

Die Schweizer Zeitschrift
für Managed Care und Care Management

Schwerpunktthema:
eHealth

MC-Modelle:
Ärztennetze in der Schweiz 2007

Pflege:
Qualitätssicherung in der Pflege

Veranstaltungsbericht:
Sicherheit ist kein Zufall

6

7.9.2007

fmc.ch

tellmed.ch

MANAGED
CARE

eHealth: ein Déjà-vu-Erlebnis

Als im Herbst 2000 dem redaktionellen Beirat von Managed Care das Konzept für ein Heft zum Schwerpunkt eHealth vorgelegt wurde, löste dies Stirnrunzeln aus: Was haben «e»-Themen mit Managed Care zu tun? Ist das nicht zu technisch? Dennoch wurde die Ausgabe 4/2001 zur ersten deutschsprachigen Darstellung von eHealth. Sechs Jahre später hat der Schweizer Bundesrat die nationale Strategie eHealth verabschiedet.¹

Heute ist eHealth angesagt: Wer seinen PC beherrscht und ein Spital von innen kennt, gilt als eHealth-Experte, die IT-Industrie preist eHealth als Lösung aller Probleme an, die ärztlichen Zunftvertreter heben Schützengraben aus, die Regulatoren wittern die Ausweitung ihrer Zuständigkeitsbereiche, währenddessen verirren sich die Politiker im Minenfeld der Versichertenkarte. In einer Hinsicht ist eHealth unumstritten: Das Thema ist gesetzt!

Umso notwendiger ist es, mit diesem Heft einen Beitrag zur Reflexion zu leisten, was mit eHealth erreicht werden soll: Reicht es, bestehende Prozesse mit Informatikmitteln zu beschleunigen? Richten wir uns am heute Machbaren aus und zementieren wir unsere Strukturen mit ICT²? Oder wollen wir, von der Vorstellung eines verbesserungsfähigen Gesundheitswesens geleitet, die Verantwortung ergreifen und mit zeitgemässen Arbeitsinstrumenten das Notwendige, Sinnvolle und Wünschbare auf- und ausbauen?

Unser Gesundheitswesen steht vor einem tief greifenden Strukturwandel. Widerstand gegen Veränderung ist verständlich, aber die Vogel-Strauss-Taktik ist eine untaugliche Problembewältigungsstrategie. Was ist daran schlecht, wenn eHealth ein qualitativ verbessertes und effizienteres Gesundheitswesen ermöglicht, das Patienten vor Fehlbehandlung schützt und sie wirklich in den Mittelpunkt stellt?

Auch wenn noch viele eHealth-Bausteine fehlen und wir nicht wissen, wohin die Reise uns führen wird: Wir sind auf dem Weg! Das vorliegende Heft schafft eine Übersicht und gibt Einblick in bereits stattfindende Arbeiten, die schrittweise und pragmatisch zur Integration der ICT in Medizin und Gesundheitsversorgung führen. Es macht deutlich: Bei eHealth geht es nicht um Technologie als Selbstzweck, sondern um die ICT-unterstützte Weiterentwicklung des Gesundheitssystems.

eHealth verbessert die Vernetzung und Koordination im Gesundheitssystem, schafft durchgehende Prozesse und macht sie steuerbar, fördert dadurch Qualität und Zusammenarbeit, und ermöglicht zudem ein echtes Informations- und Wissensmanagement. Das erinnert an uralte Managed-Care-Ideale! Das vorliegende Heft fügt sich nahtlos an die Ausgabe 4/2001. Der Titel des Editorials im Sommer 2001 lautete: «eHealth: Die Chance, endlich den Managed-Care-Gedanken zu verwirklichen?» Die Antwort lautet heute: Ja!

Martin D. Denz

Dr. med., Executive Master in eGovernance EPFL
Präsident Schweizerische Gesellschaft für Telemedizin
und eHealth SGTMeH
Vice President European Health Telematics Association
EHTEL, Brussels



Martin D. Denz

1 <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/03505/index.html?lang=de>

2 ICT = Informations- und Kommunikationstechnologien

Schwerpunktthema: eHealth

- 6 Ein Schlüssel für den notwendigen Strukturwandel**
Stefan Brupbacher
eHealth soll konkreten Nutzen für die Patienten bringen: Verbesserungen der medizinischen Ergebnis- und Prozessqualität wie auch Selbstbestimmung und Verantwortung.
- 9 Swiss Health-Fiction 2015**
Martin D. Denz
Ein Assistenzarzt berichtet im Jahr 2015 aus seinem Einsatz als Grundversorger und darüber, wie sich das Gesundheitswesen durch die technischen Hilfsmittel weiterentwickelt hat.
- 12 Vernetzte Dienste für altersgerechtes Wohnen**
Rolf Brechbühl, Emil Kowalski und Ulrich Pagel
Ein neues Konzept für selbstständiges Wohnen im Alter nutzt die Strategie der Partizipation an bestehende Infrastrukturen, wodurch sich die Kosten senken lassen.
- 15 Niederlande: Der Weg zur elektronischen Patientenakte**
Johan G. Beun, Ab Bakker
Um elektronische Patientenakten landesweit einsetzen zu können, wurde in den Niederlanden ein nationales ICT-Institut gegründet. Dieses schafft eine gemeinsame eHealth-Architektur für das Gesundheitswesen.
- 18 Telemedizin: Fachwissen weltweit vermitteln**
Andreas Faller, Stephan Kaufmann
Die Bedeutung der Telemedizin wird weiter zunehmen und das bestehende Angebot ausgebaut werden. Bei dieser Entwicklung stellen sich auch rechtliche Fragen.
- 21 Die vernetzte dänische Gesundheitsversorgung**
Markus Nufer
Dänemark hat sein Gesundheitswesen reformiert, eHealth ist dabei selbstverständlich geworden. Das Gesundheitsportal ist ein Element davon.
- 24 Informations- und Kommunikationssysteme in Praxisnetzen**
Günter Schicker, Freimut Bodendorf
Die meisten Praxisnetze in Deutschland und der Schweiz nutzen die Informationstechnologien nicht optimal, wie die Praxisnetzstudie bei der Detailanalyse zeigt.
- 33 Managed-Care-Modelle
Ärztetnetze in der Schweiz im Jahr 2007**
Peter Berchtold, Kurt Hess
Verzeichnis über die Ärztetnetze in der Schweiz und die Übersicht über die Entwicklung von 1999 bis 2007.

- 42 Pflege**
Qualitätssicherung in der Pflege
 Ruth Schweingruber, Ursula Lädach
 Ein Zertifizierungsverfahren beurteilt die strukturellen Bedingungen sowie die Prozesse und Ergebnisse in der Pflege. Qualität soll gesichert und gefördert werden.
- 45 Veranstaltungsbericht**
Sicherheit ist kein Zufall
 Christian Marti
 International Forum on Quality and Safety in Health Care 2007, Barcelona
- 4 Rubriken**
4 Forum Managed Care
 GeWint – die Zukunft heisst integrierte Versorgung
- 31 Kolumne**
 Managed Care: Der Einzelne im Dienste des Systems? – von Dominique Jordan, Präsident des Schweizerischen Apothekerverbands
- 48 Resonanz**
 Je höher ausgebildet, desto besser • Alternativen zum Hausarzt • Die Fortschrittsfalle • Qualität im Alters- und Pflegeheim • Aufholbedarf in Palliative Care
- 49 Veranstaltungskalender**
 Veranstaltungen/Weiter- und Fortbildung
- 51 In Kürze**
 Medizinische Hilfe im Einkaufsladen • Zweifel an Wirkung von Patientenschulungen • Coiffeure senken den Blutdruck • Gesundheitsnetz Stadt Zürich ••• Vorschau: Arbeitsunfähigkeit und Wiedereingliederung

Die Schweizer Zeitschrift für Managed Care und Care Management
 Offizielles Organ des Forums Managed Care

Verlag:
 Rosenfluh Publikationen AG
 Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen

Redaktioneller Beirat:
 Georges Ackermann, *Richard Altorfer, *Lorenz Borer, Jutta Casimir, Martin Denz, Kurt E. Hersberger, *Kurt Hess, Claudio Heusser, Christian A. Ludwig, Nicola Martucci, *Regula Rička, Andreas Rippmann, Georges F. Roux, Marlene Saxer, Stefan Schindler, *Ruedi Wartmann, Mechthild Willi Studer, Urs Zanoni, Rolf Zwygart
 * Ausschuss des Redaktionellen Beirats

Betreuung des Schwerpunktthemas:
 Martin D. Denz

Redaktion:
 Karin Diodà (kd)
 Dahliastrasse 8, 8008 Zürich
 Telefon 044-431 73 56, Fax 052-558 83 39
 k.dioda@rosenfluh.ch

Brigitte Casanova (bc)
 Rue Denis-de-Rougemont 36
 2000 Neuchâtel
 Telefon und Fax 052-558 83 00
 b.casanova@rosenfluh.ch

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

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

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

Gestalterisches Konzept:
 Team hp Schneider, AG für Gestaltung
 8352 Rätterschen

DTP und Layout:
 Rosenfluh Publikationen AG, Regina Hauser

Druck:
 stamm+co. AG, Grafisches Unternehmen
 8226 Schleithelm

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

Abonnementspreise:
 Erscheint achtmal jährlich
 Jahres-Abonnement: Fr. 160.–
 (Westeuropa: Fr. 209.–)
 Einzelheft: Fr. 25.– (inkl. Porto, plus MwSt.)
 Einzelheft-Bestellungen bitte an das
 Redaktionssekretariat.
 Diese Zeitschrift wird im
 EMBASE/Excerpta Medica indiziert.
 11. 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 Überlassung eines Manuskripts oder einer Abbildung zur Publikation erklärt sich der Autor/die Autorin damit einverstanden, dass der entsprechende Beitrag oder die entsprechende Abbildung ganz oder teilweise in allen Publikationen und elektronischen Medien der Verlagsgruppe veröffentlicht werden kann. Bei einer Zweitveröffentlichung werden der Autor informiert und die Quelle der Erstpublikation angegeben.

Managed Care ist online einsehbar (pdf) unter
fmc.ch
und tellmed.ch

GeWint – die Zukunft heisst integrierte Versorgung



Heute sind Dienstleistungen und Behandlungsprozesse zwischen den Leistungserbringern im Gesundheitswesen stark segmentiert. Dies beeinträchtigt eine optimale Betreuung der Patienten¹ und verursacht unnötige Kosten. Massgebende Akteure der Gesundheitsregion Winterthur (GeWint) wollen dies ändern und haben dazu das Projekt GeWint lanciert. Das Ziel dieses Projekts ist eine integrierte Versorgung in der Gesundheitsregion Winterthur. Die medizinische Versorgung soll verbessert und die Region für die wachsenden Herausforderungen im Gesundheitswesen vorbereitet werden. Am diesjährigen FMC-Symposium wurde das Projekt GeWint einem sehr interessierten Publikum vorgestellt.²

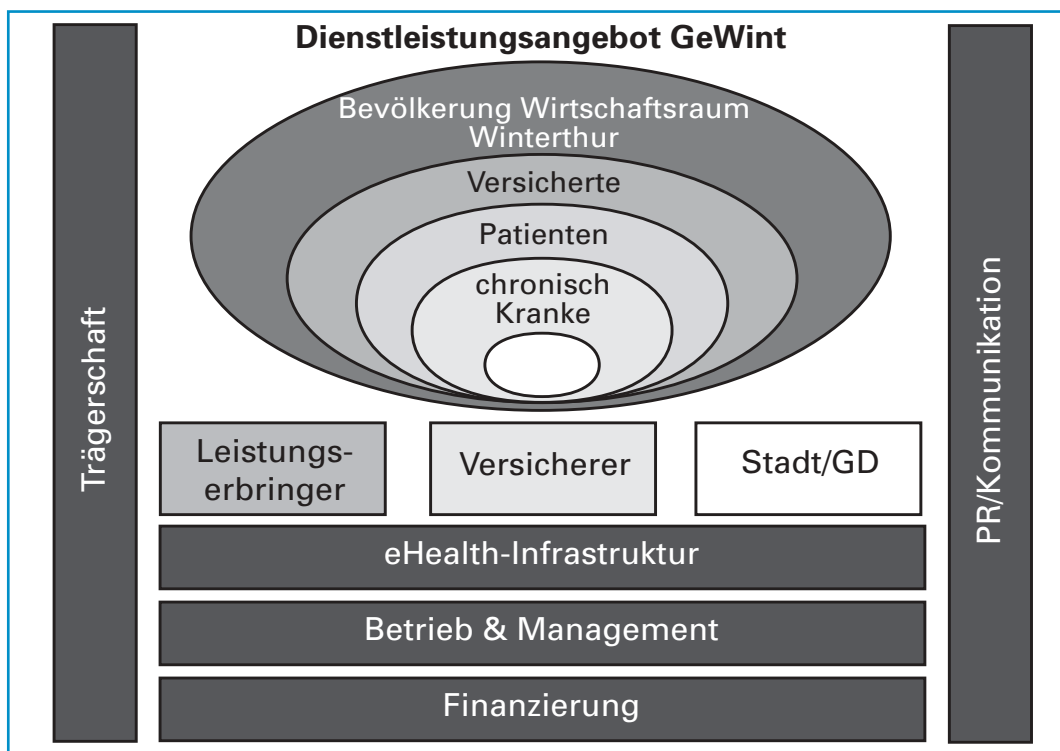
Auf den ersten Blick fällt nichts Spektakuläres auf: Eine geografische Region, bestehend aus einer Stadt mit rund 100 000 Einwohnern und einem Gürtel von kleinen und grossen Gemeinden mit nochmals so vielen Einwohnern. Die qualitativ hoch stehende

Gesundheitsversorgung wird primär durch ein starkes öffentliches und privates Spital, die niedergelassenen Hausärzte und Fachärzte sowie eine Vielzahl von ambulanten Gesundheitseinrichtungen gewährleistet. Innovationen wie Managed-Care-Modelle sind in Winterthur kein Fremdwort – sie haben Tradition – bereits jeder dritte Einwohner hat sich für diese Versorgungsform entschieden. Seit über zehn Jahren ist der Grossteil der Hausärzte in Ärztenetzwerken und HMO organisiert, worin die Ärzte vernetzt – zum Wohle der Patienten – zusammenarbeiten.

Somit ist doch alles gut! Nicht gut genug, meint eine Gruppe von Experten aus dem lokalen Gesundheitswesen. Von den Erfahrungen mit integrierten Versorgungsansätzen aus dem In- und Ausland, wie beispielsweise der Integrierten Psychiatrie Winterthur (ipw) oder dem Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte (UGOM) aber auch aus anderen Branchen, wie dem Zürcher Verkehrsverbund (ZVV), will die Expertengruppe profitieren und eine neuartige, für die Gesundheitsregion Winterthur zukunftsweisende Idee entwickeln. Die Vision von GeWint ist, Kostenträger und Leistungserbringer auf ein gemeinsames Ziel zu vereinen: ihre Region integriert zu versorgen. Ge-

¹ Für die bessere Lesbarkeit wird einheitlich die männliche Form gewählt. Selbstverständlich sind immer beide Geschlechter gemeint.

² Präsentation siehe unter www.fmc.ch (Veranstaltungen/FMC Symposium 2007)



nau wie der ZVV. Der öffentliche Verkehr und das Gesundheitssystem weisen überraschend viele Parallelen auf und kämpfen mit ähnlichen Herausforderungen – da liegt es nahe, daraus zu lernen, wie die anderen ihre Schwierigkeiten meistern.

Das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG und die BlueCare AG leiten das sehr anspruchsvolle Projekt GeWint gemeinsam. Als Partner sind mit der Stadt Winterthur, dem Kantonsspital Winterthur, der Klinik Lindberg, der SWICA und dem «Netzwerk Gesundheitsökonomie Winterthur» Kostenträger und Leistungserbringer gleichermaßen im Projekt vertreten.

Hauptziel von GeWint ist eine bessere Versorgung der Bevölkerung, der Versicherten, der Patienten im Allgemeinen und chronisch Kranken im Speziellen. Für diese Zielgruppen sollen bestehende Dienstleistungen vernetzt und neue Dienstleistungen entwickelt werden (siehe *Grafik*). Durch eine sektorübergreifende Kommunikation, Koordination und Kooperation soll bei gleichzeitiger Kostendämpfung die Behandlungsqualität sowie die Behandlungssicherheit verbessert werden. Möglich wird dies durch eHealth-Instrumente, die einerseits die Akteure im Gesundheitswesen vernetzen und andererseits neue Dienstleistungen ermöglichen. Eine gemeinsame Vision aller Akteure

im Gesundheitswesen bildet das Fundament der integrierten Versorgung. Neue Anreize müssen geschaffen werden, damit die nötigen Investitionen getätigt und die neuen Dienstleistungen aufgebaut und genutzt werden.

Die Gesundheitsregion Winterthur könnte schon bald eine Vorreiterrolle für integrierte Versorgungsregionen übernehmen. Bereits heute verleiht das Projekt der lokalen Managed-Care-Bewegung neuen Schwung.

Autor: Karl Metzger

Kontakt:

BlueCare AG
Karl Metzger
Leiter Managed Care
Co-Projektleiter GeWint
karl.metzger@bluecare.ch

Winterthurer Institut für
Gesundheitsökonomie (WIG)
Dr. Holger Auerbach
Stellvertretender Institutsleiter
Co-Projektleiter GeWint
holger.auerbach@zhwin.ch

Ein Schlüssel für den notwendigen Strukturwandel

Für den Durchbruch von eHealth entscheidend ist der konkrete Nutzen für die Patienten. Verbesserungen der medizinischen Ergebnis- und Prozessqualität stehen dabei im Vordergrund, ebenso das Wissensmanagement mit Selbstbestimmung und Verantwortung für jeden einzelnen Patienten.

Stefan Brupbacher

Das Gesundheitswesen leistet einen zentralen Beitrag an die steigende Lebenserwartung bei besserer Gesundheit. Mit einem raschen Zugang zu modernen Therapien für alle ist es mitverantwortlich für die hohe Lebensqualität in der Schweiz. Gleichzeitig bietet es zunehmend gut qualifizierte Arbeitsplätze: So erarbeiten 17 Prozent der schweizweit Beschäftigten im Gesundheitssektor 14 Prozent des BIP, und die Pharma- und Medtech-Industrie gehören zu den am schnellsten wachsenden Exportsektoren.¹ Damit wäre das Schweizer Gesundheitswesen prädestiniert, von der zunehmenden Internationalisierung zu profitieren, welche durch den demographischen Wandel, den technologischen Fortschritt, die fortschreitende Spezialisierung und das Versagen der planwirtschaftlich orientierten Gesundheitssysteme angetrieben wird.

Reformbedürftiges Gesundheitswesen

Diese Entwicklung hat leider auch ihre Schattenseiten: Die dem Steuer- und Prämienzahler für die obligatorische Krankenversicherung aufgebürdeten Zwangsabgaben werden zu einer immer grösseren Last. Un-

klar ist, wie weit der Kostenanstieg auf volkswirtschaftlich schädliche Über-, Unter- und Fehlversorgung zurückzuführen ist oder auf die veränderte Demographie und die Investitionen in den medizinischen Fortschritt. Letzteres kann über eine flexible Erhöhung des Rentenalters amortisiert werden, beim erst genannten Aspekt bedarf es dringend Reformen.

