizers.ch; Internet: www.eupha.org
22.–24. November, Berlin (D)	2. Konferenz des Netzwerks TA: Technology Assessment der Weltgesellschaft	Netzwerk TA, Netzwerk der deutschsprachigen Technikfolgenabschätzungs-Community, Dr. Michael Decker, ITAS, Postfach 3640, D-76021 Karlsruhe. Tel. 0049-72 47 82 25 01. Fax 0049-72 47 82 48 06. E-Mail: NetzwerkTA@itas.fzk.de; Internet: www.netzwerk-ta.net
25. November, Winterthur	Evidence based Medicine	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG, Im Park, Georgenstrasse 70, Postfach 958, 8401 Winterthur. E-Mail: caroline.tiedemann@zhwin.ch; Internet: www.wig.ch
25. November, Zürich	Warum brauche ich eine Patientenverfügung?	Dialog Ethik, Sonneggstrasse 88, 8006 Zürich. Tel. 044-252 42 01. Fax 044-252 42 13. E-Mail: info@dialog-ethik.ch; Internet: www.dialog-ethik.ch

Datum, Ort	Veranstaltung	Kontaktadresse
28.–29. November, Berlin (D)	Handelsblatt Jahreskonferenz Health: Gesundheitspolitik 2006	Euroforum Deutschland GmbH, Katja Waldorf, Prinzenallee 3, D-40549 Düsseldorf. Tel. 0049-211 96 86 36 37. Fax 0049-211 96 86 40 00. E-Mail: info@euroforum.com; Internet: www.vhb.handelsblatt.com/health
1.–2. Dezember, Berlin (D)	12. Kongress «Armut und Gesundheit»	Gesundheit Berlin, Kongress «Armut und Gesundheit», Friedrichstrasse 231, D-10969 Berlin. Tel. 030-44 31 90 60. Fax 030-44 31 90 63. Internet: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
6. Dezember, Bern	9. Novartis-Forum für Gesundheitsökonomie: Kosten im Gesundheitswesen: Was macht die Schweiz besser?	Novartis Pharma Schweiz AG, Eveline Schmied, Monbijoustrasse 118, 3007 Bern. Tel. 031-377 53 03. Fax 031-377 52 50. E-Mail: eveline.schmied@novartis.com
10.–13. Dezember, Orlando (USA)	18 th Annual National Forum on Quality Improvement in Health Care	Institute for Healthcare Improvement IHI, 20 University Road, 7 th Floor, Cambridge, MA 02138 USA. Tel. 617-301 48 00. Fax 617-301 48 48. E-Mail: info@ihi.org; Internet: www.ihi.org
18. Januar 2007, Montreux	9. Tagung Forum Santé-Gesundheit: «Konkurrenz und Solidarität: Mythos oder Realität?»	Sanofi-Synthélabo (Schweiz) AG, Jean-Louis Franzetti, Postfach 361, 1217 Meyrin 1. Fax 022-783 93 54. E-Mail: forumgesundheit@sanofi-aventis.com; Internet: www.forumgesundheit.ch
25.–26. Januar 2007, Zug	9. Nationale Gesundheitsförderungs-Konferenz	Gesundheitsförderung Schweiz, Silvia Moser Luthiger, Im Leemann 6, 8805 Richterswil. Tel. 043-888 07 81. Fax 043-888 07 82. E-Mail: mlcons@bluewin.ch; Internet: www.gesundheitsfoerderung.ch

Datum, Ort	Weiter- und Fortbildung	Kontaktadresse
Beginn: 22. September, Zürich	Ethische Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen	Dialog Ethik, Sonneggstrasse 88, 8006 Zürich. Tel. 044-252 42 01. Fax 044-252 42 13. E-Mail: info@dialog-ethik.ch; Internet: www.dialog-ethik.ch
Beginn: 25. September (22 Tage), Aarau	Leadership in Gesundheitsinstitutionen	Hplus Bildung, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. E-Mail: bildung@hplus.ch; Internet: www.hplus.ch
Beginn: 29. September (15 Tage), Winterthur	Gesundheitsökonomie	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG, Im Park, Georgenstrasse 70, Postfach 958, 8401 Winterthur. E-Mail: caroline.tiedemann@zhwin.ch; Internet: www.wig.ch
Beginn: 9. Oktober (40 Tage), Aarau	Interdisziplinäre Führung	Hplus Bildung, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. E-Mail: bildung@hplus.ch; Internet: www.hplus.ch
Beginn: 19. Oktober (20 Tage), St. Gallen	Management und Politik im Gesundheitswesen	FHS Hochschule für Technik, Wirtschaft und Soziale Arbeit St. Gallen, Management-Weiterbildungszentrum, Teufenerstrasse 2, Postfach 630, 9001 St. Gallen. Tel. 071-228 63 28. Fax 071-228 63 20. E-Mail: management@fhsg.ch; Internet: www.fhsg.ch/management
Beginn: 19. Oktober, St. Gallen	Integrales Spitalmanagement	FHS Hochschule für Technik, Wirtschaft und Soziale Arbeit St. Gallen, Management-Weiterbildungszentrum, Teufenerstrasse 2, Postfach 630, 9001 St. Gallen. Tel. 071-228 63 28. Fax 071-228 63 20. E-Mail: management@fhsg.ch; Internet: www.fhsg.ch/management
Beginn: 20. Oktober	Neue Versorgungsformen für das Krankenhaus. Schriftlicher Lehrgang	EUROFORUM Verlag GmbH, Britta Bandhold, Prinzenallee 3, D-40549 Düsseldorf. Tel. 0049-211 96 86 31 78. E-Mail: britta.bandhold@euroforum.com; Internet: www.euroforum.com
Beginn: 9. November (20 Tage), St. Gallen	Leadership und Führung im Gesundheitswesen	FHS Hochschule für Technik, Wirtschaft und Soziale Arbeit St. Gallen, Management-Weiterbildungszentrum, Teufenerstrasse 2, Postfach 630, 9001 St. Gallen. Tel. 071-228 63 28. Fax 071-228 63 20. E-Mail: management@fhsg.ch; Internet: www.fhsg.ch/management
Beginn: 10. November, St. Gallen	Sozialinformatik	FHS Hochschule für Technik, Wirtschaft und Soziale Arbeit St. Gallen, Management-Weiterbildungszentrum, Teufenerstrasse 2, Postfach 630, 9001 St. Gallen. Tel. 071-228 63 28. Fax 071-228 63 20. E-Mail: management@fhsg.ch; Internet: www.fhsg.ch/management
13.–14. November, Bern	Der Kunde ist König! – Und der Patient?	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: 19. März 2007, Zürich	Medical Ethics	Ethik-Zentrum der Universität Zürich, Sekretariat, Anna Racca de Oliveira Lima, Zollikerstrasse 117, 8008 Zürich. Tel. 044-634 85 15. Fax 044-634 85 08. E-Mail: mae@ethik.unizh.ch; Internet: www.ethik.unizh.ch/asae

Hinweise erwünscht:

Hinweise auf Publikationen und Veranstaltungen rund um Managed Care, Public Health, Gesundheits- und Sozialökonomie senden Sie bitte an: Redaktion «Managed Care», Brigitte Casanova, Rue Denis-de-Rougemont 36, 2000 Neuchâtel. Fax 052-558 83 00. E-Mail: b.casanova@rosenfluh.ch. Über die Aufnahme in die Hinweisseite entscheidet die Redaktion.

Beteiligungsverfahren im Gesundheitsbereich analysiert

Neue gesellschaftliche Entwicklungen im Gesundheitsbereich begleiten und die Gesundheitskompetenz der BürgerInnen fördern – dies wird von den Beteiligungsverfahren im Gesundheitswesen erwartet. Themen bieten sich viele an: Risiken von Lebensmittelzusätzen, Fettleibigkeit, Rauchverbote, Nanopartikel in Kosmetika, Umgang mit Epidemien oder steigende Gesundheitskosten. Die BürgerInnen sind bei diesen Themen stark involviert, haben ein Bedürfnis nach Sicherheit, und sie misstrauen der Politik, der Wirtschaft und der Wissenschaft. Welche Chancen und Risiken partizipative Verfahren bieten, dies hat nun die Stiftung Risiko-Dialog im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG untersucht. Die AutorInnen Katrin Meier und Markus Brupbacher zählen folgende Chancen auf: «Regulative Rahmenbedingungen» können dank Einbezug unterschiedlicher Perspektiven vorbereitet und umgesetzt, Konsens und Kompromisse können gefunden, das Gesundheitsbewusstsein und die Gesundheitskompetenz können gestärkt werden, ExpertInnen, Interessenvertretern und BürgerInnen tauschen ihr Wissen aus und Vorhaben können zielgruppengerecht umgesetzt werden. Das Risiko: Beteiligungsverfahren sind ergebnisoffen und verdeckte Propaganda wird durchschaut. Im Anhang des Berichts ist zudem eine informative Übersichtstabelle über die Partizipationsverfahren zu finden. (bc)