Diese Reformen haben die Rahmenbedingungen für ein starkes und effizientes Gesundheitssystem festzulegen. Es müssen Richtungsentscheide zwischen Plan- und Marktwirtschaft gefällt werden. Die Rationierung von Gesundheitsleistungen lehnt die Wirtschaft aus gesellschafts- und wirtschaftspolitischen Gründen ebenso ab wie den in Sackgassen führenden Ausbau planwirtschaftlicher Instrumente bei Versicherungen und Spitälern.

Produktivität steigern

Stattdessen ist Rationalisierung notwendig. Allerdings wäre eine Rationalisierung über kurzfristige Kosteneinsparungen kurzfristig. Wichtiger ist Kosteneffizienz, und um diese zu steigern, bedarf es weniger des Preiswettbewerbs als des Wettbewerbs um neue Produkte, Vertriebskanäle und Organisationsformen. Nur Prozessinnovation erlaubt einen schöpferischen Wandel, der die Produktivität steigert.

Diese lässt sich gerade im stationären Bereich erhöhen: Dort fand in den vergangenen Jahren die stärkste Preissteigerung statt.

¹ Infras: Wertschöpfung und Beschäftigung im Gesundheitssektor Schweiz, 2006



Stefan Brupbacher

Gleichzeitig liegt die Arbeitsproduktivität klar hinter jener der ambulanten Versorgung oder der Pharmaindustrie oder anderer Wirtschaftszweige zurück.² Auch wenn das Gesundheitswesen personalintensiv ist, die Arbeitsproduktivität kann gesteigert werden. Auch hier gelten gewisse ökonomische Grundregeln: Skalen- und Lerneffekte führen zu besserer Qualität und tieferen Kosten, und der Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT) steigert die Arbeitsproduktivität. IKT wird damit zum Schlüssel für den notwendigen Strukturwandel.

Patient im Mittelpunkt

Erfahrungen in anderen Politikbereichen zeigen: Um dem technologischen Fortschritt zum Durchbruch zu verhelfen, muss der Patient und Bürger von dessen Nutzen profitieren. Deshalb genügt es nicht, nur auf die erhöhte administrative Effizienz von eHealth zu setzen. Wichtiger sind die verbesserte medizinische Ergebnis- und Prozessqualität, das vermehrte Wissensmanagement mit medizinischer Selbstbestimmung und -verantwortung der Patienten. Damit ermöglicht eHealth die Integration der Leistungserbringer (Ärzte, Spitäler, Apotheken) und der Kostenträger in ein effizientes Gesundheitswesen, das über die Messung der medizinischen Ergebnisqualität den Patienten in den Mittelpunkt stellt. Dabei wird Effizienz nicht gegen Qualität ausgespielt: So reduziert Telemedizin bei der Überwachung von Patienten auf Intensivstationen die Sterblichkeit um 27 Prozent, die Liegedauer um 17 Prozent und die Fallkosten um 25 Prozent [1].

Rahmenbedingungen setzen

Damit eHealth rasch eingeführt und angewendet wird, braucht es entsprechende Rahmenbedingungen. Dabei tragen Bund und Kantone im Gesundheitswesen als gesetzlich stark reglementierter Bereich eine besondere Verantwortung. Für die Wirtschaft sind folgende Schritte notwendig:

1. Rasche und möglichst offene Definition der gesetzlichen Rahmenbedingungen: Dazu gehört eine pragmatische und patientenorientierte Anwendung des Datenschutzes, um Vertrauen beim Anwender zu schaffen. Wie in anderen sensiblen Bereichen sind Datenschutzfragen technisch und organisatorisch lösbar. Oft zum Schutz von Partikulärinteressen missbraucht, darf Datenschutz deshalb nicht Qualitätsvorteile für Patienten und Effizienzgewinne für Steuer- und Prämienzahler verhindern oder dem Bürger den Zugang zu medizinischen Informationen verbauen.
2. Definition von organisatorischen und technologischen Rahmenbedingungen für den Aufbau einer eHealth-Infrastruktur: Zentral sind Standards und Prozesse, inklusive Sicherheitsinfrastruktur und Identifikationsmechanismen, welche die Interoperabilität sichern. Letztere ist schweizweit zu gewähren und international anzustreben, um das Exportpotenzial für Gesundheitsdienstleistungen zu nutzen.
3. Regelung der Finanzierung: Bund und Kantone haben für ihre Kernaufgaben im Bereich eHealth die notwendigen Mittel in ihre Gesundheits- und Präventionsbudgets zu integrieren. Da eHealth den Strukturwandel unterstützt, amortisiert eine verbesserte Produktivität diese Ausgaben. Gleiches gilt für finanzielle Anreize für Leistungserbringer, sofern sich diese nach einer gewissen Zeit dank Effizienzsteigerungen amortisieren. Schliesslich sind Public-Private Partnerships³ zu ermöglichen.
4. Bedarf einer eHealth-Plattform: Bedeutung und zeitlicher Horizont von eHealth verlangen eine unabhängige Plattform, welche Bund, Kantone und Wirtschaft als gleichberechtigte Partner zusammenbringt. Damit wird sichergestellt, dass sich unternehmerische Initiative und Innovation entfalten und nicht an der geographischen und strukturellen Fragmentierung des Gesundheitssystems scheitern.
5. Strukturelle Reformen im KVG: Dazu gehört erstens, dass die Veröffentlichung der medizinischen Ergebnisqualität der

² Infras: Wertschöpfung und Beschäftigung im Gesundheitssektor Schweiz, 2006

³ Gemeinsame Realisierung von eHealth-Projekten durch private Anbieter und die öffentliche Hand

Kasten:

Kritische Anmerkungen zur nationalen eHealth-Strategie

Für Economiesuisse ist die nationale eHealth-Strategie ein erster Schritt. Allerdings werden in einigen Bereichen die Prioritäten falsch gesetzt:

- Aus marktwirtschaftlicher Sicht dürfen bestehende Interessenkonflikte, etwa der Kantone, im stationären Bereich durch den Aufbau von eHealth nicht zementiert werden. Der Staat soll sich auf das rasche Setzen offener Standards konzentrieren. Nur so wird die Interoperabilität von eHealth-Initiativen sichergestellt. Damit kann der Staat vom Wettbewerb der ICT-Anbieter profitieren und – wie von der OECD gefordert – dank Public-Private Partnerships deren Wissen und Investitionsbereitschaft nutzen.
- Das vorgeschlagene Steuerungsorgan von Bund und Kantonen hat die Wirtschaft als gleichberechtigten Partner einzubeziehen.
- Das elektronische Patientendossier ist vor 2015 einzuführen und die Grundlagenarbeit möglichst rasch zu erledigen. Darunter fallen möglichst offene, pragmatische Zulassungsvorschriften für eHealth-Provider, die Definition der eindeutigen Patientenidentifikation und das Schaffen einer unabhängigen Zertifizierungsstelle, welche eHealth-Plattformen durch standardisierte Qualitäts- und Sicherheits-Richtlinien beurteilt.
- Kritisch beurteilt Economiesuisse das über das gesetzlich vorgesehene Mass hinausgehende Sammeln und Veröffentlichlichen von Gesundheitsinformationen durch staatliche Stellen. Diese Aufgabe soll und kann von Leistungserbringern und Versicherungen übernommen werden, welche sich damit im Markt differenzieren können.

einzelnen Leistungserbringer wie Spitalabteilung oder Ärztenetze eingeführt wird. Damit ist eine von Kantonsgrenzen unabhängige Wahlfreiheit des Patienten

(und des zuweisenden Arztes) verbunden. Der in der Herbstsession anstehende Entscheidung zwischen der Einführung der Qualitätstransparenz im nationalen Spitalbinnenmarkt einerseits und der kantonalen Planwirtschaft andererseits wird zum Lackmustest der Reformfähigkeit. Zweitens sind Bonusversicherungen nicht länger zu behindern. Dadurch sollen ein gesunder Lebensstil und die Therapiebefolgung finanziell begünstigt werden. Sowohl zur Unterstützung der Einhaltung von Therapien wie auch im Kampf gegen lebensstilabhängige Krankheiten gibt es verschiedene eHealth-Applikationen wie das «Herzhandy», das EKG-Daten an ein medizinisches Zentrum übermittelt, Blutdruck- und Pulsuhr oder Kameras, welche zu Hause Rehabilitationsübungen überwachend begleiten.

Chance wahrnehmen

Für Economiesuisse⁴ ist eHealth und die damit verbundene Innovation zentral für ein patientenzentriertes, effizientes und qualitätsorientiertes Gesundheitswesen der Zukunft. Die Chancen der neuen Technologie sind zu nutzen. Dazu haben Bund und Kantone im stark reglementierten Gesundheitswesen ihre politische Führungsverantwortung wahrzunehmen. Zusammen mit dem Engagement der Wirtschaft ist das ein Bekenntnis zum notwendigen Strukturwandel hin zu einem starken und fortschrittlichen Gesundheitswesen in der Schweiz.

Autor:

Dr. Stefan Brupbacher M.A.

Issue Manager Gesundheits- und Regionalpolitik
economiesuisse
Hegibachstrasse 47
8032 Zürich
stefan.brupbacher@economiesuisse.ch

Literatur:

Gross H: Konzept für die Zukunft? EHealthCom, 1/2006, S. 24.

⁴ Verband der Schweizer Unternehmen

Swiss Health-Fiction 2015

Ein Assistenzarzt berichtet im Jahr 2015 aus seinem Einsatz als Grundversorger und darüber, wie sich das Gesundheitswesen durch die Integration technischer Hilfsmittel weiterentwickelt hat. Der Blick in die Zukunft macht deutlich: Wer nicht an Utopien glaubt, ist kein Realist¹.

Martin D. Denz

Mit einem mulmigen Gefühl im Bauch breche ich heute Nacht zu meinem ersten Notfalldienst ins medizinisch unterversorgte Entlebuch auf. Immerhin bin ich gut ausgerüstet, mit GPS-Navigationsgerät und einem Wearable Computer, der mir die Daten einer evidenzbasierten medizinischen Datenbank direkt in die Brillengläser einspiegelt. Bei Bedarf wird dies ergänzt durch die laufend aktualisierten Best-Practice-Guidelines sowie einem medizinischen Entscheidungs-Unterstützungssystem. Sollten alle Stricke reissen, bin ich über eine mobile WIMAX-Breitbandverbindung mit dem Oberarzt in der telemedizinischen Zentrale des Regionalhospitals verbunden. Er kann mich online unterstützen – dank der in die Brillenfassung eingebauten Kamera schaut er mir «über die Schulter». Für besonders kritische Situationen könnte jederzeit ein Spezialist aus dem Universitätsspital zugeschaltet werden. Seit die PostAuto Schweiz AG die nationalen Ambulanzdienste übernommen hat, steht mir zudem jederzeit und überall ein Fahrzeug zur Verfügung.

Postfilialen als Gesundheitskiosks

Statt wie früher zum Militärdienst, wurde ich zu zwei Jahren Grundversorgungsdienst verpflichtet: Nachdem der Niederlassungsstopp gegen 2009 zu spät aufgehoben worden war, hatte sich der vorbestehende Ärztemangel rasant verstärkt. Er konnte auch durch den Einsatz von «Nurse Practitioners» nicht aufgehalten werden, denn der Pflegenotstand war bereits zuvor ausgebrochen! Zudem begannen viele ausländische Ärzte und Pflegekräfte in Richtung Deutschland auszuwandern, wo sie in den ebenfalls unterversorgten Bundesländern zu weit attraktiveren finanziellen Arbeitsbedingungen arbeiten. Die wenigen in der Schweiz übrig gebliebenen Landärzte werden von Bund und Kantonen zur Spätpensionierung gezwungen und wohnen in der Nähe vorgeschobener medizinischer Versorgungseinrichtungen, den sogenannten Gesundheitskiosks. Es handelt sich um wieder eröffnete periphere Postfilialen, die den Ärzten in Weiterbildung als Praxisstandort dienen. Sie sind ausgerüstet mit Kommunikationsmitteln für ein zeitgemäßes Wissensmanagement, mitsamt einer Infrastruktur für medizinische Noteingriffe unter Anleitung telekonsiliarischer Fachärzte.

Routinekontrollen mit Check-up-Kabinen

In einem Gesundheitskiosk dürfen Medikamente durch medizinische Hilfspersonen abgegeben werden, für die fachgerechte Verordnung kann eine Videokonsultation mit einem medizinischen oder pharmakologischen Fachspezialisten erfolgen. Hauslieferungen erfolgen durch den Postboten, der gleichzei-



Martin D. Denz

¹ David Ben Gurion, israelischer Staatsmann

tig bei älteren Mitbürgern überprüft, ob Bedarf für Spitex- oder Sozialdienste besteht. Für Verlaufsuntersuchungen wie einfache Blutuntersuchungen, Blutdruck- und Augendruckmessung stehen in der Kioskhalle «Check-up-Kabinen» der Swisscom. Diese Hightech-Kabinen sind die Evolution von Telefonkabine, Fotoautomat und Bankomat, sie erfüllen selbstverständlich alle Ansprüche des Persönlichkeitsschutzes und der Hygiene. Anstelle einer Bankkarte wird die Kabine mit der persönlichen Gesundheitskarte aktiviert, was die eindeutige Identifikation des Benutzers ermöglicht.

Medizinischer Grundversorgungsauftrag

Wo immer möglich, werden ehemalige Poststellen mit Detailhandelsfilialen kombiniert. Dahinter steckt die Absicht, Investitionen in die logistische und informationstechnische Infrastruktur den privatwirtschaftlichen Partnern zu übertragen. Die rechtliche Grundlage dafür wurde 2011 durch den neuen Verfassungsartikel für die Nachhaltige Nationale Grundversorgung (NNG) geschaffen, in dem ein flächendeckender Grundversorgungsauftrag festgeschrieben wurde. Dieser beinhaltet, neben dem Service public für Verkehr, Fernmeldewesen und Post- beziehungsweise Zahlungsverkehrsdienstleistungen, neu auch die medizinische Grundversorgung. Diese Grundversorgungsaufträge richten sich an der Sicherheit, Qualität und einem nachweisbaren Mehrwert zugunsten aller BürgerInnen aus, den sogenannten SQM-Kriterien. Dieser Verfassungszusatz wurde im Jahr 2013 durch das Eidgenössische Gesundheitsgesetz (EGG) ergänzt, es ist dem KVG übergeordnet und hat es entscheidend erweitert. Erst das EGG hat eine nationale Gesundheitsstrategie ermöglicht.

Das eidgenössische Gesundheitsgesetz

Bemerkenswerte gesundheitspolitische Veränderungen hatten zur Verabschiedung des EGG geführt: Die Priorisierung auf Kostenreduktion war – ähnlich wie bei Skyguide im Bereich der Flugsicherheit – gescheitert. Das Kartellsystem «Gesundheitswesen» hatte den freien Wettbewerb verhindert, mit Intransparenz und Pseudoregulierung ein Nullsummenspiel produziert, dadurch die Patienten-

sicherheit gefährdet sowie ökonomische Werte vernichtet. Die um ihre Wiederwahl bangenden Politiker entwarfen ein auf Transparenz, Qualität und Wertschaffung ausgerichtes Gesundheitsgesetz. Zur Verbesserung durchgehender medizinischer Informations- und Versorgungsprozesse wurde die Verantwortung für sämtliche eHealth-Investitionen dem Bund beziehungsweise den Kantonen entzogen und der unabhängigen Aktiengesellschaft «XUND» übertragen. Diese an den Prinzipien des Public Private Partnership sowie offenen Standards ausgerichtete AG reorganisierte die Schweiz in funktionale Gesundheitsterritorien, ähnlich den militärischen Territorialzonen, und eröffnete einen durchgehenden Datenfluss zwischen den konsequent informatisierten regionalen Gesundheitsnetzwerken.

Fähigkeitsausweis für Telemedizin

Für meine Weiterbildungszeit als Assistenzarzt, die in allen vier Gesundheitsterritorien erfolgen muss, erlange ich den Facharztstitel für Medizinische Grundversorgung. Aufgrund meiner praktischen Erfahrungen bei der Nutzung telemedizinischer Hilfsmittel erhalte ich zudem den Fähigkeitsausweis für Telemedizin. Ich hätte auch als «Gesundheits-Coach» in einem eHealth-Beratungszentrum arbeiten können, das als Knotenpunkt für Gesundheitsnetze dient: Im Verlauf des Jahres 2008 hatten immer mehr Bürgerinnen und Patienten begonnen, eine webbasierte elektronische Gesundheitsakte für sich und ihre Familien zu abonnieren. Diese wurden von Grossverteilern angeboten und sowohl von Krankenversicherern als auch von Spitälern zur Kundenbindung gefördert. Seither bevorzugen die Patienten Leistungserbringer, welche bereit sind, diese elektronische Akte zu nutzen und mit medizinischen Informationen zu erweitern.

Lebenslanger Gesundheits-Coach

Die Notwendigkeit einer professionellen Datenbetreuung führte wiederum zum Aufbau neuartiger, versicherungsunabhängiger und vertrauensärztlicher Dienste. Aus medizinischen Callcentern oder aus der Informatikabteilung zwangsgeschlossener Spitäler entwickelten sich unabhängige «Health Information Service Provider» für die Bewirtschaftung persönlicher, lebenslanger elektro-

nischer Gesundheitsakten. Als persönlichen Konsiliardienst verlangen heute Bürgerinnen und Bürger Erläuterungen zu ihren medizinischen Daten. Gemeinsam mit ihrem medizinisch qualifizierten Berater legen sie fest, welche Inhalte in welchem Ausmass für wen zugänglich gemacht werden. Dies wurde dank der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und einer nationalen PKI-Infrastruktur möglich, welche auf der Infrastruktur der Schweizer Banken aufbaute und durch digitale Zertifikate der Schweizer Post auf überobligatorischem Sicherheitsniveau ergänzt wurde.

Berufliche Entwicklungsperspektiven

Gut ausgebildete und erfahrene Ärztinnen finden dank neuer Berufsprofile nach der Babypause wieder den Einstieg in eine medizinische Berufstätigkeit, was dazu beiträgt, den Ärztemangel etwas zu entschärfen. Aber auch Männer möchten nach Abschluss ihrer Facharztausbildung als Grundversorger die Vorteile einer geregelten Arbeitszeit oder Teilzeitarbeit geniessen, in einem medizinischen Datenbewirtschaftungszentrum, als telemedizinischer Generalist in einem Callcenter oder als unabhängiger Gesundheitscoach für Gesundheitsnetze vom Home Office aus. Bereits werben die führenden telemedizinischen Callcenters erfahrene Ärzte ab, um die steigende Nachfrage für qualitativ hoch stehende eHealth-Services im Ausland abzudecken. Und seit Comparis zusammen mit der Gesundheitsförderung Schweiz zur Guide Santé Suisse AG fusioniert hat, ist nichts mehr unmöglich.

Dezentrale Dienstleistungen

Unsere Gesundheitslandschaft wurde rasch umgepflügt, nachdem die schweizerischen Spitex-Organisationen im Gefolge der kurzfristigen finanziellen Sparmassnahmen des Parlaments ab 2010 nicht mehr in der Lage gewesen waren, die Betreuung allgemeinversicherter Senioren zu Hause aufrechtzuerhalten. Viele Spitex-Mitarbeiterinnen hatten überarbeitungs- und frustrationsbedingt den Bettel hingeworfen. Dadurch eskalierte der Notstand in den bereits überbelegten Alters- und Pflegeheimen. Durch den Sozialeinsatz der Armee in der Alterspflege, ergänzt durch flankierende Massnahmen wie die Zwangsre-

krutierung von Asylbewerbern und das Einfliegen freiwilliger Pflegekräfte aus Afrika, konnte eine nationale Katastrophe knapp verhindert werden. Die entscheidende Wende trat im Jahr 2012 ein, als McHomecare zusammen mit dem TCS und Le Shop sowie den kantonalen Pizzakurier- und Reinigungsdiensten die «Telehomecare Schweiz» gründete. Dazu gesellten sich ab 2014 die Verbände der schweizerischen Sanitär-Installateure und -Elektriker, die Securitas und der Schweizer Baumeisterverband. Aufgrund der im EGG enthaltenen Investitionsanreize wird die Telehomecare-Infrastruktur inklusive Voice und Video over IP bereits beim Neubau von Wohnungen (insbesondere von Seniorenresidenzen) eingeplant.

Persönliche Gesundheit

Heute verfügen wir über eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Logistik für ein gesundes Leben zu Hause, welche die erfolgreiche Zusammenarbeit von Gemeinden, Angehörigen, Pflegefachkräften und Gesundheitsnetzwerken ermöglicht. Die Telehomecare-Koordinationszentren werden ergänzt durch die auf der «digitalen Gesundheitskonvergenz» basierenden Services der Swisscom: Mit «BluehealthTV» stehen interaktive Gesundheitsprogramme und Kommunikationsdienste bereit, die den Gesundheitsförderungsbedarf erfassen und ein individuell angepasstes Training anbieten, aber auch krankheitsspezifische Information, Unterstützung und die Verbindung mit dem eigenen Arzt oder Gesundheitscoach. Dank den in Haustechnik und Kleidung integrierten Sensoren kann heute überall alarmiert und rasch die angemessene Hilfe herbeigerufen werden – womöglich auch mich im Notfalldienst heute Nacht!

Autor:

Dr. med. Martin D. Denz

iHealth Consulting

Grubenweg 8

4153 Reinach

ihealth@mac.com

Vernetzte Dienste für altersgerechtes Wohnen



Rolf Brechbühl

Selbstständiges Wohnen bis ins hohe Alter bedingt, dass Senioren mit bestimmten Dienstleistungen unterstützt werden. Bestehende Angebote sind aber häufig personalintensiv und damit kostspielig, sodass nur kaufkräftige Senioren davon profitieren können. Ein neues Konzept nutzt nun die Strategie der Partizipation an bestehenden Infrastrukturen, wodurch sich die Kosten senken lassen.

Rolf Brechbühl, Emil Kowalski und Ulrich Pagel



Emil Kowalski

Anforderungen an die Qualität des Wohnens ändern sich, auch im Seniorenssegment. Die Bevölkerung wird älter und bleibt länger körperlich gesund und vital. Rund 40 Prozent der heute 65-jährigen Frauen werden weitere 25 Jahre und mehr leben, über die Hälfte der heutigen Schulmädchen werden 90-jährig und älter (siehe *Tabelle*). Auf der anderen Seite führt die Langlebigkeit zu einem höheren Anteil pflegebedürftiger altersdementer Personen, die spezielle Pflege benötigen. Damit öffnet sich die Schere: Einerseits wollen Senioren trotz altersbedingter Behinderungen in den eigenen vier Wänden bleiben, andererseits steigen die Intensität und Kosten der stationären Pflege, sodass Gemeinden zunehmend daran interessiert sind, die Senioren möglichst lange mit ambulanter Hilfe zu Hause zu behalten.

Interessant ist, dass es primär schwere Demenzbeeinträchtigungen sind (Gewalttätigkeit, Weglaufgefährdung, Herumirren, Selbst- und Fremdgefährdung), welche den Übertritt in die stationäre Heimpflege erfor-



Ulrich Pagel

dern. Doch rund 80 Prozent der über achtzigjährigen Schweizerinnen und Schweizer bleiben bis zum Ableben in der eigenen Wohnung [1] (siehe *Grafik*).

In hindernisfrei gebauten Wohnungen, die mit Rollstuhl oder Rollator genutzt werden können und die über die notwendige Dienstleistungs-Infrastruktur verfügen, ist der Prozentsatz derjenigen, welche den Übertritt in stationäre Pflege vermeiden können, noch höher. Hier zeigt sich die gesundheitspolitische Dimension des Wohnens mit Dienstleistungen im Alter.

Zwei unterschiedliche Konzepte

Die erforderlichen Dienstleistungen im Alter umfassen medizinische und pflegerische Hilfe, die bei Bedarf 24 Stunden zur Verfügung steht, wie auch Mahlzeitendienste und das Vermitteln von sozialen Kontakten. Weitere Dienstleistungen sind Unterstützung im Haushalt und bei Abwesenheit sowie hindernisfreies Wohnen ohne Stufen und Schwellen.

Bei der Bereitstellung der vorgesehenen Dienste stehen zwei unterschiedliche Konzepte im Vordergrund: Die Nutzung einer speziell für das jeweilige Domizil aufgebauten Infrastruktur und die Vernetzung verschiedener bestehender Anbieter, wie sie im Konzept «bonacasa» zum Zuge kommt.

Insbesondere in sogenannten Alters-Residenzen wird die dort notwendige hotel- und pflegeheimartige Infrastruktur als Bestandteil des Domizils bereitgestellt. Es gibt permanent anwesendes Pflegepersonal, einen Nachtdienst, eine Küche, Putzequipen etc. Die Kosten müssen auf wenige Nutzer um-

Tabelle:

Vergleich der Lebenserwartung bei den Jahrgängen 1880 bis 1980

Geburtsjahr	Anteil Männer, die das 90. Lebensjahr erreichen	Anteil Frauen, die das 90. Lebensjahr erreichen
1880	2,5 %	4,8 %
1900	4,9 %	13,4 %
1920 (Prognose)	11,1 %	27,7 %
1940 (Prognose)	20,3 %	40,3 %
1960 (Prognose)	29,0 %	48,3 %
1980 (Prognose)	36,7 %	52,9 %

Quelle: Bundesamt für Statistik

gelegt werden, was eine Art Konsumzwang erfordert, wie man ihn von Pensionsarrangements kennt. Die Preise sind sehr hoch und nur für ein schmales oberes Marktsegment angemessen.

Das Konzept «bonacasa» hingegen nutzt die Strategie der Partizipation an eine bestehende Infrastruktur. Mahlzeiten, so gewünscht, werden von einem vorhandenen Anbieter bereitgestellt, einem Restaurant oder einer anderen Grossküche. Der 24-Stunden-Notruf wird an eine bestehende Zentrale geleitet, etwa an ein nationales Netz oder nachbarliches Pflegeheim. Concierge-Dienste werden so organisiert, dass die Aufträge zwar zentral entgegengenommen werden, aber von vielen vernetzten Anbietern erbracht werden, von professionellen Diensten bis zu studentischen Selbsthilfe-Organisationen.

Bei diesem Konzept wird lediglich die Bereitschaft für die Erbringung der Dienstleistungen pauschal bezahlt, die Dienste werden nur bei effektiver Inanspruchnahme verrechnet. Durch die Vernetzung vorhandener Dienstleister werden diese gar besser ausgelastet, tendenziell verursachen ihre Dienste nur marginale Kosten.

Vernetzte Dienstleistungen

Selbstverständlich erfordert die Dienstleistungserbringung durch mehrere nicht unbedingt ortsgebundene Anbieter eine effiziente Logistik, die mit den Mitteln der modernen ICT² realisiert werden kann. Hierfür wurde das System bonacasaNET entwickelt, das technisch auf marktgängige Standards zurückgreift. Die Zielsetzung dieses Systems beinhaltet:

- umfassendes Dienstleistungsangebot

- Bestellen (und teilweise Erbringen) von Dienstleistungen während 7 x 24 Stunden
- von der Bestellung bis zur Abrechnung alles «aus einer Hand»
- externe Kontrolle und Sicherstellung der Qualität.

Die anspruchsvolle Zielsetzung bedingte die Zusammenarbeit mit kompetenten, überregionalen Partnern in folgenden Aufgabebereichen:

- Swisscom – Technologie
 - Securitas Gruppe – Sicherheit, Intervention
 - Medically – Medizinische Einsatzzentrale
- Gemeinsam wurde ein Produkt entwickelt und erstmals in einer Wohnüberbauung mit 108 Mietwohnungen (Wohnanlage Schüsspark DUE, Biel) umgesetzt.

Aufbau und Umsetzung des Systems

Das bonacasaNET-System besteht aus folgenden Komponenten:

Technische Basis

- Die Immobilie wird zentral mit Breitband-Infrastruktur (PUS-System) erschlossen.
- Als Grundausstattung verfügt jede Wohnung über Telefon-, Internet (ADSL 3500)- und Bluewin-TV-Anschluss.
- Sämtliche erforderlichen Geräte (Tablet-PC, Notrufgerät) werden im Technologieleasing bereitgestellt, für Unterhalt und Erneuerung ist gesorgt.

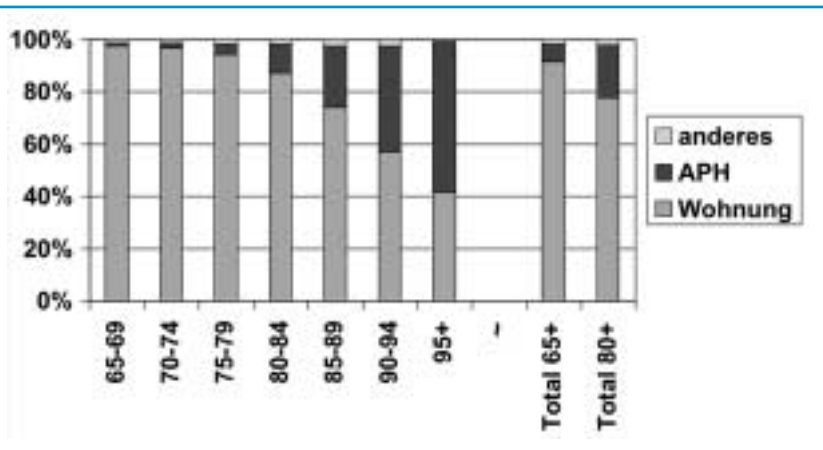
Die Handhabung der Produkte ist sehr einfach, weil Senioren mit der modernen Technologie eher weniger vertraut sind.

Dienstleistungskonzept

Die oben erwähnten Dienstleistungen können auf drei Arten nachgefragt werden:

² Informations- und Kommunikationstechnologie

- *Persönlich*: Ein nicht nur virtuell vorhandener Concierge nimmt Bestellungen entgegen, hilft bei kleineren Handreichungen und ist die gute Seele vor Ort. Aus Kostengründen wird auch diese Aufgabe mit anderen bestehenden Infrastrukturen kombiniert, etwa mit qualifizierter Haus-



Grafik: Verbleib in Wohnungen und Alters- und Pflegeheimen nach Altersgruppen

wartung. Im Projekt Schüsspark DUE hat der Betreiber des Quartierkaffees die Concierge-Dienste übernommen.

- *Telefonisch*: Ein zweisprachiges Call Center (betrieben durch Swisscom) sorgt für 7 x 24 Stunden Erreichbarkeit und vermittelt sämtliche Dienstleistungen.
- *Via Internet*: Jede Wohnung verfügt über einen Tablet-PC³ mit einem für die Bedürfnisse von bonacasa entwickelten Home Service Portal. Die Bewohner können so im Sinne des «one stop shopping»⁴ auch über dieses Portal alle Dienstleistungen anfordern, weitere Informationen erhalten oder mit ihren Mitbewohnern kommunizieren.

Sicherheit und Qualität

- Jeder Wohnung steht 7 x 24 Stunden eine Notfallorganisation zur Verfügung. Auf einfachste Weise (Notknopf) kann im Notfall Hilfe geordert werden.
- Die eigene bonacasa-Zentrale steht den Bewohnern für Reklamationen, Anregungen und Wünsche zur Verfügung und sorgt so für qualitativ gute Dienstleistungen.

Erste Erfahrungen – weiteres Vorgehen

Erste Kundenreaktionen zeigen, dass insbesondere zwei Punkte von Bedeutung sind:

- Modularisierung des Angebotes – die Bewohner wollen die Zusammensetzung der Hardware selbst bestimmen. Weil heute auch Senioren zunehmend über einen eigenen PC verfügen, ist ein Tablet-PC nicht zwingend.
- Die von diversen Anbietern bezogenen Dienstleistungen sollten einfach und übersichtlich bezahlt werden können, zweckmässig mit einer monatlichen Gesamtrechnung. Die Vergütung sollte selbstverständlich direkt via Lastschriftverfahren ausgelöst werden können.

Bereits diese ersten Erkenntnisse zeigen, dass ein technologisches Umdenken der Nutzer rasant stattfinden wird, von einer «digital divide»⁵ bei heute unter 60-Jährigen ist keine Rede. Entsprechend wird an der Weiterentwicklung des Produkts gearbeitet: Die von Erstkunden genannten Zusatzwünsche werden berücksichtigt und der System Einsatz in bestehenden (altersgerecht gebauten) Immobilien ausgeweitet. Diese können so um die dringend erforderliche Dienstleistungs-Komponente ergänzt werden.

Autoren:

Rolf Brechbühl

rolf.brechbuehl@bracher.ch

Emil Kowalski

emil.kow@gnw.ch

Ulrich Pagel

ulrich.pagel@bracher.ch

Bracher und Partner AG

Weissensteinstrasse 15

4503 Solothurn

Literatur:

- 1 Höpflinger F: Age Report, Seismo Verlag, Zürich 2004.

3 Ein PC, der unter anderem wie ein Notizblock verwendet werden kann. Die Eingaben lassen sich einfach per Stift direkt auf dem Bildschirm tätigen.

4 Die Idee: Mehrere Einzelhandels- oder Dienstleistungsbetriebe sind auf einer Plattform oder an einem Ort verfügbar, sodass der Kunde mehrere komplexe Bedürfnisse gleichzeitig befriedigen kann.

5 Auch digitale Kluft genannt, bezeichnet hier die Unterschiede bei der Nutzung moderner ICT, dass heisst, Junge nutzen das Internet häufiger als Ältere und Männer häufiger als Frauen.

Niederlande: Der Weg zur elektronischen Patientenakte

Eine landesweit einsetzbare elektronische Patientenakte erfordert eine übergeordnete Koordination. Zu diesem Zweck wurde in den Niederlanden ein nationales ICT-Institut gegründet, das eine gemeinsame eHealth-Architektur für das Gesundheitswesen schafft.

Johan G. Beun und Ab Bakker

Die Niederlande investieren bereits seit Jahrzehnten in eHealth. Dabei leisteten Spitäler, Hausärzte wie auch Apotheken mit Automatisierungsprojekten Pionierarbeit. Heute arbeiten sieben Universitätskliniken mit einer gemeinsamen Softwarelösung, die auch von vielen allgemeinen Spitälern genutzt wird. Anfänglich wurden primär logistische sowie medizinische Supportprozesse in Angriff genommen. Die Erfassung medizinischer Abläufe kam erst später hinzu.

Inzwischen verfügen zahlreiche Spitäler über medizinische Workstations, und es gibt verschiedene betriebsinterne Varianten der elektronischen Patientenakte (EPA). Viele Hausärzte unterstützen die Automatisierungsprojekte durch entsprechende Massnahmen in ihren Praxen. Der Austausch von Informationen war anfangs nur beschränkt möglich, weil viele unterschiedliche Prozesse, Softwarelösungen und Datensätze miteinander verknüpft werden mussten.

Strukturierter Informationsaustausch

Patienten stehen häufig mit mehr als nur einer Arztpraxis oder nur einem Spital in Kontakt. Dabei verfügt jede dieser Einrichtungen jeweils über ein eigenes System zur

Datenverarbeitung und -sicherung. Aus Gründen der Qualität und Wirtschaftlichkeit, und nicht zuletzt der Wirksamkeit medizinischer Behandlungen, sollten diese Daten einrichtungsübergreifend allen beteiligten Leistungserbringern zur Verfügung stehen. Allerdings ist dies nur unter folgenden Bedingungen möglich: Der Patient muss seinen Arzt dazu ermächtigen, und dieser muss berechtigt sein. Die Entwicklung von Informationssystemen in medizinischen Einrichtungen verlief nicht reibungslos, wurde jedoch dank örtlicher und regionaler Initiativen, öffentlicher Zuschüsse sowie des Engagements zahlreicher Fachleute letztlich erfolgreich verwirklicht. Damit alle medizinischen Daten wirklich landesweit verfügbar sind, müssen die Informationssysteme unbedingt koordiniert werden. Ansonsten besteht die Gefahr, dass der Austausch (un)strukturierter Informationen zu einer Nicht-Information führt und damit zu einem unüberschaubaren Datenchaos mit lebensgefährlichen Folgen für die Patienten¹.

Nationale Koordination

Die Forderung nach einer landesweit einsetzbaren EPA stellt die Niederlande vor neue organisatorische und verwaltungstechnische Herausforderungen. Darüber hinaus besteht die Notwendigkeit für eine einheitliche Terminologie, Klassifikation und Kodierung, wozu eine fachkompetente Regulierung nötig

¹ HARM study (final report). Hospital Admission Related to Medication. Division of Pharmacoepidemiology & Pharmacotherapy, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences. The Netherlands. November 2006.

ist. Zu den weiteren Herausforderungen einer EPA gehören unter anderem:

1. Klar definierte Vereinbarungen zur korrekten Identifizierung und Zugangsberechtigung für Patienten, medizinische Leistungserbringer und Krankenversicherer.
2. Einen adäquaten Datenschutz für Leistungserbringer und Patienten. Dazu gehören insbesondere unmissverständliche, allseits bekannte und durchgesetzte Regeln zu Rechten und Pflichten aller Beteiligten.
3. Verbindliche Vereinbarungen über die Aufgaben, die sich daraus ergebenden Rechte, Befugnisse und Pflichten aller Beteiligten, das heisst für Patienten, Leistungserbringer, Versicherer und Behörden.
4. Ausarbeitung eines Referenzschemas auf nationaler Ebene, um alle Vorhaben zu erörtern und aufeinander abzustimmen.
5. Aufbau einer sicheren, nationalen Infrastruktur, inklusive zuverlässiger Hard- und Softwarekomponenten von verschiedenen Herstellern und Projektpartnern.

Die Gründung von NICTIZ

Um die zentrale Koordination zu gewährleisten, wurde im Dezember 2001 das Nationale Institut «NICTIZ»² gegründet. Es handelt sich um eine Organisation mit Vorreiterfunktion zur Schaffung einer gemeinsamen eHealth-Architektur für das Gesundheitswesen, was sowohl infrastrukturelle als auch terminologische Aspekte beinhaltet.

Nachdem NICTIZ zuerst den Charakter einer für alle interessierten Kreise offenen Initiative hatte, entwickelte sich NICTIZ ab 2002 zu einer Public Private Partnership³, der wichtige Mandate übertragen wurden: mit staatlichen Forschungsmitteln umsetzbare Standards zu identifizieren oder zu entwickeln, wobei die Verantwortung für die Entwicklung und Pflege der notwendigen ICT-Anwendungen bei den jeweiligen Projektpartnern lag. NICTIZ hatte die Aufgabe, diese Prozesse zu unterstützen, war jedoch nicht deren Eigentümer. NICTIZ entwickelte insbesondere den Masterplan für die künftige nationale eHealth-Entwicklung. Diese landesweite Roadmap namens «Aorta» wurde umgesetzt und wird laufend optimiert. Die von den NICTIZ-Architekten definierte eHealth-Basisinfrastruktur ermöglicht jetzt den elektronischen Datenaus-

tausch zwischen allen im Gesundheitswesen tätigen Personen und Organisationen. Heute konzentriert sich NICTIZ auf seine Aufgabe als nationales Expertenzentrum für ICT und Innovation im Gesundheitswesen.