Quelle: Chancen und Risiken partizipativer Verfahren im Gesundheitsbereich. Bericht für das Bundesamt für Gesundheit BAG. Internet: www.risiko-dialog.ch

Arbeiten im Spital, im Heim oder beim Zahnarzt

433'000 Menschen arbeiten im Gesundheits- und Sozialwesen. Dies sind 11,7 Prozent aller Beschäftigten in der Schweiz. Seit 2001 weist der Bereich einen Zuwachs von 9 Prozent auf. Mehr gewachsen ist nur das Immobilienwesen und die Vermietung beweglicher Sachen. Dies berichtet das Bundesamt für Statistik aufgrund der Betriebszählung 2005.

Das Gesundheits- und Sozialwesen ist der bedeutendste Tätigkeitsbereich im sekundären und tertiären Sektor. Ebenfalls einen Spitzenplatz hält das Gesundheits- und Sozialwesen bei der Teilzeitquote. Mit über 55 Prozent wird er nur noch vom Unterrichtswesen (58,9%) übertroffen. Es sind die zwei einzigen Branchen, die über mehr Teilzeit- als Vollzeitstellen verfügen. (bc)

Quelle: Dienstleistungssektor und Teilzeitarbeit gewinnen weiter an Bedeutung. Betriebszählung 2005, provisorische Ergebnisse. Medienmitteilung des Bundesamts für Statistik vom 27. Juni 2006.

Angehörigenarbeit institutionalisiert

Das Pflegeheim Käferberg in Zürich bezieht Angehörige konsequent als Partner mit ein: Festanlässe, Integrationsgespräche für Neueintretende, Seminare zum Beispiel über Demenz, Informationsabende, kulturelle Anlässe und Qualitätszirkel, wo Angehörige Verbesserungsvorschläge einbringen können, sind Bestandteile der institutionalisierten Angehörigenarbeit. Die Angehörigen erhalten mit der Abteilungsleiterin zudem eine feste Bezugsperson zugeteilt. Nicht nur die BewohnerInnen fühlen sich im Heim besser aufgehoben, wenn ihre Angehörigen in den Alltag einbezogen sind. Die Beziehungspflege zu den Angehörigen entlastet auch die Mitarbeitenden. Und die Angehörigen sind froh beitragen zu können, dass es ihrem pflegebedürftigen Familienmitglied besser geht. Söhne, Töchter und Ehepartner kritisieren dadurch das Heim weniger pauschal, und sie leiden weniger an Traurigkeit und Schuldgefühlen.

Das Pilotprojekt im Pflegezentrum Käferberg mit seinen 300 BewohnerInnen wurde von der Beratungsstelle «Leben im Alter» des Zentrums für Gerontologie der Universität Zürich 2003 angeregt. Jetzt soll es auch in anderen Pflegezentren der Stadt Zürich umgesetzt werden. (bc)

Quelle: Beziehungsarbeit im Pflegeheim. In: Neue Zürcher Zeitung, 5. Juli 2006.

Sozialmarketing für die Gesundheit

Gesundheitsförderungskampagnen könnten viel effektiver sein, wenn sie

VORSCHAU

Schwerpunktthema: NOTFALLVERSORGUNG

Erscheinungsdatum: 20. Oktober 2006

Daten und Facts

Visionen zur Grund- und Notfallversorgung

Notfallzentrum am Bahnhof Luzern

Spital übernimmt hausärztlichen Notfalldienst

Die Lösungen der Ärztenetze

Qualität auf der Notfallstation

«Ich bin (k)ein Notfall»

Telefontriage

Veranstaltungsbericht: Ökonomische Psychotherapie

Spitalfinanzierung: DRG-Kodierung

nach den Grundsätzen vom «health-related social marketing» entworfen und durchgeführt würden. Dies ist das Fazit einer Studie des National Consumer Councils, der britischen Konsumentenvereinigung. Das gesundheitsbezogene Sozialmarketing will Marketing Konzepte und Techniken systematisch dafür anwenden, um das Gesundheitsverhalten zu verbessern und gesundheitliche Ungleichheiten zu vermindern. Im Fokus sind Rauchen, schlechte Ernährung, unmässiger Alkoholkonsum und risikoreiches Sexualverhalten. Das Sozialmarketing analysiert, wieso sich die Leute so verhalten, wie sie sich verhalten: Was und wer beeinflusst, was die Menschen denken, fühlen und glauben? Was ist der Aufwand, was der Ertrag einer Verhaltensveränderung? Wie unterschiedlich reagieren Menschen auf ein Thema? Dies führt zur Frage, welcher Mix an Interventionen nötig ist und wie Menschen am besten bei einer Verhaltensveränderung unterstützt werden können. (bc)