Eine nationale Schaltstelle «LSP»

Die niederländische Bevölkerung wünscht keine zentral geführte Datenbank, in der sämtliche Patientendaten gespeichert sind. Einer Karte, auf der medizinische Daten gespeichert werden, steht die Bevölkerung ablehnend gegenüber. Im bevorzugten dezentralen Verfahren bleiben alle medizinischen Daten nur am Ort ihrer Erzeugung gespeichert. Mit einem individuellen Patienten-code (BSN⁴, Bürger-Service-Nummer) wird es ab 2008 möglich sein, über eine nationale Schaltstelle (LSP⁵) Hinweise aus der nationalen Infrastruktur zu erhalten. Der LSP ist ein Verweisindex, der angibt, wo welche Patientendaten gespeichert sind, sodass befugte Leistungserbringer mit entsprechenden Anwendungen diese Daten abfragen können. Der LSP hat sich in ersten Tests bewährt, nun wird an der Erweiterung bzw. Aufwertung des Aufgabenbereichs gearbeitet. Ehe ein Leistungserbringer auf die Daten des LSP zugreifen kann und somit der Austausch medizinischer Daten möglich wird, müssen die Organisationen und die von ihnen eingesetzten Systeme (Software, Hardware und Datenbanken) eine Reihe zwingender Anforderungstests erfüllen. Erst dann erhält die Organisation die Zertifizierung als «GBZ» (laufend überprüfetes und zertifiziertes eHealth-System), das den Zugriff auf die nationale Schaltstelle LSP erlaubt.

Einführung von Medikations- und Hausarztakten

Aktuell konzentriert sich das niederländische Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport in Zusammenarbeit mit dem NICTIZ auf zwei Ziele innerhalb des

2 Nederlands ICT instituut in de Zorg (Niederländisches ICT-Institut für die medizinische Versorgung).

3 Mitbeteiligung von Patienten, Gesundheitsberufen, ICT-Industrie und lokaler bis nationaler Behörden.

4 Burgers Service Nummer (Bürger-Service-Nummer als Grundlage einer eindeutigen Identifikation).

5 Landelijk Schakelpunt (Referenzserver für die nationalen Sicherheitsmechanismen des Gesundheitswesens).

«Aorta»-Plans: die elektronische Medikationsakte EMD und die Vertretungsakte für Hausärzte WDH.

Elektronische Medikationsakte, EMD:

In der EMD sollen die den Patienten verschriebenen Medikamente dokumentiert und von den dazu berechtigten Leistungserbringern eingesehen werden können. Davon erhofft man sich, Todesfälle zu verhindern und die Gesundheitskosten zu senken.

Vertretungsakte für Hausärzte, WDH:

Die WDH erhielt Priorität, als sich 2005 herausstellte, dass zu viele Ärzte im Notfalldienst (Praxisvertretung ausserhalb der Öffnungszeiten) Patienten ohne ausreichende Informationen behandeln mussten. Lediglich in 7 Prozent der Fälle standen ausreichende und zuverlässige Informationen zur Verfügung.

In absehbarer Zukunft werden die niederländischen Patienten Zugriff auf ihre eigene elektronische Patientenakte erhalten. Das NICTIZ äusserte sich im Juni 2007 wie folgt dazu: «(..) Um dem Patienten mehr Entscheidungsfreiheit in Bezug auf seine medizinische Versorgung zu geben, sieht das Programm längerfristig die Möglichkeit eines Patientenzugriffs auf die eigenen medizinischen Daten vor. Damit kann der Patient selbst überprüfen, wo seine Patientendaten gespeichert sind, welche medizinischen Leistungserbringer Zugriff haben und wer zu welcher Zeit seine Daten eingesehen hat.»

Erste Ergebnisse

Dank dem Engagement der Beteiligten kann das NICTIZ einige Erfolge verzeichnen:

- Die Pilotprojekte mit der elektronischen Medikationsakte EMD und der Vertretungsakte Hausärzte WDH ist in den Testregionen gut angelaufen, das LSP hat sich bewährt.
- Die Vorbereitungsarbeiten zur Einführung eines eindeutigen Identifikationscodes (BSN) und der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte sowie der dafür notwendigen gesetzlichen Grundlagen sind auf gutem Kurs.
- Das Institut NICTIZ und/oder das Gesundheitsministerium erhalten zunehmend Anfragen von weiteren Leistungserbringern

(Physiotherapeuten, Ernährungsfachleute etc.), die sich am Gesamtprojekt mitbeteiligen und Zugang zur nationalen Schaltstelle LSP erhalten möchten.

- Über eine Plattform für ICT & Innovation werden die Prozessabläufe optimiert, um neue Projekte mit einzubeziehen und weitere Schwerpunkte festzulegen. Das NICTIZ wurde mit der Implementierung dieser Plattform beauftragt. Die daraus hervorgehenden Entscheidungen und Empfehlungen werden vom niederländischen Gesundheitsministerium anerkannt und übernommen.

Lessons learned

Für einen Konsens bezüglich der Ziele, Konzepte und Umsetzung eines Masterplans braucht es eine starke Führung auf nationaler Ebene. Die Prozesse müssen zentral von einem Geschäftsführer mit starker Persönlichkeit und Stehvermögen gelenkt werden. Der Zeitbedarf darf nicht unterschätzt werden. Es handelt sich um komplexe, langwierige Prozesse, bei denen viele Ergebnisse nicht von Anfang an ersichtlich sind. Der Staat muss bereit sein, diese Prozesse finanziell zu fördern, die Transparenz der angestrebten Ziele muss stets gewährleistet sein. Es braucht zudem eine kontinuierliche öffentliche Evaluation und eine optimale Kommunikation, um unnötige Bürokratisierung und Abschottungsverhalten zu vermeiden. Entscheidend bei der Kommunikation sind Kontinuität und der Einbezug aller beteiligten Akteure, damit die Entscheidungsträger und die Bevölkerung am gleichen Strick ziehen. Die Trennung zwischen Planung, Setzen von Schwerpunkten und Prioritäten einerseits und der ausführenden Organisation andererseits, muss frühzeitig erfolgen. Und nicht zuletzt gilt es, einen offenen Blick für die Entwicklungen im Ausland zu behalten, um aus den Fehlern und Erfolgen der Nachbarländer zu lernen.

Autoren:

Johan G. Beun

Romano Nr. 10, 8084 EB 't Harde, Niederlande
johan@beun.nl

Ab Bakker

Atjehweg 10, 2202 AP Noordwijk, Niederlande
abakker@addabit.demon.nl

Telemedizin: Fachwissen weltweit vermitteln

Telemedizin als ein Bereich von eHealth¹ gehört in der Schweiz bereits zum medizinischen Alltag. Die Bedeutung dieser Disziplin wird weiter zunehmen und das bestehende Angebot noch erheblich ausgebaut werden. Mit der Ausweitung der Telemedizin im Gesundheitswesen stellen sich allerdings auch rechtliche Fragen.

Andreas Faller und Stephan Kaufmann

Telemedizin («tele»: griechisch für «fern») bedeutet eine Interaktion zwischen Patienten und Behandelnden (Arzt) oder unter Behandelnden in direktem Zusammenhang mit einer medizinischen Behandlung, wobei sich die Beteiligten nicht in unmittelbarem physischem Kontakt befinden.

Für die Übermittlung digitaler Daten über räumliche Distanzen werden Telekommunikations- und Informationstechnologien (Text, Foto, Video) eingesetzt. So kann sich beispielsweise ein erkrankter Angler auch mitten in der kanadischen Wildnis von einem Arzt in Basel beraten lassen, sofern er über die technischen Hilfsmittel verfügt (zum Beispiel Mobiltelefon oder Internetzugang). Der Aufenthaltsort eines Patienten verliert somit in unkomplizierten Krankheitsfällen zunehmend an Bedeutung. Selbst Superagent James Bond war im letzten Leinwandabenteuer auf die – lebensrettende – Telemedizin angewiesen.

Im Bereich eHealth besteht in der Schweiz eine weitgehende kantonale Kompetenz. Um die Gefahr von kantonalen «Alleingängen» bei der Entwicklung von eHealth zu

vermeiden, arbeiten Bund und Kantone an der Umsetzung einer nationalen eHealth-Strategie.

Ein Regioprojekt über die Landesgrenze hinaus

Am 1. September 2006 startete das binationale Regioprojekt «Telemedizin», das aus sechs Teilprojekten besteht und an dem sich die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft, der Landkreis Lörrach (D), die Universität Basel sowie die Medgate AG² beteiligen. Das Projekt geht von einem stark patienten- und dienstleistungsorientierten Ansatz der Telemedizin aus. Als Basis und Auslöser für das ambitionierte Projekt dienten unter anderem die bereits seit Jahren erfolgreichen Aktivitäten des Universitätsspitals Basel im Bereich der Telemedizin. So bestehen seit längerem Kooperationen sowohl innerhalb der Schweiz (zum Beispiel mit dem Regionalspital Samedan) als auch mit Deutschland, konkret dem Kreiskrankenhaus Lörrach in den Bereichen Pathologie und Onkologie.

Im Rahmen des Teilprojekts 2 (TP 2: Grenz überschreitende Kooperationen) existieren derzeit die Pilotprojekte «Virtual Campus», «Virtual Care Team» und «Telecoaching». Bei diesen drei Modulen sind das Universitätsspital Basel (USB) und das Kreiskrankenhaus Lörrach federführend. Mit Aus-

¹ Unter eHealth wird die Integration der Informations- und Kommunikationstechnologien verstanden (Definition der Schweizerischen Gesellschaft für Telemedizin, SGTm).

² Schweizer Zentrum für Telemedizin



Andreas Faller



Stephan Kaufmann

Kasten

Teilprojekt 2 des Regioprojekts Telemedizin

Virtual Campus

Beim Virtual Campus handelt es sich um ein Netzwerk, welches auf einer zentralen Plattform (www.ipath.ch) basiert. Der Virtual Campus soll den gegenseitigen Wissensaustausch und die Standardisierung in Versorgungsnetzwerken ermöglichen. Ziel sind die Verbesserung der Behandlungsgrundlagen und die kontinuierliche Weiterbildung des Medizinalpersonals.

Virtual Care Team

Das Virtual Care Team ist ebenfalls ein Netzwerk, welches sich auf dieselbe zentrale Plattform (www.ipath.ch) stützt. Das Ziel ist, Spezialisten rund um den Globus zu virtuellen Behandlungsgruppen (Kompetenznetz) zusammenzuführen. Die daraus entstehenden Teams stellen ihr Fachwissen für Fallbesprechungen, Experten-erkundungen und die Vorbereitung operativer Eingriffe zur Verfügung.

Telecoaching (Interoperativer Schnellschnitt)

Beim Telecoaching werden Bild und Ton webbasiert übermittelt. Dies hat den Vorteil, dass das Telecoaching weltweit einsetzbar ist. Damit wird die Online-Weitergabe von Know-how auf dem Gebiet der operativen Medizin ermöglicht. Frei wählbare Experten können an jedem Standort der Welt Chirurgen während der Durchführung von operativen Eingriffen unterstützen (coachen). Die Kommunikation wird automatisch auf einer Datenbank aufgezeichnet und steht für Weiterbildungszwecke permanent zur Verfügung. Ziel ist die wohnortnahe Behandlung durch Abrufen von Fachwissen über grosse Distanzen. Ausserdem kann mit dem Telecoaching die Behandlungsqualität gesichert oder eventuell sogar gesteigert werden, dies insbesondere in Regionen oder Ländern mit unvollständiger Versorgung.

nahme des Telecoachings – dort laufen derzeit die Vorbereitungsarbeiten – sind diese Pilotprojekte bereits gestartet worden (siehe *Kasten*).

Rechtliche Aspekte

Bei der Anwendung der Telemedizin werden verschiedene Rechtsfragen relevant, insbesondere bei Behandlungsschäden oder bezüglich des korrekten Umgangs mit sensiblen Patientendaten (Datenschutz). Diese Fragen stellen sich auch im Rahmen der laufenden grenzüberschreitenden Pilotprojekte. In der Schweiz ist bis jetzt weder auf Bundes- noch auf Kantonsebene ein spezielles eHealth-Gesetz erlassen worden. Dabei stellt sich die Frage, ob ein solches Spezialgesetz angesichts der aktuellen Rechtslage überhaupt notwendig ist. Alle Rechtsfragen im Bereich der Telemedizin lassen sich nämlich mit den bestehenden Gesetzen – analog der herkömmlichen Behandlung in unmittelbarem physischen Kontakt zwischen Arzt und Patient – beantworten.

Datenschutz und Persönlichkeitschutz

Auf nationaler Ebene wird der Datenschutz primär durch die Schweizerische Bundesverfassung sowie durch das Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG, SR 235.1) sichergestellt. Daneben bestehen aber auch Datenschutzbestimmungen im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10), im Zivilgesetzbuch (ZGB, SR 210) sowie in kantonalen Datenschutzgesetzen.

Solange Daten eines Patienten innerhalb der Schweiz gesendet werden, ist der Datenschutz via DSG gewährleistet. Problematisch wird es, wenn sensible Daten diesen rechtlich geschützten Raum verlassen. Patientendaten dürfen gestützt auf Art. 6 DSG deshalb nur ins Ausland transferiert werden, wenn dadurch die Persönlichkeit der betroffenen Person nicht schwerwiegend gefährdet wird und dort ein mit dem DSG vergleichbarer Rechtsschutz besteht. Zudem besteht eine Meldepflicht für die Übermittlung von Datensammlungen ins Ausland. Im Rahmen des Basler Regioprojekts Telemedizin besteht diesbezüglich der Vorteil, dass ausschliesslich anonymisierte Fälle behandelt werden. Somit stellt der Datenschutz bei

den grenzüberschreitenden Pilotprojekten derzeit kein Problem dar.

Obschon das geltende DSG hohe Anforderungen stellt, sind parallele technische Schutzmassnahmen unabdingbar. Technische (z.B. Verschlüsselung oder Anonymisierung) und organisatorische Massnahmen werden im Übrigen sogar explizit durch Art. 7 DSG verlangt [1].

Haftung

Bei telemedizinischen Dienstleistungen stellt sich wie bei allen Dienstleistungen die Frage der Haftung im Schadensfall [2]. Denkbar ist sowohl die vertragliche Haftung als auch allenfalls eine Haftung aus unerlaubter Handlung (ausservertragliche Haftung) [3]. Rechtlich betrachtet, besteht zwischen dem behandelnden Arzt und Patient beziehungsweise zwischen Patient und Klinik ein vertragliches Verhältnis (Auftragsverhältnis). Wendet sich der Patient mit seinem Anliegen also direkt an einen Telemediziner, so haftet dieser für die Folgen der erteilten Auskunft beziehungsweise der erfolgten telemedizinischen Behandlung.

Da auch im Gesundheitswesen aufgrund der üblichen Arbeitsteilung Aufträge von zugezogenen Hilfspersonen ausgeführt werden, kann sich im Einzelfall auch eine Haftung gemäss der Hilfspersonenhaftung (Art. 101 OR) ergeben [4].

Demgemäss ist die Rechtslage anders zu beurteilen, wenn der Telemediziner (z.B. Spezialist) lediglich im Rahmen einer Behandlung von einem – eventuell unerfahrenem – Kollegen beigezogen wird. In solchen Fällen haftet in erster Linie nicht der Telemediziner für allfällige Behandlungsschäden, sondern der primär für die Behandlung verantwortliche Arzt. Für den haftbaren Arzt besteht jedoch die Möglichkeit, auf die zugezogene Hilfsperson Rückgriff (Ersatzanspruch) zu nehmen [5].

Unterschiedliche Rechtsbeziehungen

In der Praxis werden telemedizinische Dienstleistungen häufig auch grenzüberschreitend erbracht. Deshalb ist bei Rechtsstreitigkeiten vorab abzuklären, welches Gericht zuständig ist und welches Recht massgebend ist beziehungsweise welche ausländischen Gerichtsentscheide anzuwenden

sind. Der Gerichtsstand und das anwendbare Recht richten sich je nach Sachverhalt nach dem Bundesgesetz über das Internationale Privatrecht (IPRG, SR 291) oder dem Luganoübereinkommen (LugÜ) [6].

Strafrechtlicher Schutz

Dem Umstand, dass es sich bei Patientendaten häufig um besonders heikle Daten handelt, wird auch durch Normen des Strafgesetzbuches (StGB, SR 311) Rechnung getragen. So kann die unerlaubte Beschaffung und/oder Weitergabe von Patienteninformationen je nach Sachverhalt auch strafrechtlich (z.B. Verletzung der ärztlichen Geheimhaltungspflicht gemäss Art. 321 StGB oder Verletzung des Amtsgeheimnisses nach Art. 320 StGB) sanktioniert werden [7].

Schlussfolgerung

Abschliessend kann festgestellt werden, dass die Patientenrechte gemäss schweizerischem Recht durch die Ausweitung von Telemedizin nicht gefährdet werden. Der Datenaustausch im Gesundheitswesen wird im Vergleich zu heute vielmehr effizienter, günstiger und bezüglich des Schutzes der Patientendaten sehr viel sicherer werden.

Autoren:

Andreas Faller

andreas.faller@bs.ch

Stephan Kaufmann

stephan.kaufmann@bs.ch

Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt
Bereich Gesundheitsdienste
St. Alban-Vorstadt 12
4001 Basel

Literatur:

1. Berger Kurzen B: E-Health und Datenschutz, Zürich 2004, S. 172, Rz. 410 ff.
2. Schwenzer I: OR AT, 3. Auflage, Basel 2003, Rz. 14.01 ff.
3. Vgl. [2], Rz. 49.01 ff.
4. Vgl. [2], Rz. 23.02 ff.
5. Vgl. [2], Rz. 23.32
6. Furrer A, Girsberger D, Schramm D: Internationales Privatrecht I, Zürich-Basel-Genf 2006, S. 18 ff. und S. 36 ff.
7. Niggli/Wiprächtiger, Basler Kommentar zum Strafgesetzbuch, Basel 2003, S. 2050, Rz. 5 und S. 2053 ff.

Die vernetzte dänische Gesundheitsversorgung

Dänemark hat die Prozesse im Gesundheitswesen mithilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien optimiert und damit die Gesundheitsversorgung verbessert. Ein Element der dänischen eHealth-Strategie ist das Gesundheitsportal.

Markus Nufer

Die sichere und schnelle Kommunikation zwischen verschiedenen Teilnehmern im Gesundheitswesen ist seit Jahren eines der wesentlichen Schlüsselthemen im öffentlichen Gesundheitswesen. Die Vernetzung der Akteure sowie der Zugriff auf aktuelle Informationen gewinnen zudem dadurch an Bedeutung, dass die Gesundheitsleistungen immer mehr durch spezialisierte Leistungserbringer und damit fragmentierter erbracht werden. Aus bisher nicht nachgewiesenen Gründen ist die Schweiz in der Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologien (ICT) im Vergleich mit dem Ausland um mehrere Jahre im Rückstand – trotz ihrer föderalen und damit flexiblen Strukturen im Gesundheitswesen. Verschiedene Länder können bereits heute von einem massiven Effizienz- und Qualitätsgewinn durch den konsequenten Einsatz von ICT profitieren. Dänemark ist ein Beispiel dafür.