Quelle: It's our health! Realising the Potential of Effective Social Marketing. National Consumer Council. Internet: www.ncc.org.uk/socialmktg.pdf

Netzwerkmanagement in der Beschaffung – Wesen von Einkaufskooperationen Entwicklung, Typen und Voraussetzungen

Von Olivier Tschudi und Andreas Gattiker

Einleitung

In den vergangenen Jahren wurde die Schweizer Spitallandschaft reorganisiert. Es entstanden primär intrakantonale Netzwerke (Spitalverbände) (1) mit unterschiedlichen Strategien und Strukturen. Die abgeschlossenen und laufenden Transformationen betreffen die Kern- und Supportprozesse der Gesundheitsunternehmen wie zum Beispiel die Schwerpunktbildung oder der Aufbau von Einkaufskooperationen.

Das bisherige Kostenwachstum bei den Mittel und Gegenständen (MiGeL) sowie den Medikamenten hat dazu geführt, dass diese Kostenbereiche auf die «Watch-Liste» der Spitäler, Behörden und Versicherer gekommen sind. (2) Mit dem von Bund und Pharmaindustrie verabschiedeten Sparpaket im September 2005 und der Senkung aller Höchstvergütungsbeiträge der MiGeL um 10% per Anfang 2006 wurde der Preishebel betätigt.

Im Brennpunkt dieses Artikels steht der Supportprozess Beschaffung. Er sichert die Bereitstellung von funktionsbezogenen und qualitativ richtigen Gütern und Materialien und die Gewährleistung der erforderlichen Verfügbarkeit sowie die Kosten. Zielvorgabe für diese Anliegen ist Aufgabe der Unternehmensleitung und Teil der Gesamtstrategie des Gesundheitsunternehmens.

Netzwerkentwicklung

Netzwerkmanagement umfasst die Gestaltung von Strategie, Prozessen und Systemen. Weiteres Gestaltungselement ist der interorganisationale Informationsfluss. Damit das Netzwerk funktionieren kann, braucht es Vertrauen, Komplementarität und Koordination. Ziele und Spielregeln sind durch einen federführenden Koordinator um- und durchzusetzen. (3)

Voraussetzung von Komplementarität ist Kompatibilität. Diese wird durch Standardisierung erreicht. (4) Aus diesem Grund sind in einem Beschaffungsnetzwerk, wie zum Beispiel in einer Einkaufskooperation, Standards für den Informations- und Datenaustausch essenziell.

Der federführende Koordinator ist der Netzwerkkopf. Er vernetzt sich zum einen mit Spitälern in der Netzwerkperipherie, i.d.R. innerhalb der Kantons-grenze. Zum anderen suchen Akteure nach einem Koordinator im Zentrum des Netzwerks. (5)

Angebot, Ziele und Typen von Einkaufskooperationen

Premier, eine der grössten amerikanischen Einkaufskooperationen (GPO [6]) bietet ihren Mitgliedern 5 Supply Chain Vorteile an: beim Einkaufspreis, mit

dem Lieferantenportfolio, mit der Technologie und den Werkzeugen zur Automatisierung von Supply Chain Prozessen sowie lokale Beratung inkl. Verbrauchsanalysen, Umwelt, Sicherheit und Ethik. Kollaborationsziel ist, durch Automatisierung die Performance der gesamten Supply Chain zu steigern. Zur Automatisierung der gesamten Supply Chain braucht es einen elektronischen Katalog und elektronische Transaktionen. (7) Weil bei diesem «Katalogmodell» Prozesse automatisiert werden, profitieren Käufer und Verkäufer gleichermaßen. (8) Eine im Auftrag der BVMed erstellte Markteinschätzung für Deutschland (9) zeigt, dass sich in der (noch) stark fragmentierten Einkaufskooperationslandschaft entlang der Achsen Zentralisierungsgrad und gemeinsam beschafftes Produktspektrum 4 typische Modelle herauskristallisieren.

Die «Opportunisten» beschränken sich auf den Austausch von Produkt- und Preisinformationen. Zudem werden teilweise mit Schlüssellieferanten Verträge mit Bonusrückvergütungen verhandelt. «Standardisierer» organisieren sich nach dem Lead-Buyer Prinzip, bei dem einzelne Spitäler zentrale Aufgaben übernehmen. Die «Unverbindlichen» haben zwar eine zentrale Koordinationsstelle, die mit Lieferanten Preislisten aushandelt. Eine Bezugspflicht besteht jedoch nicht. «Verbindlich» wird die Einkaufskooperation, wenn ein überarbeiteter Katalog vorliegt und eine zentrale Entscheidungsinstanz verbindliche Verträge mit Verpflichtungen abschliesst.

Verbindliche Einkaufskooperationen werden von Verkäufern als «vollwertige» Käufer respektiert und akzeptiert. Durch Prozessautomation erzielte Kostensenkungen bei den Verkäufern werden in Win-Win Beziehungen oft als Preis-senkungen weitergegeben. Für Verkäufer ungünstig sind Einkaufskooperationen, bei denen Preiszugeständnisse mit nach wie vor vielen Lieferstellen und Rechnungsadressen ohne Verbindlichkeit gefordert werden.

Die grösste Verbindlichkeit wird erzielt, wenn eine Einkaufskooperation in Ergänzung zum strategischen Einkauf auch die Beschaffungslogistik und die Administration zentralisiert. (10) Das Lager kann im Besitz der Spitäler oder der Lieferanten (Konsignation) sein. Mit dem Konsignationslager haben Lieferanten die Chance, das Sortiment zu bestimmen. Für Spitäler ist es von Vorteil, weil der Aufwand für die Nachschuborganisation und der Finanzaufwand entfallen.

Der elektronische Katalog als Standard, die Transaktion und die Analysen

Im elektronischen Katalog sind alle Artikel in einer vorgegebenen Struktur angelegt und pflegbar. Der Katalog legt den Standard fest für die Referenzierung und Klassifikation von Artikeldaten. Am Anfang jedes kollaborativen Beschaffungsprozesses steht deshalb ein Abgleich der Spitaldaten mit dem Standard. Die Datenstandardisierung ermöglicht durch die Vernetzung mit einem E-Procurement-System einen interorganisationalen Informationsfluss und gibt der Einkaufskooperation Handlungsraum. Sie bekommt aktuelle und klassifizierte Verbrauchsdaten und gewinnt damit durch direkte Vergleichbarkeit entsprechender Artikel aller Hersteller eine grösstmögliche Markttransparenz.

Der Netzwerkkopf wird durch Verbrauchsanalysen in die Lage versetzt, für Artikel das optimale Ergebnis bezüglich Preis, Qualität und weiteren Konditionen zu erzielen.

Beispiel einer Einkaufskooperation in der Schweiz

GEBOLOG steht für Gesundheitswesen, Beschaffung und Logistik. Die Gesellschaft bildet den Netzwerkkopf und zählt derzeit acht Mitglieder (11). Sie entstand auf Initiative von Zürcher Spitalern «von aussen nach innen» aufgrund des Impulses der Zürcher Gesundheitsdirektion im Bericht SAN 04 (12). Mit der angestrebten Lösung wollen die Spitäler Kosteneinsparungen beim Einkauf von Medizinprodukten und den damit verbundenen Bestell- und Logistikprozessen von mindestens 5% realisieren.

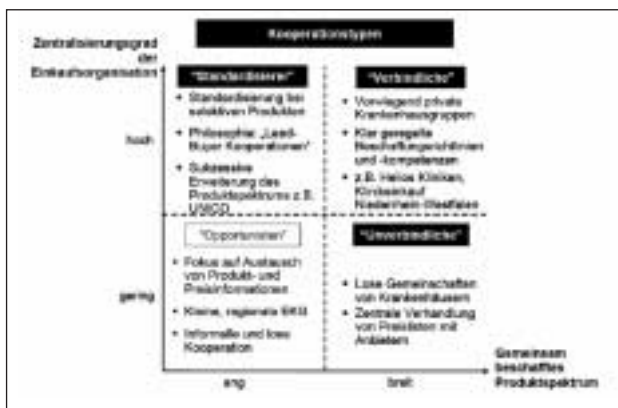


Abbildung: Kooperationsstypen gemäss Studie BVMed

Das verbindende Element zwischen den beteiligten Spitälern ist der strategische Einkauf verbunden mit elektronischen Lieferantenbestellungen inkl. Rückmeldungen (e-Procurement). Drei (13) der acht Spitäler haben ihre Zentrallager an PostLogistics ausgegliedert und arbeiten an der Zusammenlegung ihrer Lager zur Optimierung der Logistik- und Administrationsprozesse.