Das Land hat eine ICT-Infrastruktur aufgebaut, welche die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure entlang des Patientenpfads ermöglicht. Somit werden beispielsweise integrierte Versorgung, Disease Management, evidenzbasierte Medizin oder auch das Qualitätsmanagement wesentlich

erleichtert. Die gesamte Gesundheitsversorgung konnte optimiert werden.¹ Die Bürger erhalten über ein Gesundheitsportal Zugang zu ihren eigenen Daten.²

Gesundheitsversorgung mit eHealth unterstützt

Dänemark verfügt auf der Seite des Leistungsträgers über eine stärker zentralisierte Lösung als die Schweiz, die Leistungserbringer sind jedoch regional organisiert und der Kunde hat grundsätzlich die Wahlfreiheit. Für die 5,4 Millionen Dänen stehen etwas mehr als 60 Spitäler zur Auswahl.

eHealth ist in Dänemark nicht nur eine Strategie, sondern sie wird als ICT-Infrastruktur – natürlich unter Einhaltung von weltweiten Standards – konsequent aufgebaut und weitergeführt und dient heute als Basis, um die Gesundheitsprozesse zu optimieren. Praktisch bedeutet das, dass der Grundsatz in Industrie und Logistik, dass die ICT Prozesse unterstützen muss, auch im Gesundheitswesen gilt: Material und Information müssen synchron transportiert und in Echtzeit verfügbar sein. Diese Anforderung wird durch den Zugriff für alle Beteiligten auf das Gesundheitsdossier voll erfüllt. Der Datenschutz und die Nachvollziehbarkeit wer-



Markus Nufer

1 Die eHealth-Lösung in Dänemark wurde vom international tätigen Beratungsunternehmen Gartner im Juni 2007 als weltweit bestes Beispiel von Public Health bezeichnet. Zudem wurde sie ebenfalls im Juni 2007 von Computerworld ausgezeichnet, einer internationalen Fachzeitschrift für IT-Management.

2 Die Patienten können persönliche Informationen wie nächste Verwandte oder Organspende-Verfügung selber ändern. Medizinische Informationen können sie nur durch einen Arzt ändern lassen.

den durch Sicherheitsvorkehrungen sowie ein 100-prozentiges Aufzeichnen der Zugriffe und der Veränderungen gewährt.

Alle Allgemeinpraktiker (niedergelassene Ärzte) setzen PC (Personal Computer) auch in der Sprechstunde ein. Bereits anfangs der

der Krankenversicherung direkt digital durch das System in Rechnung gestellt.

Das Gesundheitsportal

«Sundhed.dk» (= Gesundheit) – das nationale dänische Gesundheitsportal – erlaubt, kontrolliert auf Informationen zuzugreifen und dient damit der Kommunikation und Information zwischen allen Partnern des Gesundheitswesens (siehe *Abbildung*). Das Portal hat IBM im Auftrag von und in Zusammenarbeit mit Medcom³ aufgebaut. Primäre Zielgruppen des Portals sind einerseits die Bürger/Patienten, andererseits die Healthcare Professionals. Im öffentlich zugänglichen Teil zeigt das Portal allgemeine Gesundheitsinformationen und Informationen über Spitäler und Arztpraxen, auch mit Angaben über deren Wartefristen und den erreichten Qualitätsstandards. Das System ermöglicht es Patienten, direkt Termine bei den Hausärzten zu vereinbaren, und die Hausärzte können Patienten in einer Klinik anmelden oder an einen Spezialisten überweisen. Im geschützten Teil können Patienten, und mit ihrem Einverständnis auch die behandelnden Ärzte, auf gespeicherte Patientendaten wie Diagnose- und Medikamentenliste oder Labor- und Röntgenbefunde zugreifen. Die Patienten können über das Portal geschützt den behandelnden Arzt per E-Mail konsultieren. Zusätzlich ist es möglich, dass sich die Bürger auf spezifische Themen abonnieren, um aktuell informiert zu werden. Gegenwärtig werden telemedizinische Anwendungen neu eingeführt, wie beispielsweise Lösungen für ältere oder für zuckerkrank Menschen sowie für spezifische Krankheiten oder Pflegepfade (Disease Management).

Für die Patienten ist der Online-Zugang zu den Daten freiwillig und muss angefordert werden. Der Zulauf mit mehr als 5000 Anmeldungen monatlich ist seit längerer Zeit konstant hoch. Die Patienten schätzen das System, und die Ärzte sind über die grossen

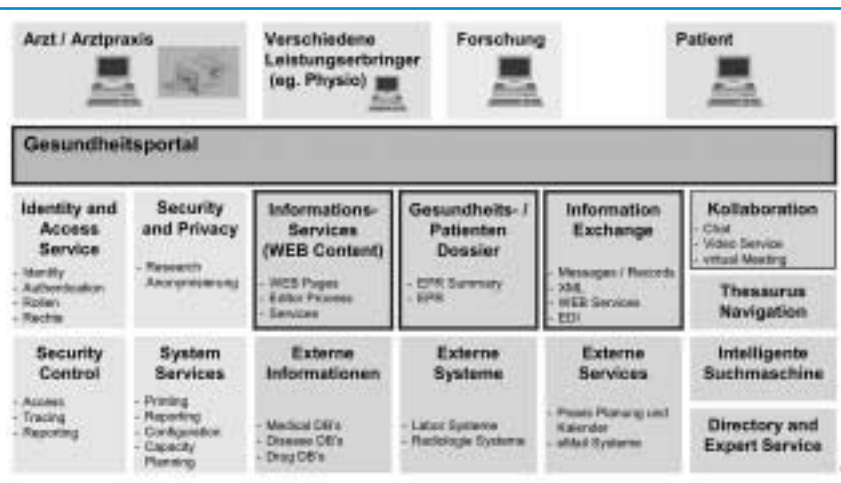


Abbildung: Die verschiedenen Funktionsbereiche des dänischen Gesundheitsportals im Überblick.

Identity and Access Service dient zur sicheren Authentifizierung der einzelnen Benutzer und steuert die Rollen und Rechte im System.

Security and Privacy erlaubt die Kontrolle der Zugriffe sowie der Anonymisierung von Daten für die Forschung.

Security Control stellt die hohen Anforderungen bezüglich Zugriffe auf die Patientendaten sicher inklusive Logging, sowie entsprechend den Vorgaben die Meldung an den Patienten.

Information Services erlauben, Gesundheitsinformationen zu verbreiten sowie alle Leistungserbringer zu präsentieren.

Information Exchange ermöglicht, Patienteninformationen zwischen den verschiedenen Partnern sicher zu übertragen.

Kollaboration stellt die Basisinfrastruktur für verschiedene Echtzeitdienste wie Telemedizin oder Case-Diskussion dar.

Thesaurus ist eine Funktion, mit welcher Sachbegriffe einheitlich verwendet werden können.

Directory and Expert Service erlaubt, Fachspezialisten aufzufinden.

Neunzigerjahre wurde auf die Informatik umgestellt und der Staat beteiligte sich an den Investitionskosten der Praxen. Elektronische Dossiers (digitale Krankengeschichten) wurden zur Voraussetzung für die Verträge mit der Krankenversicherung.

Der Datenaustausch mit den Spitälern (Überweisungen, Berichtswesen usw.) erfolgt seit Jahren elektronisch, ebenso der Verkehr mit den Labors und den Apotheken (ePrescribing/eRezept).

Das Informatiksystem der Ärzte ist einfach, es erlaubt aber, die Dokumentation effizient zu führen. Die Ärzte geben die Diagnose codiert ein und ergänzen wahlweise einen kurzen erläuternden Text. Sie können je nach Situation ein elektronisches Rezept erstellen und dieses auch direkt an die gewünschte Apotheke übermitteln. Danach ist der Fall abgeschlossen. Der Hausarzt kann einen Bericht für jeden einzelnen Fall erzeugen, die Behandlung wird

³ Medcom International: Die internationale Abteilung des dänischen Zentrums für Gesundheitstelematik (Danish Center for Health Telematics) wurde 1996 gegründet. Sie beschäftigt sich neben der Telemedizin vor allem mit deren Infrastruktur und Standardisierung, insbesondere für Projekte in Dänemark und Europa. Weitere Info: <http://www.medcom.dk/wm110449>

Einsparungen bei den Aufwänden froh: Die Ärzte selber sparen täglich rund eine Stunde an administrativer Arbeit ein, und beim Praxispersonal sind es rund 30 Stunden pro Woche weniger.

Das Portal wird partnerschaftlich durch verschiedene Organisationen betreut und weiterentwickelt.

Wesentliche Funktionen des Portals

Der Portalservice wird durch das Standardprodukt IBM WebSphere Portal Server geleistet. Das Gesundheitsportal umfasst verschiedene Funktionen:

- *Patientendossiers:* Die Gesundheitsdaten der Dänen werden in einer Datenbank geführt und sind, soweit diese bei der Implementierung vorhanden waren, nach internationalen Standards strukturiert. Zusätzlich zu den medizinischen Informationen werden darin auch persönliche Informationen zu nächsten Angehörigen oder zur Organspende geführt.

In diesen Funktionsbereich gehört auch der Abgleich und Zugriff der Patientendaten zwischen den verschiedenen Regionen. Damit werden die Anforderungen erfüllt, die sich aus der heutigen Mobilität der Patienten und den spezialisierten lokalen Leistungserbringern ergeben. Zusätzlich enthält der Bereich der Patientendossiers auch die Strukturen zur Abbildung der situations- oder krankheitspfadspezifischen Formate wie Schwangerschaft oder Zuckerkrankheit.

- *Informationen der Leistungserbringer:* Eine wesentliche Informationsquelle für die Patienten stellt der für das Web (d.h. für die öffentlich zugänglichen Internetseiten) bereitgestellte Inhalt dar. Jeder Leistungserbringer (Arzt, Spital, Institut etc.) kann sich im System selber präsentieren und Informationen über sich unterhalten. Dazu stehen mehr als 800 Editoren im Einsatz, welche die Daten pflegen und verwalten. Um die entsprechende Qualität der Inhalte sicherzustellen, sind Freischaltprozesse⁴ vorhanden.

- *Datenaustausch:* Zu den Kernstücken des Gesundheitsportals gehört sicher auch der Datenaustausch-Service zwischen den verschiedenen Beteiligten. Da ein solches System für eine lange Einsatzdauer geplant ist, muss auf eine hohe Migrationsfähigkeit und Erweiterbarkeit geachtet werden. In Dänemark wurden etwas mehr als 250 verschiedene Datenformate für den Austausch von Informationen definiert, dazu zählen unter anderem Terminvereinbarung oder -verschiebung, Einweisung, Überweisung, Austritt, Abrechnung, Medikation oder auch Rezept.

- *Telemedizinische Beratungen:* Die Plattform unterstützt auch telemedizinische Beratungen. Damit können zum Beispiel ältere Menschen länger zu Hause betreut und begleitet werden. Zudem sind verschiedene interaktive Dienste wie eine medizinische Case-Diskussion (Kollaboration) unter Fachspezialisten oder interdisziplinär möglich. Die entsprechenden Unterlagen sind direkt im Portal verfügbar.

- *Sicherheit und Systemmanagement:* Neben diesen für die Nutzer wesentlichen Elementen benötigt ein solcher Portalservice natürlich auch Basisfunktionen in den Bereichen Security und Systemmanagement. Diese IT-spezifischen Elemente gewährleisten den Datenschutz sowie die Nachvollziehbarkeit im Gesamtsystem und bilden zudem die Basis für die hohe Verfügbarkeit.

Beim Aufbau einer nationalen eHealth-Umgebung müssen die Patientenpfade und das Rollenverständnis der einzelnen Organisationen überdacht werden. Es geht nicht nur darum, ein paar Computer zu installieren. Alle Seiten müssen bereit sein, sich anzupassen, um die neuen Möglichkeiten optimal ausschöpfen zu können.

In Dänemark zweifelt niemand an der Wirkung und am Nutzen des reformierten Gesamtsystems, wovon das Gesundheitsportal nur ein Element ist.

Autor:

Markus Nufer

Manager of Governmental Programs

IBM Switzerland

Bahnhofstrasse 4

3073 Gümligen

nuf@ch.ibm.com

⁴ Freischaltprozesse sind Abläufe, mit denen die Qualität und die Richtigkeit von Webseiten kontrolliert werden und mit denen festgelegt wird, wann und wie lange eine Webseite im Internet aufgeschaltet werden darf.

Informations- und Kommunikationssysteme in Praxisnetzen

Die Praxisnetzstudie 2006 untersuchte den Reifegrad von Praxisnetzen in Deutschland und der Schweiz. Eine Dimension dabei sind die Informations- und Kommunikationssysteme. Die Detailanalyse zeigt, dass bei den meisten Netzen viel Optimierungspotenzial besteht.

Günter Schicker und Freimut Bodendorf

Praxisnetze stellen eine strukturierte und verbindliche Kooperation von niedergelassenen Ärzten (v.a. Haus- und Fachärzte) und weiteren Gesundheits-Dienstleistern dar. Sie zeichnen sich durch intensive Koordination und Kommunikation aus, sind regional für definierte Versicherte tätig und verfolgen gemeinsame Ziele (v.a. Verbesserung von Versorgungsqualität, Versorgungseffizienz sowie Patientenzufriedenheit und -souveränität).

Die Praxisnetz-Studie 2006 [1] untersuchte, wie leistungsfähig diese Praxisnetze in Bezug auf die Dimensionen «Management-Systeme», «Prozesse und Strukturen» und «Informations- und Kommunikationssysteme (IuK)» sind. Es wurden insgesamt 49 schweizerische und 186 deutsche Ärztenetze befragt. Von den angeschriebenen Netzen schickten 18 schweizerische (37%) und 72 deutsche (43%) ihre Fragebögen ausgefüllt zurück, was repräsentative Aussagen für Deutschland erlaubt.

Reifegrad von Praxisnetzen

Bildet man die Praxisnetze anhand ihrer in den Dimensionen erzielten Reifegrade ab und berücksichtigt dabei auch die Lebens-

dauer der einzelnen Netze, so ergeben sich drei charakteristische Typen von Praxisnetzen¹: Netz-Profis (9), ambitionierte Verfolger (28) und Nachzügler (47) (siehe *Abbildung 1*). Der Grossteil der Netze befindet sich im niedrigen und mittleren Reifebereich. Dabei sind überdurchschnittlich viele deutsche Netze im oberen und unteren Bereich, während überdurchschnittlich viele Schweizer Netze im mittleren Bereich rangieren. Im Durchschnitt weisen die Netze in der Schweiz eine höhere Gesamtreife auf. [1, 2]² Im Folgenden konzentrieren wir uns auf die Dimension «Informations- und Kommunikationssysteme in Praxisnetzen». In der Gesamtschätzung dieser Dimension erreichten die befragten deutschen Praxisnetze den im Vergleich mit den beiden anderen Dimensionen («Management-System» sowie «Prozesse und Strukturen») geringsten Reifegrad (Ø 26,06). Im Vergleich hierzu liegt der Durchschnittswert der Schweizer Praxisnetze um zirka 8 Indexpunkte höher bei 34,72. Wir haben die wichtigsten Kriterien in den Bereichen IT-Strategie und -Organisation, Informations- und Anwendungslandschaft sowie Technologie untersucht, um auf diese Weise den «State-of-the-Art» transparent zu machen.

Strategie und Organisation

Kompatible Praxisverwaltungssysteme der Netzmitglieder sind aus strategischer Sicht

1 Anzahl der Netze, die bei der Befragung der jeweiligen Typ-Kategorie zugeordnet wurden, in Klammern.

2 Diese Ergebnisse der Praxisnetz-Studie wurden bereits veröffentlicht und auf breiter Basis diskutiert.



Günter Schicker



Freimut Bodendorf

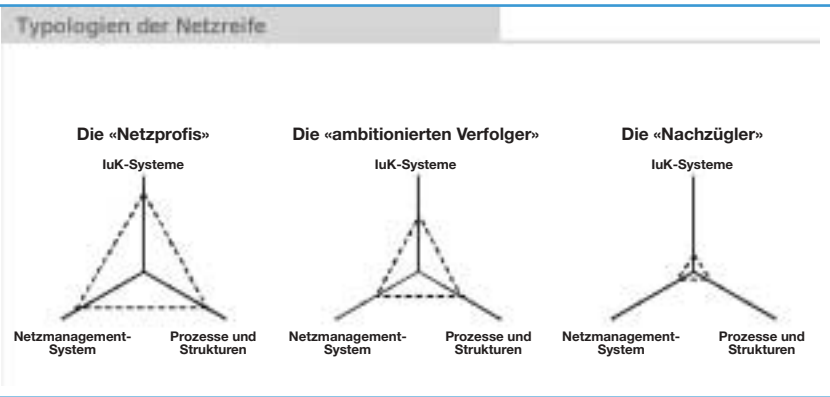


Abbildung 1: Typologien der Netzreife

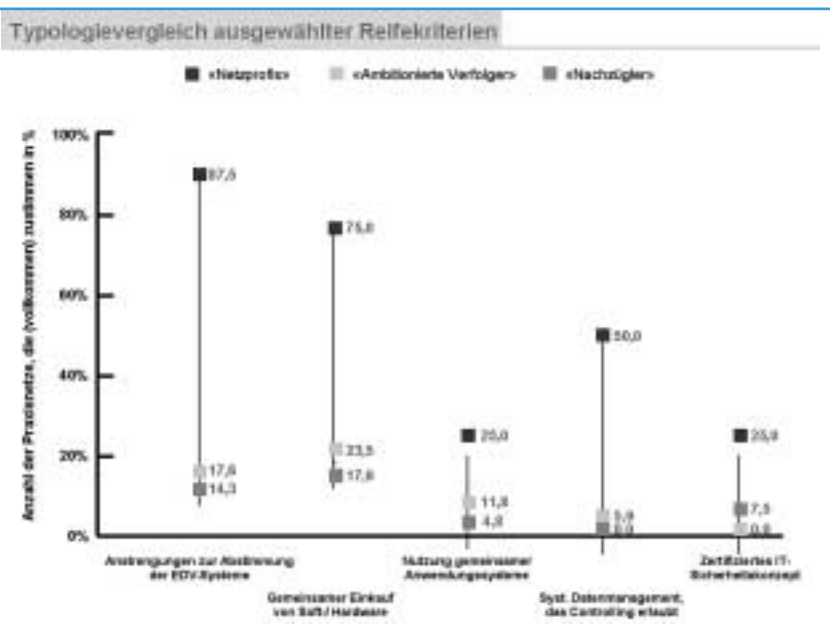


Abbildung 2: Typologievergleich von Reifekriterien der Informations- und Kommunikationssysteme

eine Grundvoraussetzung, um netzweite EDV-Systeme implementieren zu können. In 75 Prozent der befragten Praxisnetze gibt es allerdings keine Anstrengungen, um die EDV-Systeme der Praxisnetzmitglieder aufeinander abzustimmen (siehe *Abbildung 2*). Vor dem Hintergrund von zirka 200 verschiedenen auf dem Markt befindlichen Praxis-EDV-Systemen und einer netzimmanenten³ Heterogenität, die in der Regel dauerhaft bestehen wird, erscheint es umso bedeutender, gemeinsame Standards (z. B. Daten, Schnittstellen) zu schaffen, um dauerhaft, flexibel und auf einfache Art und Weise die beteiligten Akteure vernetzen zu können. Die Netze agieren aber sehr unterschiedlich: Fast 90 Prozent der «Profi-Netze» strengen sich an, die EDV-Systeme zu har-

monisieren, während dies nur 14 Prozent der «Nachzügler» respektive 17 Prozent der «ambitionierten Verfolger» tun.

26 Prozent der untersuchten Praxisnetze versuchen durch einen *gemeinsamen Einkauf von Soft- und Hardware* sowohl die EDV-Systeme aufeinander abzustimmen als auch Grössenvorteile in Form von Rabatten zu realisieren. Während der gemeinsame Einkauf von Hard- und Software für «Netz-Profis» üblich ist, werden nur 23,5 Prozent der «Ambitionierten Verfolger» und 17,9 Prozent der «Nachzügler» hier aktiv. Besonders häufig (50 %) existiert ein gemeinsamer Einkauf der Soft- und Hardware in Praxisnetzen mit mehr als 100 Mitgliedern. Grössere Praxisnetze verfügen wohl über eine stärkere Verhandlungsmacht und können somit Rabatte besonders gut durchsetzen.

Gemeinsame Anwendungssysteme (z. B. für Dokumentation, Controlling) sind in allen Typenkategorien die Ausnahme, ebenso wie *zertifizierte IT-Sicherheitskonzepte*.

Informations- und Anwendungslandschaft

Die *Internetpräsenz* ist die einzige weit verbreitete Anwendung auf Netzebene (50 %) (siehe *Abbildung 3*). Sie enthält meist nützliche Informationen für den Patienten (z. B. Adressdaten und Veranstaltungstermine) oder kann als Einstiegsseite für das Intranet des Praxisnetzes dienen. Weitere Entwicklungsstufen in der Webpräsenz wird der Einsatz von Portaltechnologien mit sich bringen. So können beispielsweise zukünftig Web-Inhalte für die Patienten individualisiert und am jeweiligen Behandlungsprozess orientiert dargestellt werden [3].

In nur jedem fünften Praxisnetz erfolgt der Datenaustausch zwischen den Netzpartnern systematisch und strukturiert. Möglich machen dies standardisierte Kommunikationstechnologien wie zum Beispiel D2D oder VDAP Communication Standard⁴. *Gemein-*

3 Eine netzimmanente IT-Heterogenität wird damit begründet, dass sich Netzwerkorganisationen durch eine rechtliche und teilweise auch wirtschaftliche Autonomie der Mitglieder auszeichnen. Daher spiegelt die «Gleichschaltung» der Prozesse und unterstützenden Informationssysteme bestenfalls ein theoretisches Ideal, jedoch in der Regel nicht die Realität in Praxisnetzen wider.

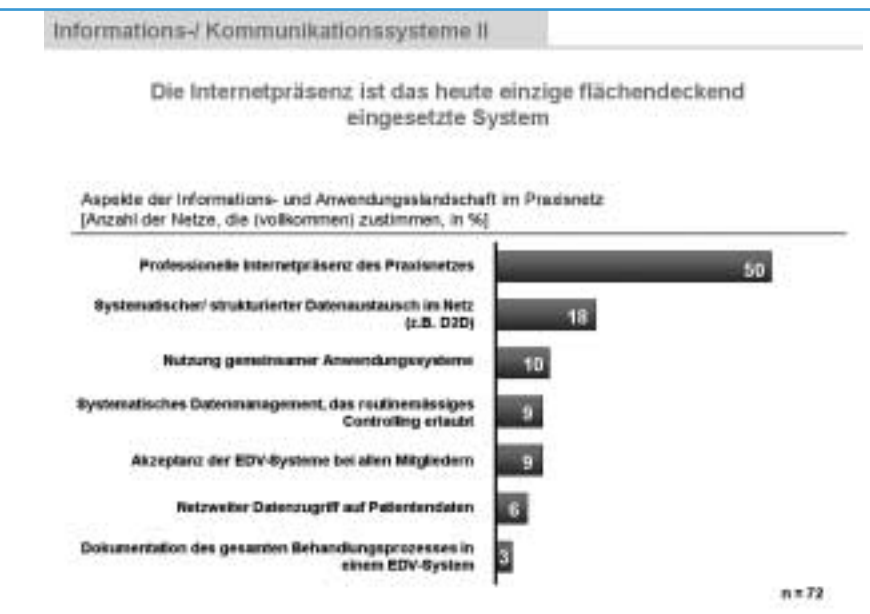


Abbildung 3: Informations- und Anwendungslandschaft

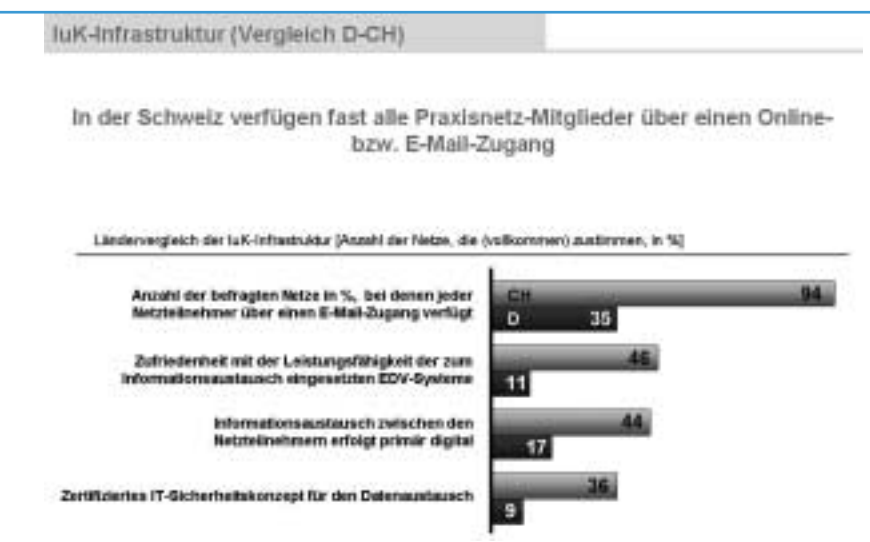


Abbildung 4: Informations- und Kommunikations-Infrastruktur D-CH

same Anwendungssysteme (z. B. Abrechnungssysteme) werden in 10 Prozent der befragten Praxisnetze eingesetzt; in nur 3 Prozent der Praxisnetze wird der gesamte Behandlungsprozess in einem EDV-System dokumentiert. Nur jedes 11. Praxisnetz (9 %) verfügt über ein so weit fortgeschrittenes Datenmanagement, dass Controllingmassnahmen systematisch, regelmässig und in automatisierter Form erhoben werden können. Um die Existenz der Netze langfristig zu sichern und zu diesem Zweck nachprüf- bare Qualitäts- und Effizienzvorteile nachzuweisen, müssen zukünftig professionelle Controlling-Konzepte konzipiert und durch

entsprechende IuK-Systeme unterstützt werden. So sollten – unter Berücksichtigung von Datenschutzaspekten – relevante Leistungsdaten in einer Praxisnetz-Datenbank gesammelt und aufbereitet werden können. Nur 6 Prozent der Praxisnetze haben einen netzweiten Zugriff auf Patientendaten realisiert. Dies würde den Ärzten eine effizientere und qualitativ bessere Patientenbehandlung ermöglichen, da sie alle notwendigen Informationen schnell und vollständig einsehen können. Denkbar wäre sowohl eine zentrale als auch eine dezentrale Datenhaltung. Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) und daran anknüpfende Initiativen zur elektronischen Patientenakte werden hier erheblich mehr Dynamik bringen. Allerdings sagten 71 Prozent der befragten Praxisnetze, dass sie sich noch nicht mit der Gesundheitskarte befasst haben. Bei den Netzen, die sich bereits intensiv damit auseinandergesetzt haben (immerhin jedes neunte), existieren sowohl ein Arbeitskreis als auch ein Konzept zur Harmonisierung der EDV-Systeme bezüglich der eGK.

Technologie und Infrastruktur

Auch hinsichtlich der Rahmenbedingungen für einen effizienten Einsatz von Informations- und Kommunikationssystemen ergeben sich bei den befragten Praxisnetzen erhebliche Defizite (vgl. *Abbildung 4*). Nur in 17 Prozent der Praxisnetze werden Informationen bislang primär digital ausgetauscht. Dies erschwert den Einsatz von netzweiten EDV-Systemen zur Unterstützung der Patientenbehandlung erheblich, da nicht digital ausgetauschte Behandlungsinformationen entweder mühsam in das System eingegeben werden müssen oder gänzlich unberücksichtigt bleiben. Obwohl nur in wenigen Netzen flächendeckend digitaler Informationsaustausch betrieben wird, nutzen bereits mehr als ein Drittel der befragten Praxisnetzmitglieder (sehr) häufig digitale Kommunikationswege, um sich mit anderen Leistungserbringern auszutauschen. Allerdings verfügen nur 9 Prozent der befragten Praxisnetze

4 Offener Schnittstellenstandard für eine interoperable und sektorenübergreifende Kommunikation im Gesundheitswesen, der vom Verband Deutscher Arztpraxis-Softwarehersteller unterstützt wird (<http://www.svitg.de>).

über ein «zertifiziertes» IT-Sicherheitskonzept, welches eine Grundvoraussetzung für den Austausch von sensiblen Patientendaten darstellt.

Die befragten Schweizer Praxisnetze sind bezüglich der Informations- und Kommunikationsinfrastruktur bereits weiter entwickelt als die deutschen Praxisnetze. Besonders auffällig ist, dass in der Schweiz fast jeder Praxisnetzteilnehmer über einen E-Mail-Zugang verfügt, während dies nur bei 35 Prozent der deutschen Teilnehmer der Fall ist.

Fazit und Gestaltungsempfehlungen

Die wenigsten Netze verstehen sich bislang als eine unternehmensähnliche Organisationsform mit gemeinsamen Zielen und Prozessen, welche die Applikations- und Informationsarchitektur systematisch gestalten oder zumindest harmonisieren. Aufeinander abgestimmte Systeme (z. B. für das Controlling) sind jedoch unabdingbar, um eine effizientere Zusammenarbeit zu ermöglichen. Neben weniger Wartungs- und Betriebsaufwand reduzieren sie auch den System-Integrationsaufwand. Auch die IT-Sicherheit (Datenschutz) lässt sich einfacher und kostengünstiger gewährleisten.

Zum Informationsmanagement eines Praxisnetzes gehört auch ein IT-Fachzirkel, der sich – neben den grundlegenden Fragen der IuK-Gestaltung im Netz – auch mit den landesspezifischen Telematik-Initiativen sowie der elektronischen Gesundheitskarte beschäftigt.

Wir propagieren keinesfalls, dass die IuK-Systeme flächendeckend, «hierarchisch angeordnet» standardisiert werden sollen. Eine heterogene IT-Landschaft ist in Praxisnetzen normal. Vielmehr sollte der Grundsatz herrschen: Soviel Harmonisierung und Standardisierung wie notwendig und sinnvoll, um den Integrationsaufwand heute und zukünftig zu minimieren.⁵

Autoren:

Günter Schicker Dipl.-Betriebswirt (FH)
Prof. Dr. Freimut Bodendorf

Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Lehrstuhl Wirtschaftsinformatik – Prozess-, Service- und Informationsmanagement
Competence Center «E-Health Networking»
Lange Gasse 20
D-90403 Nürnberg
healthcare-networking@wiso.uni-erlangen.de

Literatur:

1. Schicker, G.; Kohlbauer, O.; Bodendorf, F.: Praxisnetz-Studie 2006 – Status Quo, Trends & Herausforderungen. Arbeitspapier Wirtschaftsinformatik II Nr. 01/2006, Universität Erlangen-Nürnberg. Nürnberg 2006.
2. Fuchs, M.: Ärztenetze in Deutschland und der Schweiz: Netz-Profi oder Nachzügler? In: Schweizerische Ärztezeitung (SAEZ), 87 (2006) 33. S. 1408. http://www.saez.ch/pdf_f/2006/2006-33/2006-33-758.PDF, Abruf am 10.04.2007.
3. Schicker, G.; Bodendorf, F.: Portalunterstützte Behandlungspfade in Gesundheitsnetzen: Prozesse – Architektur – dynamische Navigation. In: Cremers, A. B.; Manthey, R.; Martini, R.; Steinhage, V. (Hrsg.): Lecture Notes in Informatics (LNI), Gesellschaft für Informatik (GI). Köllen Verlag, Bonn 2005, S. 7–11.

⁵ Um diese Potenziale zu realisieren, entwickelt das Competence Center «E-Health Networking» des Lehrstuhls Wirtschaftsinformatik II der Universität Erlangen (<http://www.wi2.uni-erlangen.de/index.php?id=330>) in Kooperation mit Forschungspartnern aus Wissenschaft und Praxis innovative und anwendungsnahe Lösungen für die Koordination und das Controlling im vernetzten Gesundheitswesen, insbesondere in Praxisnetzen.

Managed Care: Der Einzelne im Dienste des Systems?

Managed Care ist in aller Munde, doch hinter dem Begriff verbergen sich die unterschiedlichsten Vorstellungen. Aus Angst, den Tatendrang besonders eifriger Akteure einzuschränken oder wegen mangelnder Detailkenntnisse will die Politik den Begriff auf Gesetzesebene nicht definieren. Dies hat zur Folge, dass jeder seine persönliche Vision von Managed Care zu verwirklichen versucht. In der allgemeinen Hektik gelingt es einigen, ihre Partikularinteressen als «Managed Care» darzustellen.

Obschon ich das Thema hier nicht in aller Ausführlichkeit behandeln kann, möchte ich einige Überlegungen zur Diskussion stellen. Managed Care ist ein System, welches vor allem auf Vertrauen, Transparenz, Respekt und auf einem gemeinsamen Ziel aufbaut. Die Partikularinteressen eines jeden Partners müssen zurückgestellt werden, damit die gesetzten Ziele mit vereinten Kräften erreicht werden können. Dabei handelt es sich nicht um eine weitere Form eines starren Systems, sondern um einen dynamischen Prozess, welcher durch die gewonnenen Synergien stetige Verbesserungen erzielt.

Die Entwicklungen in unserem Gesundheitssystem zeigen, dass sich die Fachleute besser organisieren müssen, damit Innovationen und qualitätsrelevante Verbesserungen realisiert werden können. Alle Versuche, welche bisher in diese Richtung unternommen wurden, sind aber leider gescheitert oder konnten bestenfalls nur begrenzte Erfolge verzeichnen. Die Gründe dafür sind vielfältig. So gibt es einen grossen Unterschied zwischen einem eindimensionalen Ärztenetzwerk und der vernetzten Zusammenarbeit der verschiedenen Fachleute im Gesundheitswesen. Ein «gemanagtes» Gesundheitssystem kann nur funktionieren, wenn es auf einem Konsens der Akteure basiert, welcher die Kompetenzen aller Partner berücksichtigt und die Abläufe klar definiert. Es ist äusserst wichtig, dass die Aufgaben bei der Gesundheitsversorgung von A

bis Z im Interesse der Patienten und des Gesundheitssystems optimal verteilt werden. Dies bedeutet möglicherweise ein erneutes Überdenken der heutigen Arbeit aller Partner und auf allen Ebenen.

Wir Apotheker sind bereit, die Herausforderung anzunehmen. Die vorhandene Infrastruktur und Kompetenz können und wollen wir zugunsten unseres Gesundheitssystems einsetzen. Die Resultate der «Qualitätszirkel Ärzte-Apotheker» in verschiedenen Kantonen beweisen, dass die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker kostengünstigere Pharmakotherapien bei gleichzeitiger Steigerung der Qualität bewirken können. Dies ist zwar nur ein erster, aber ein sehr motivierender Schritt. Es gibt pragmatische Lösungen, welche gemeinsam entwickelt werden müssen.

Es ist zwingend notwendig, dass Gesundheitsfachpersonen selber Lösungsvorschläge unterbreiten – bevor uns diese in ungeeigneter Form von Dritten aufgezwungen werden, wo Einsparungen auf Kosten der Qualität und der Effizienz erzielt werden.

Wir Apotheker haben konkrete Lösungsvorschläge für unseren Kompetenzbereich entwickelt. So können wir unseren Partnern aktiv Möglichkeiten vorschlagen und brauchen nicht auf Entscheide von aussen zu warten. Es gibt viel aufzuholen – packen wir's an.

Dominique Jordan

Präsident pharmasuisse
Schweizerischer Apothekerverband
Stationsstrasse 12
3097 Bern-Liebefeld
info@pharmasuisse.org



Dominique Jordan

Ärztetnetze in der Schweiz im Jahr 2007

Das Verzeichnis der Ärztenetze in der Schweiz und die Übersicht über die Entwicklung von 1999 bis 2007 wurden vom Forum Managed Care erstellt und der Zeitschrift Managed Care freundlicherweise für die Publikation zur Verfügung gestellt.

In den vergangenen Jahren wurde es zunehmend schwierig, HMO-Praxen und Hausarztmodelle auseinanderzuhalten. Deshalb haben die Autoren nach Rücksprache mit den Managed-Care-Organisationen entschieden, HMO und Hausarztmodelle unter dem Begriff Ärztenetze zusammenzufassen und damit nur noch eine einzige Liste zu generieren. Autoren: PD Dr. med. Peter Berchtold (Präsident Forum Managed Care) und Dr. med. et lic. oec. Kurt Hess (Vorstandsmitglied Forum Managed Care).

Erhebung Ärztenetze¹ 2007

Sämtliche Angaben ohne Gewähr, Angaben der Netzwerke, Stichtag 01.01.2007

Kanton	Name des Ärztenetzes	Präsident/Ansprechpartner/ Leitender Arzt	Qualitätszertifikate			In Betrieb seit	Rechtsform	Form der Budget- mitverantwortung			Anzahl im Ärztetnetz angeschlosse- ner Ärzte	Anzahl im Ärztetnetz betreute Versicherte	Etablierte besondere Einrichtungen ²							MC-Organisationen und Krankenversicherer, mit denen direkte Verträge bestehen				
			EQUAM	Good Medical Practice ³	Good Priv@cy ³			Bonus-Malus	Capitation	Andere			Patentat	Ombudsstelle	Qualitätszirkel	Guidelines	Patienteninformation	Notfalldienst	Beratungsstellen		Andere			
AG	Aarau	Dr. med. Christoph Wartmann, Hinterhagweg 24, 5722 Gränichen. Tel. 062-842 13 33. praxis@hin.ch			Good Priv@cy ³	1.1.1997	Verein	1		Andere	39	8'300	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Sanacare AG, RVK, SWICA
AG	Hausarztverein Baden	Dr. med. Fuchs, Landstrasse 97, 5430 Wettingen. Tel. 056-426 00 00. hans.fuchs@hin.ch				1.9.1996	Verein	1			76	19'393	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Sanacare AG, RVK, HELSANA, SWICA, Visana, Groupe Mutuel, Provita, Kolping, Betriebsgesellschaft: argomed
AG	Hausarztverein Bremgarten	Dr. med. Andreas Weisshaar, Alte Brengartenstrasse 8, 8964 Rudolfstetten. Tel. 056-631 85 85. aweisshaar@isnet.ch				1.3.1997	Verein	1			13	5'052	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Sanacare AG, RVK, HELSANA, SWICA, Visana, Groupe Mutuel, Provita, Kolping, Betriebsgesellschaft: argomed
AG	Hausarztverein Brugg	Dr. med. Heinrich Zürcher Ankerstrasse 9, 5210 Windisch. Tel. 056-441 55 57. heinrich.zuercher@hin.ch				1.3.1997	Verein	1			25	8'012	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Sanacare AG, RVK, HELSANA, SWICA, Visana, Groupe Mutuel, Provita, Kolping, Betriebsgesellschaft: argomed
AG	Hausarztverein Fricktal	Dr. med. Martin Rickenbacher, Stadtweg 4, 4310 Rheinfelden. Tel. 061-831 22 22. rickenbacher@hin.ch				1.4.1997	Verein	1			46	12'902	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Sanacare AG, RVK, HELSANA, SWICA, Visana, Groupe Mutuel, Provita, Kolping, Betriebsgesellschaft: argomed
AG	Hausarztverein Lenzburg-Seetal	Dr. med. Hansueli Frey, Oberdorfstrasse 3, 5703 Seon. Tel. 062-775 33 33. frey@hin.ch				1.1.1997	Verein	1			33	14'906	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Sanacare AG, RVK, HELSANA, SWICA, Visana, Groupe Mutuel, Provita, Kolping, Betriebsgesellschaft: argomed

1. Ärztenetze sind Organisationen, welche durch vertraglich vereinbartes Zusammenwirken unter sich, mit netzfernen Leistungserbringern und mit den Kostenträgern auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Gesundheitsleistungen erbringen. Dieses Zusammenwirken beruht auf vereinbarten Behandlungsprozessen, unternehmerischen Organisationsstrukturen, effektivem Umgang mit den vorhandenen Mitteln, gemeinsamer Betreuungskultur und dem Willen, die Gesundheitsleistungen aus einer Hand zu steuern.