Seit Frühjahr 2006 werden unter dem Dach der neu gegründeten Gesellschaft GEBLOG gemeinsam mit ihren Lieferanten Verträge ausgehandelt. Gleichzeitig arbeiten sie eng zusammen bei der Überarbeitung des gemeinsamen Katalogs bzw. bei der Konsolidierung des Sortiments. Sukzessive werden die Spitäler für Lieferantenbestellungen an die Transaktionsplattform von Medical Columbus angeschlossen. Im Zuge der Transaktionen werden die Daten permanent mit der Referenzdatenbank abgeglichen und in einer geschützten Internet-Kommunikationsplattform gespeichert. Für den strategischen Einkauf resultiert daraus eine Transparenz, die Optimierungen erst ermöglichen.

GEBLOG arbeitet zum einen mit PostLogistics, Hospital Solutions zusammen, weil sie der für die Schweiz exklusive Partner von Medical Columbus sind. Medical Columbus bietet, für Europa einzigartig, eine Referenzdatenbank an, die mehr als 2 Mio. Artikel umfasst. Mit der Transaktionsplattform werden die Prozesse automatisiert und dank der Kommunikationsplattform können aktuelle Verbrauchsanalysen durchgeführt werden. Zum anderen können die Mitglieder auf das leistungsfähige Logistiknetzwerk von PostLogistics zugreifen. Angeboten werden Dienstleistungen wie OP-Logistik, externes Lager, Transportkonzepte für einen gebündelten und zentralisierten Wareneingang sowie Betrieb des externen Zentrallagers mit Anbindung an die Bestellplattform und Lagerfinanzierung.

Die Mitglieder von GEBLOG planen weitere interessierte Spitäler zu gewinnen. Die Idee des gemeinsamen Einkaufs scheint sich erfolgreich zu entwickeln. Voraussetzungen dafür waren der freiwillige Zusammenschluss, die geschaffene Transparenz im Sortiment und das gegenseitige Vertrauen.

Autoren:

Dr. Olivier Tschudi, Leiter Hospital Solutions, PostLogistics AG

*Dr. Andreas Gattiker, Direktor, GZO Gesundheitsversorgung
Zürcher Oberland, Spital Wetzikon*

Quellenverzeichnis:

1. Schumacher, Petra: Öffentliche Spitäler und ihre Rechtsformen: Übersicht, Competence 7-8/2006, Seite 7-10.
2. www.bag.admin.ch und www.interpharma.ch
3. Kirchengoerg, M.; Coldewey, B.: Netzwerkstrategien zur Profilierung von Gesundheitsdienstleistungen, S. 566-589, in: Zentes, J.; Swoboda, B.; Motschett, D. (Hrsg.): Kooperationen, Allianzen und Netzwerke, 2003.
4. Tschudi, O.: Kombiniertes Verkehr und Netzwerkeökonomie, 2000, S. 47-53.
5. Reiss, M.; Bernecker, T.: Entwicklungsdynamik von Dienstleistungsnetzwerken, S. 88-108, in: Zentes, J., Swoboda, B.; Motschett, D. (Hrsg.): Kooperationen, Allianzen und Netzwerke, 2003.
6. GPO = Group Purchasing Organization
7. Präsentation Premier: Premier Inc. and the Coalition for Healthcare electronic Standards (CHeS) – An Update on Standards, GS1 Global Healthcare User Group, 13-15.06.06, Minneapolis, USA.
8. Hilmer, D.: Elektronische Marktplätze im Gesundheitswesen, Seminararbeit, Grin, FH Hannover, 2003/2004, S. 15.
9. Simon Kucher & Partners: Zukünftige Relevanz und Konsequenzen von Krankenhaus-Einkaufskooperationen für Medizintechnik-Anbieter in Deutschland, Eine aktuelle Markteinschätzung für BVMed, 2005, S. 16-18.
10. Emmermann, M.; Kiefer, D.: Einkaufs- und Logistik-Kooperationen gehört die Zukunft, in: f&w 5/2005, S. 496-498.
11. Gesundheitszentrum Sanitas Kilchberg, GZO Spital Wetzikon, Spital Leuggern, Spital Zimmerberg, Spital Zollikerberg, Spital Uster, Stadtspital Waid, Uniklinik Balgrist
12. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich: Sparmassnahmen in der Akutomatic, Projekt SAN-04-197, 2004.
13. GZO Spital Wetzikon, Spital Uster, Uniklinik Balgrist