2. Besondere Einrichtungen sind: Patientenrat als beratendes Gremium, Netzweige Ombudsstelle, Qualitätszirkel, EBM-basierte Guidelines, integrierte und eigener Notfalldienst, Beratungsstellen für Patienten.

3. Label der Schweizerischen Vereinigung für Qualitäts- und Managementsysteme SQS, seit April 2007.

Kanton	Name des Ärztenetzes	Präsident/Ansprechpartner/ Leitender Arzt	Qualitätszertifikate		In Betrieb seit	Rechtsform	Form der Budget- mitverantwortung			Anzahl im Ärztenez angeschlosse- ner Ärzte	Anzahl im Ärztenez betreute Versicherte	Etablierte besondere Einrichtungen ²							MC-Organisationen und Krankenversicherer, mit denen direkte Verträge bestehen	
			EQUAM	Good Medical Practice ³			Good Priv@cy ³	Bonus-Malus	Capitation			Andere	Patientenrat	Ombudsstelle	Qualitätszirkel	Guidelines	Patienteninformation	Notfalldienst		Beratungstelefon
AG	Hausarztverein Wohlten	Dr. med. Wolfgang Meyer, Poststrasse 10, 5612 Villmergen. Tel. 056-622 12 66. wolgang.meyer@hin.ch			1.4.1997	Verein	1		20	5'678	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Sanacare AG, RVK, HELSANA, SWICA, Visana, Groupe Mutuel, Provita, Kolping, Betriebsgesellschaft: argomed
AG	Hausarztverein Wynen/Suhrenthal	Dr. med. Paul Hufschmid, Fliederweg 1, 5040 Schöftland. Tel. 062-721 22 80. hufschmid@hin.ch			1.4.1997	Verein	1		23	7'191	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Sanacare AG, RVK, HELSANA, SWICA, Visana, Groupe Mutuel, Provita, Kolping, Betriebsgesellschaft: argomed
AG	Hausarztverein Zofingen	Dr. med. Mark Burger, Hintere Hauptg. 16, 4800 Zofingen. Tel. 062-751 44 33. mark.burger@hin.ch			1.1.1997	Verein	1		31	8'745	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Sanacare AG, RVK, HELSANA, SWICA, Visana, Groupe Mutuel, Provita, Kolping, Betriebsgesellschaft: argomed
AG	Hausarztverein Zurzach	Dr. med. Roger Bonhöte, Dorfstrasse 10, Postfach 67, 5313 Klingnau. Tel. 056-245 12 30. roger.bonhote@hin.ch			1.4.1998	Verein	1		22	3'833	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Sanacare AG, RVK, HELSANA, SWICA, Visana, Groupe Mutuel, Provita, Kolping, Betriebsgesellschaft: argomed
AG	Gesundheitszentrum des Instituts für Arbeitsmedizin	Dr. med. Dieter Kissling, Kreuzweg 3, 5400 Baden. Tel. 056-205 44 44. dieter.kissling@arbeitsmedizin.ch; www.arbeitsmedizin.ch			1994/1995	Aktien- gesellschaft	1		8	4'619	1	1								SWICA, CSS
Total AI/AR			0	0	0		10	1	336	98'631	0	1	11	9	10	9	0	0		
AI/AR	Hausärzteverein Appenzel West	Dr. med. Vinzenz Müller, Mühlebühl 25, 9100 Herisau. Tel. 071-351 33 55. vmueller@hin.ch			1.3.1997	Verein	1		22	1'600			1							Sanacare AG, SWICA
AI/AR	Hausärzteverein Appenzel Ost	Dr. med. Andreas Moser, Hauptstrasse 1050, 9497 Wolfhalden. Tel. 071-891 38 38. amoser@hin.ch			1.3.1997	Verein	1		15	758			1		1					Sanacare AG, SWICA
Total AI/AR			0	0	0		2	0	37	2'358	0	0	2	0	1	0	1	0		
BE	Hausarztmodell des Kantons Bern der RVK				1.4.1996	Verein			749	29'499			1							RVK
BE	HAV Biel-Seeland	Dr. med. Hans-Ueli Dettwiler, C. Dufourstrasse 66b, 2502 Biel. Tel. 032-341 33 35. h.dettwiler@hin.ch			1.4.1998	Verein			54	2'730										Sanacare AG, medIX bern
BE	SeelandNet	Dr. med. Hans Jakob Triaca, Hirschenplatz 1a, 3250 Lyss. Tel. 032-385 36 36. hans.triaca.med@hin.ch			12.12.2006	Verein			16				1						1	im Aufbau
BE	Igomed Thun	Dr. med. Ueli Krebs, Untere Hauptgasse 14, 3600 Thun. Tel. 032-222 44 40. ukrebs@hin.ch			1.1.1997	Verein	1		115	7'000			1							Helsana, SWICA, Visana

Kanton	Name des Ärztenetzes	Präsident/Ansprechpartner/ Leitender Arzt	Qualitätszertifikate			In Betrieb seit	Rechtsform	Form der Budget- mitverantwortung			Anzahl im Ärztenez angeschlosse- ner Ärzte	Anzahl im Ärztenez betreute Versicherte	Etablierte besondere Einrichtungen ²							MC-Organisationen und Krankenversicherer, mit denen direkte Verträge bestehen					
			EQUAM	Good Medical Practice ³	Good Priv@cy ³			Bonus-Malus	Capitation	Andere			Patientenrat	Ombudsstelle	Qualitätszirkel	Guidelines	Patienteninformation	Notfalldienst	Beratungstelefon		Andere				
BL	Verein Ärztinnen/Ärzte Frenkentaler	Dr. med. Regula Zimak, Unterbühl 26, 4418 Reigoldswil. Tel. 061-941 19 19. regula.zimak@hin.ch				1.9.1996	Verein			18	2'802	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Sanacare AG	
Total BL			0	0	0			0	0	202	10'806	0	2	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
FR	Réseau de soins Avenir	Olivier Musy, Rue du Nord 5, 1920 Martigny. Tél. 058-758 37 66. omusy@groupemutuel.ch				1.1.1996				111	2'700	1													Avenir assurances, membre du Groupe Mutuel, association d'assureurs
Total FR			0	0	0			0	0	111	2'700	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
GE	Genève RedMed	Président RedMed: Dr. med. Angelo Juliano, 3, place des Charmilles, 1203 Genève. Tél. 022-940 24 90. ajuliano@hin.ch Dr. med. Danilo Janjic, Rue de Lausanne 80, 1202 Genève. Tél. 022-908 33 33.				1.1.1997				232	9'857														COSAMA, Assura, Groupe Mutuel, Philos, Supra
GE	SWICA Gesundheits- zentrum	Dr. med. Danilo Janjic, Rue de Lausanne 80, 1202 Genève. Tél. 022-908 33 33.				1994/1995	Aktien- gesellschaft		1	2	2'779	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	SWICA
GE	Réseau de santé Delta SA	Dres Marc-André Raetzo, Philippe Schaller, Groupe Médical d'Onex Médecine, 1213 Onex. Tél. 022-879 50 40. raetzo@gmo.ch; schaller@gmo.ch				1.10.1992	Aktien- gesellschaft		1	100	30'000	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Avenir assurances (membre du Groupe Mutuel), CONCORDIA, CSS, HELSANA, SUK
Total GE			0	0	0			0	2	334	42'636	0	1	2	2	1	1	2	0	0	0	0	0	0	
GR	Verein Churer Grundversorger VCGA	Dr. med. Christian Eggenberger, Belmondstrasse 1, 7000 Chur. Tel. 081-284 54 44. eggenberger.ch@hin.ch				1.2.1996	Verein			40	1'548	1													Sanacare
GR	CasaMed Graubünden	Gemeinsamer Ausschuss CASAMED, Bämhofstrasse 9, 7302 Landquart. Tel. 058-456 10 10.				1.1.1997	Einfache Gesellschaft			186	25'502	1													ÖKK
Total GR			0	0	0			0	0	226	27'050	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
LU	Sanacare AG HMO-Praxis Luzern	Dr. med. Bernhard Studer, Zürichstrasse 9, 6400 Luzern. Tél. 041-417 31 31. hmo-luzern@sanacare.ch; www.sanacare.ch		1	1	1994	-		1	8	6'517	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Atupri, Carena, CONCORDIA, CSS, HELSANA, Kolping, KPT, Provita, Visana, Wincare
LU	Luzern und Agglomeration	Dr. med. Peter Schönbucher, Löwenstrasse 4, 6004 Luzern. Tel. 041-418 64 64. p@schoenbucher.ch				01.01.2000	Verein			17	2'000	1													RVK, Sanacare AG, Helsana

Entwicklung der Ärztenetze in der Schweiz 1999–2007

Kanton	Anzahl Versicherte										Anzahl Ärzte									
	1.1.1999	1.1.2000	1.1.2001	1.1.2002	1.1.2004	1.1.2005	1.1.2006	1.1.2007	1.1.1999	1.1.2000	1.1.2001	1.1.2002	1.1.2004	1.1.2005	1.1.2006	1.1.2007				
AG	93'795	92'002	93'386	97'648	79'368	84'956	94'645	98'631	333	331	335	323	331	331	340	336				
AU/AR	5'744	5'392	4'946	4'315	2'334	2'058	2'358	2'358	44	41	43	50	36	36	30	37				
BE	44'131	45'795	61'497	62'327	42'924	45'487	54'857	59'963	912	757	760	757	963	921	998	1'168				
BL	14'076	14'807	15'855	13'825	12'000	12'565	12'859	10'806	135	146	144	154	160	293	293	202				
BS	13'619	11'812	20'451	22'784	26'116	25'871	27'618	28'648	101	44	13	11	82	88	87	92				
FR	3'059	3'059	2'244	2'202	2'158	2'107	2'620	2'700	152	152	150	113	113	113	112	111				
GE	10'098	19'711	22'686	21'694	25'448	30'010	30'508	42'636	638	400	412	228	290	310	312	334				
GR	4'535	19'643	21'399	22'650	19'550	20'741	24'473	27'050	122	184	188	155	208	212	223	226				
LU	9'050	9'724	12'554	13'587	15'769	20'584	26'422	27'494	39	50	59	54	57	78	82	88				
NW	44'637	44'387	64'010	74'096	82'148	94'665	105'311	83'681	410	283	346	339	324	355	583	368				
SG	9'507	11'255	12'429	17'163	11'635	11'635	15'778	15'000	54	55	63	67	74	74	74	74				
SH	4'646	2'000	2'092	2'110					73	40	41	43								
SO		53	111	228	1'374	1'592	1'600	1'600	61	62	64	76	67	79	80	80				
SZ	44'009	46'572	47'092	48'811	57'358	57'122	63'653	65'636	137	135	140	159	151	149	148	153				
TG							200	300							1	2				
TI							0								25	26				
UR			6'026	9'306						330	326									
VD	18'699	23'144	25'333	24'395	21'166	23'950	23'950	23'950	260	273	277	232	232	239	240	240				
ZG			1'700	1'776	2'500	2'500	4'200	4'500			3	2	4	4	6	7				
ZH	73'813	72'818	86'318	85'943	90'726	89'888	102'213	108'879	395	413	417	461	574	594	610	761				
CH	393'418	422'174	500'129	524'860	492'574	525'731	593'265	603'932	3'866	3'366	3'785	3'550	3'666	3'876	4'244	4'305				

Qualitätssicherung in der Pflege

Der direkte Patientenkontakt steht in der Pflege im Vordergrund. Um die Pflegequalität evaluieren zu können, kommt der teilnehmenden Beobachtung eine besondere Bedeutung zu. Das Zertifizierungsverfahren der Concret AG beurteilt dabei die strukturellen Bedingungen, die Prozesse und die Ergebnisse der Pflege. Die Qualität soll dabei nicht nur gesichert, sondern auch gefördert werden.

Ruth Schweingruber und Ursula Lädach

Qualitätssicherung heisst nicht nur Kontrolle. Vielmehr gilt es, Ärzte, Pflegepersonal und die übrigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Spitals für die qualitativen Aspekte ihrer Arbeit zu sensibilisieren. Qualitätssicherung muss daher darauf hinzielen, beim gesamten Krankenpflegepersonal

- Aufmerksamkeit zu erzeugen (indem die Beteiligten miteinbezogen werden)
- Interesse zu wecken (indem Probleme und Problemlösungen demonstriert werden)
- Qualität zu zeigen (indem Stärken und Schwächen aufgezeigt werden)
- Aktionen durchzuführen (indem für Schwachstellen Lösungsmöglichkeiten dargestellt werden).

Das allgemeine Ziel der Qualitätssicherung besteht darin, dass die Pflege im Alltag mit den vorgegebenen Bedingungen aus dem Pflegeauftrag übereinstimmt. Der Patient ist dabei aktiv miteinzubeziehen. Die Interpretation des Begriffs Qualität stützt sich auf die bekannte Differenzierung der Qualitätsdimensionen Ergebnisqualität, organisatori-

sche Prozessqualität und Strukturqualität nach Donabedian [1].

Diese Prämissen gelten auch für das Zertifizierungsverfahren der Concret AG¹. Das zweistufige Verfahren findet in den Pflegeeinheiten statt und beinhaltet eine Pflegequalitätserhebung im Sinn einer Standortbestimmung und ein Jahr später das Zertifizierungsaudit im Sinn von Bestätigung des Qualitätsmanagementaufbaus.

Die Pflegequalitätserhebung

Die Messmethode Q der Concret AG wurde von Pflegefachpersonen entwickelt und unter wissenschaftlicher Begleitung validiert. Die Methode geht davon aus, dass der Kernprozess Pflege im direkten Kontakt mit dem Patienten geschieht, und dass die Patientensituation mitbestimmt wird von äusseren Bedingungen wie Räumlichkeiten, vorhandenen personellen und fachlichen Ressourcen, dem direkten Pflegeverständnis, der Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen und dem indirekten Umfeld wie zum Beispiel Institutionsleitbilder oder gesundheitspolitische Gegebenheiten. Das methodische Verfahren der Messmethode Q ist nicht an eine bestimmte Berufsgruppe gebunden. Sie bedient sich der Theorien und Hilfsmittel verschiedener Disziplinen.

¹ Die Concret AG ging aus der Sektion Bern des Schweizer Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) hervor. Sie gehört heute zu 100 Prozent dem SBK Schweiz und hat ihren Sitz in Bern. Seit 1999 ist die Organisation von der Schweizerischen Akkreditierungsstelle als Zertifizierungsstelle für Qualitätsmanagementsystem in der Pflege anerkannt, 2005 wurde die Akkreditierung erneuert.



Ruth Schweingruber



Ursula Lädach

Tabelle 1: Concret-Indikatoren zur Pflegequalität

Indikator	Definition
Grundlagen der Organisation	Situationsadäquate und nachvollziehbare Vorgaben/Grundlagen zum Auftrag
Finanzielle und personelle Ressourcen	Angepasste und ausreichende finanzielle/ personelle Ressourcen und zweckmässiger Einsatz
Personalentwicklung	Aufgabenorientierte Personalentwicklung mit Massnahmen zur individuellen und Teambefähigung
Infrastruktur und Ausstattung	Angebots- und aufgabenangepasste Infrastruktur und Ausstattung
Richtlinien und Handlungsanleitungen	Situationsadäquate, nachvollziehbare und zugängliche Vorgaben und Instrumente
Prozessorganisation in der Pflege	Geregelte, effiziente und situationsangepasste Prozesse
Kontinuität in der Behandlungs-/ Versorgungskette	Effektive, patientenorientierte Zusammenarbeit mit anderen Anbietern
Professionelle Kooperationen	Wertschätzende und zielorientierte Zusammenarbeit innerhalb des Teams und interdisziplinär
Ausführung der Pflege	Fachkompetente Ausführung
Fachexpertise	Auf Patientensituationen ausgerichtetes Wissen, Kenntnisse und Haltung
Outcome	Zufriedene, vor Schaden geschützte Patienten/Angehörige und Mitarbeitende

Drei Methoden finden in der Messmethode Q ihre Anwendung:

1. Teilnahme und Beobachtung [2]
2. Horizontale Listenanalyse [3]
3. Systemik – vernetztes Denken [4].

Teilnahme und Beobachtung

Auf der zu beurteilenden Station werden zwei Patienten ausgewählt, deren Pflege beobachtet wird. Die Auswahl der zu untersuchenden Patientensituationen wird mit den Verantwortlichen und den Pflegenden zusammen getroffen. Die Beobachtung wird von geübten und im untersuchten Fachbereich erfahrenen Pflegeexperten ausgeführt. Die Beobachtungszeit dauert drei bis vier Stunden.

Weitere Bestandteile von «Teilnahme und Beobachtung» sind die Sichtung der Dokumente (Pflegedokumentation, Überwachungs- und Kontrollblätter, Checklisten, Vorgaben usw.), die Teilnahme an interdisziplinären Gesprächen und solchen unter den Pflegen-

den und Beobachtungen auf der betreffenden Station.

Horizontale Listenanalyse

Die Informationen aus den Beobachtungen, Aussagen, Dokumenten und Gesprächen werden nebeneinandergelegt (horizontale Liste), interpretiert und den elf Concret-Indikatoren zur Pflegequalität (siehe *Tabelle 1*) zugeordnet. Die Resultate aus dieser Analyse werden dann in einem qualitativen Bericht zusammengefasst.

Vernetztes Denken

Dem ganzen Ablauf dieser Pflegequalitätsmessmethode liegen die Prinzipien des vernetzten Denkens zugrunde. Vernetztes Denken bedeutet hier, die Pflegesituation aus verschiedenen Perspektiven zu beleuchten, um auf diese Weise eine ganzheitliche Sicht zu erreichen. Dazu gehört, dass sowohl die Sichtweise von Patient und/oder Angehörigen, als auch diejenige professioneller Fach-

personen (Pflege, Medizin, Therapie, Hotellerie etc.) und die externe Sichtweise der Expertinnen gleichermaßen aufgenommen und bearbeitet werden.

Eine Pflegequalitätserhebung dauert dreieinhalb Tage, von der Auswahl der Patienten bis zum Besprechen des Schlussberichts. Der Auftraggeber und das Team erhalten dabei von einer unabhängigen Stelle eine fundierte und umfassende Beurteilung über das Leistungsangebot Pflege. Die Resultate beurteilen sowohl die strukturellen Bedingungen, wie auch die Prozesse und Ergebnisse. [5]

Die Zertifizierung

Ein Jahr nach der Standortbestimmung durch die Pflegequalitätserhebung ermitteln die Auditorinnen der Concret AG am Zertifizierungsaudit wie die formulierten Massnahmen umgesetzt worden sind, wie die erhobenen Defizite aufgearbeitet und ob die attestierten Stärken erhalten wurden. Das Audit schliesst auch eine punktuelle Überprüfung auf der Station mit ein, mit Interviews mit Patienten und Pflegenden.

Über die Zertifikatserteilung entscheidet der Zertifizierungsausschuss, ein von der Concret AG unabhängiges Gremium. Der Zertifizierungsausschuss besteht aus ausgewiesenen und öffentlich anerkannten Pflegefachpersonen und wird vom Verwaltungsrat gewählt. Der Zertifizierungsausschuss beurteilt die Anträge der Zertifizierungsstelle von Concret. Dabei beruft er sich auf die Ergebnisse vom Zertifizierungsaudit. Nach der Zertifizierung erfolgen jährliche Überwachungsaudits. Das Zertifikat bleibt aktuell fünf Jahre gültig.

Weitere Vorteile

Neben den Qualitätsbestrebungen sprechen auch weitere Effekte für den Zertifizierungsprozess:

■ *Würdigung der Leistungen der Pflege:* Würdigung bedeutet Wertschätzung. Bei der Pflegequalitätserhebung beurteilen Pflegefachexpertinnen von aussen pflegerisches Tun am Krankenbett. Der schriftliche Bericht würdigt gleichsam die Pflegepraxis, und die Schlussgespräche der Qualitätserhebungen münden immer in einen Dank für geleistete Arbeit.

■ *Bestätigung:* Eine Pflegequalitätserhebung als Standortbestimmung ist eine Bestätigung. Im ersten Schritt schafft sie eine Ausgangslage und im zweiten Schritt der Zertifizierung gibt sie Sicherheit zur Durchführung des Qualitätsprozesses. Der Grundsatz von Concret, die Stärken zu betonen und Schwächen als Chancen zu Verbesserungen zu bezeichnen, bestätigt den Pflegenden eine Dynamik, die niemals ausschliesslich durch Stärken gekennzeichnet ist.

■ *Wachsamkeit (Vigilance):* Der meist hektische Berufsalltag bringt Situationen hervor, in denen Routine entstehen kann, zuweilen muss, weil darin eine Sicherheit steckt. Durch eine Expertise von aussen werden Anstösse zur Reflexion gegeben, in welchen Situationen Routine notwendig und sinnvoll ist und in welchen die Pflegenden wachsam bleiben sollen. Die Balance zwischen Wachsamkeit einerseits und Sicherheit durch Routine andererseits wird analysiert und diskutiert.

Autorinnen:

Ruth Schweingruber,
MSc Organisationsentwicklung
Geschäftsführerin
rschweingruber@concret-ag.ch

Ursula Lädach, MSc
Leitende Auditorin
ulaedrach@bluewin.ch

Concret AG
Bonstettenstrasse 15
3012 Bern

Literatur:

1. Giebing H., François-Kettner H. (1997). *Pflegerische Qualitätssicherung. Konzept, Methode, Praxis.* Bocholt: Eicanos Verlag, S. 18–20.
2. Dechmann M.D. (1978). *Teilnahme und Beobachtung als soziologisches Basisverhalten.* Bern, Stuttgart: UTB Verlag Haupt.
3. Käppeli S. (1988). *Qualitative Handanalyse («Horizontale Listenanalyse»).* Aarau: Kaderschule für Krankenpflege, Unterrichtsmaterial.
4. Bürki L., Hungerbühler R., Mühlemann H., Ninck A. (2004). *Systemik. Vernetztes Denken in komplexen Situationen.* Zürich: Verlag Industrielle Organisation.
5. Von Allmen U. (1989). *Pflegequalitätsmessinstrument, Entwicklung und Anwendung.* Aarau: Kaderschule für Krankenpflege, Diplomarbeit Höhere Fachausbildung Stufe II.

Sicherheit ist kein Zufall

Kampagnen in Spitälern, aber auch die Zusammenarbeit über das Gesundheitswesen hinaus können Menschenleben retten. Dies zeigte das diesjährige Internationale Forum für Qualität und Sicherheit im Gesundheitswesen, in dessen Zentrum die Patientensicherheit stand. Ein Netzwerkarzt schildert seine persönlichen drei Highlights der Konferenz.

Christian Marti

Komplikation oder Behandlungsfehler? Diese Frage, Jahr für Jahr millionenfach gestellt, ist verknüpft mit unzähligen menschlichen und beruflichen Tragödien. Sie lässt sich selten eindeutig beantworten, wenn es im Rahmen einer medizinischen Behandlung unerwartet zu bleibenden Schäden kommt oder gar der Tod eintritt. «Safety is no accident!», dies war ein Leitspruch am Kongress. Der englische Begriff *accident* kann nicht nur mit *Unfall*, sondern auch mit *Zufall* übersetzt werden. Sicherheit und Qualität im Gesundheitswesen sind keine Zufallsprodukte, sondern des Ergebnis von unermüdlichen Anstrengungen und der Bereitschaft, alltägliche Abläufe, sich selber und andere immer wieder zu hinterfragen.

Drei Beiträge aus einer Fülle von Vorträgen, Workshops und Posters haben mich am diesjährigen *International Forum on Quality and Safety in Health Care* in Barcelona (siehe *Kasten*) besonders beeindruckt. Erstens eine Kampagne, dank derer 100 000 Menschenleben gerettet werden konnten; zweitens der Ansatz, dass ein Behandlungsfehler immer

zwei Opfer hinterlässt; und drittens die Zusammenarbeit zwischen Neonatologie und Schwerindustrie.

Die Kampagne «100 000 gerettete Menschenleben 2004–2006»

Donald Berwick, einer der Mitinitianten des Forums, berichtete über eine weltweite Kampagne, an der sich 3100 Spitäler beteiligten.¹ Innert zwei Jahren konnten 122 000 Menschenleben dadurch gerettet werden, weil die Herzinfarktbetreuung und die Medikation (Nebenwirkungen, Interaktionen, Schnittstellenprobleme) verbessert, weil Wundinfekten und Beatmungskomplikationen vorgebeugt und Zentralvenenkatheter² optimal eingesetzt wurden.

Die Nachfolgekampagne steht unter dem Motto «Protect 5 millions lives in 24 months»³. Sie geht davon aus, dass fast die Hälfte aller Hospitalisationen die Patienten schädigen. Davon sind zwei Drittel durch nicht optimale Betreuung verursacht, ein Drittel ist schicksalhaft. Die Kampagne stützt sich auf folgende Themenschwerpunkte:

- Vermeidung von Druckulzera⁴
- Optimierung der Herzinsuffizienzbehandlung

¹ Diese Präsentation ist in Ton und Bild unter <http://barcelona.bmj.com> zugänglich.

² Zentralvenenkatheter werden in die obere Hohlvene eingelegt. Sie dienen der Verabreichung von Medikamenten und der künstlichen Ernährung. Bedrohliche Komplikationen sind Infektionen.

³ Deutsch: Schütze fünf Millionen Menschenleben in 24 Monaten.

⁴ Druckulzera: Druckgeschwüre, durch Wundliegen verursacht.

- optimierter Einsatz von gefährlichen Medikamenten (Blutverdünner, Insulin, Betäubungs- und Beruhigungsmittel)
- Vermeidung chirurgischer Komplikationen
- Vermeidung von Infekten mit MSAR⁵
- Schliesslich sollen unter dem Motto «Boards on Board» möglichst viele Führungsgremien (Boards) an Bord der Kampagne geholt werden, damit sie sich im eigenen Einflussbereich für die Umsetzung der Kampagne «Protect 5 millions lives in 24 months» einsetzen.

Kasten:

International Forum on Quality and Safety in Health Care

Das internationale Forum für Qualität und Sicherheit im Gesundheitswesen wird vom British Medical Journal und vom Institute for Healthcare Improvement (USA) organisiert. Jährlich treffen sich Fachleute in einer europäischen Stadt zum Erfahrungsaustausch über Qualität und Sicherheit im Gesundheitswesen.

Äusserst anregend sind diese Veranstaltungen einerseits wegen der ausserordentlichen Interaktivität, andererseits wegen der ungewöhnlichen Themen- und Perspektivenvielfalt. Denn die Teilnehmer rekrutieren sich nicht nur aus dem medizinischen, pflegerischen, pharmazeutischen und sozialen Bereich, auch das Management und die Gesundheitsbehörden sind stark vertreten.

Am diesjährigen Forum vom 18. bis 20. April in Barcelona haben rund 1400 Berufsleute aus allen Kontinenten, beziehungsweise aus 57 Ländern, teilgenommen.

Obwohl (oder weil?) die Veranstaltung nicht gesponsert ist, gelingt es den Organisatoren Jahr für Jahr, brillante, praxisbezogene und ausnahmslos überzeugende ReferentInnen zu gewinnen. Ein weiterer Hinweis auf die Qualität der Veranstaltung: Rund 700 Poster wurden eingereicht, und davon 170 zur Posterausstellung zugelassen.

Im nächsten Jahr tagt das International Forum on Quality and Safety in Health Care vom 23. bis 25. April 2008 in Paris. Weitere Infos: www.bmjpg.com/conferences

Die zwei Opfer eines Behandlungsfehlers

Ein zweiter, ebenfalls sehr beeindruckender Beitrag stand unter dem Titel «The two victims approach to error»¹. Dies ist ein Ansatz, der davon ausgeht, dass ein medizinischer Fehler immer zwei Opfer hinterlässt, nämlich den Patienten und den Behandelnden. Und so referierten dazu auch beide betroffenen Seiten, nämlich Lucian Leape, ein Kinderchirurg der Harvard Medical School, und Linda Kenney, eine Überlebende eines Kreislaufstillstands. Kenney hat eine grosse Selbsthilfe- und Unterstützungsorganisation für Opfer von medizinischen Fehlern aufgebaut. Beide Referate waren menschlich tief beeindruckend – der Kinderchirurg zum Beispiel, der so klar und mit erschütternder Authentizität beschrieb, wie katastrophal eine Komplikation oder eine Fehler eben auch für die behandelnden Berufsleute ist: Der Säugling, der auf dem Operationstisch stirbt ...

Beide ReferentInnen sehen bei Behandlungsfehlern zwei Opfer, Patient und Arzt. Beide Opfer benötigen Hilfe und Unterstützung. Um das Vertrauen zwischen Patient und Arzt/Institution zu retten und zu bewahren, braucht es Offenheit, Empathie, «Entschuldigung» und Unterstützung – und zwar unverzüglich. Dabei gibt es einen grossen Unterschied zwischen «I am so sorry that this happened to You»⁶ und «I am sorry – it was a mistake»⁷. Die erste Äusserung drückt meine persönliche Betroffenheit und mein Mitgefühl aus, die zweite präjudiziert eventuell eine voreilige Schuldanerkennung. Oft sind bei schweren Komplikationen oder Zwischenfällen die Zusammenhänge am Anfang unklar. Entscheidend sei, so der Kinderchirurg Leape, unverzüglich (am gleichen Tag, innert höchstens 24 Std.) seine persönliche Anteilnahme auszudrücken, genau zu erklären, wie es weitergeht betreffend Analyse der Zusammenhänge, wann nächste Informationen zu erwarten sind und welche medizinischen Massnahmen für die neue medizinische Situation erforderlich sind.

5 MSAR: Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus: ein Antibiotika-resistenter Erreger von lebensgefährlichen Blutvergiftungen.

6 Deutsch: Es tut mir leid, dass Ihnen das passiert ist.

7 Deutsch: Ich bedaure, dass dieser Fehler passiert ist.

Schwerindustrie und Neonatologie

Der dritte Beitrag, den ich erwähnen möchte, stand unter dem Titel «Partnering for patient safety»¹, der Zusammenarbeit für die Patientensicherheit. Es referierten der Neonatologie-Chefarzt Harry Molendijk, und John Prooi, Konzernchef eines Weltkonzerns für Schwerindustrie und Petrochemie. Ein Säugling stirbt, weil eine Intubation misslingt. Man findet nie heraus warum. Der Weltkonzern ist von einem schrecklichen Arbeitsunfall betroffen. Drei Männer stürzen in den Ofen mit flüssigem Stahl – dies in einem Betrieb, der seit Jahren seine Sicherheitskultur an die erste Stelle setzt. Der Neonatologe kontaktiert den industriellen Konzernleiter und bittet um Unterstützung zur Entwicklung einer Sicherheitskultur. Daraus entsteht eine jahrelange Zusammenarbeit, die auch in anderen Ländern Schule

macht. Gerade dieser Beitrag illustriert eine der faszinierenden Eigenheiten des Forums – den Blick über die Grenzen des Gesundheitswesens hinaus.

Diesen weiten Fokus zeigte auch der Vortrag «What quality movement can learn from other social movements»⁸ auf, präsentiert von Richard Smith, dem ehemaligen Chefredaktor des British Medical Journals. Sein Abriss über die Kampagne zur Abschaffung der Sklaverei war eine inhaltliche und rhetorische Delikatesse. Sein Fazit: Klare Ziele, starke Überzeugungen (Herzblut), sorgfältige Planung, systematische Vernetzung und unermüdliche Knochenarbeit sind die Voraussetzung für den Erfolg sozialer Kampagnen.

Autor:

Dr. med. Christian Marti

Vorstandsmitglied medix Schweiz und

Geschäftsleiter Ärztenetz Wintimed

Rosinliweg 44

8400 Winterthur

christian.marti@hin.ch

⁸ Deutsch: Was die Bewegung für mehr Qualität von anderen sozialen Bewegungen lernen kann.

Stimmen zum Gesundheitswesen

Je höher ausgebildet, desto besser

«Die ganze Grundausbildung der Pflege sollte auf akademischem Niveau stattfinden, wie es in der Westschweiz seit sieben Jahren der Fall ist.» Dabei, so Ian Needham, Forschungsleiter am Institut für Angewandte Pflegewissenschaft an der Fachhochschule St. Gallen weiter, werde die Pflege nicht «verakademisiert», sondern qualitativ besser: «Je höher der Ausbildungsgrad der Pflegenden, desto tiefer die Rate von Sterblichkeit und Zusatzkrankheiten, beispielsweise nosokomialer [im Spital erworbener] Infektionen.» (bc)

Quelle: «Wir sind kein Think Tank, der sich Utopien ausdenkt.» Interview mit Ian Needham. In: *Competence* 6/2007.

Alternativen zum Hausarzt

Situativ Lösungen finden für den drohenden Hausärztemangel, diese Meinung vertritt Bundesrat Pascal Couchepin. Er will das Diagnosemonopol der Ärzte nicht aufheben, «aber man muss die Möglichkeiten diskutieren: ob Apotheker bei Bagatellfällen Rezepte ausstellen dürfen oder Krankenschwestern die Arbeit von Hausärzten übernehmen wie in Schweden». Das Letztere wäre eine Chance für die Hausärzte, findet Couchepin: «Sie [die Hausärzte] könnten einem kleinen Team von Krankenschwestern vorstehen, das die medizinische Erstversorgung in einzelnen Gemeinden übernimmt.» (bc)

Quelle: «Wir werden Lösungen für den Hausärzte-Mangel finden.» Interview mit Pascal Couchepin. In: *Beobachter*, 13/07, 25. Juni 2007.

Die Fortschrittsfalle

«Wenn ein Krebspatient mit einer neuen Methode geheilt werden kann, fallen nicht nur die Behandlungskosten an, sondern auch Gesundheitskosten im hohen Alter, das er sonst gar nicht erreicht hätte. Mit jeder Verbesserung der Krankheitsbekämpfung kommen also überproportional mehr Kosten auf uns zu.» Reto Guetg, Vertrauensarzt von Santé-suisse, bezeichnet dies als die klassische Fortschrittsfalle. Annemarie Kesselring, Professorin für Pflegewissenschaft, weist dabei auf einen weiteren Aspekt hin: den politischen Trend, die anschliessende Pflege der gerette-

ten Menschen und deren Bezahlung vorwiegend als Privatsache zu behandeln. (bc)

Quellen: «Es darf nicht sein, dass nur noch bei der Aussicht auf hohe Profite geforscht wird.» Interview von Peter Kraft mit Reto Guetg. In: *Infosantésuisse*, Nr. 6, Juni 2007. Und: «Der Gesundheit von pflegenden Angehörigen die gleiche Aufmerksamkeit schenken wie der Gesundheit von Patientinnen und Patienten». Interview von Christa Lanzicher mit Annemarie Kesselring. In: *Schauplatz Spitex* Nr. 3, Juni 2007.

Qualität im Alters- und Pflegeheim

Verdichtung im Altersheim meint, dass immer mehr pflegebedürftige ältere Menschen im Heim leben und der Anteil der selbstständigen Bewohner sinkt. Die milieutherapeutische Betreuung, das sind gegenseitige kleine Hilfeleistungen, nimmt dabei ab, was die Kosten im Heim deutlich ansteigen lässt. Noldi Hess, Leiter eines Alters- und Pflegeheims in Rothenburg LU, dazu: «Wir können also die heutige Qualität zum gleichen Preis gar nicht mehr halten, weil der Ausgleich durch das Personal bei der erklärten Verdichtung mehr Ressourcen bindet, ohne damit eine bessere Qualität zu generieren.» (bc)

Quelle: «Der Markt bestimmt die Pflegequalität». Interview von Robert Hansen mit Noldi Hess. In: *Curaviva* 6/2007.

Aufholbedarf in Palliative Care

Die Schweiz sei sehr rückständig in der Palliative Care, welche bei fortgeschrittenen unheilbaren Krankheiten die Lebensqualität in den Vordergrund stellt. Steffen Eychmüller, Co-Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung, erklärt: «Uns fehlen vor allem eine systematische Aus- und Weiterbildung», dies sowohl bei den Medizinerinnen als auch in Psychologie und Seelsorge. Grossen Aufholbedarf in Palliative Care haben insbesondere Institutionen wie Universitäts- und Kantonsspitäler, wo Heilen und Wettbewerb im Vordergrund stehen, so Eychmüller. Die Kantone Genf, Waadt und Tessin seien Vorreiter in der Schweiz. International haben England, Deutschland, Italien, Spanien und Kanada Palliative Care systematisch im Gesundheitswesen verankert. Am 6. Oktober ist Welt-Palliative-Care-Tag. (bc)

Quellen: «Ich betrachte die Schweiz als sehr rückständig.» Interview von Elisabeth Rizzi mit Steffen Eychmüller. In: *Curaviva* 7-8/2007. Und: www.palliative.ch; www.pallnetz.ch.

11.–12. September, Zürich	1. Careum Congress: Gesundheitsberufe 2032: Wozu ausbilden?	Vanessa Hedinger, Careum Congress 2007, c/o AKM Congress Service, Postfach, 4005 Basel. Tel. 061-686 77 26. Fax 061-686 77 88. info@akm.ch; www.careum-congress.ch
12. September, Küsnacht ZH	Tagung Netzwerk Case Management: Networking – Chancen und Stolpersteine	Netzwerk Case Management Schweiz, c/o HSA Luzern, Werftstrasse 1, Postfach 3252, 6002 Luzern. Tel. 041-367 48 57. Fax 041-367 48 49. info@netzwerk-cm.ch; www.netzwerk-cm.ch
13.–14. September, Bern	Tagung für Patientensicherheit	Stiftung für Patientensicherheit, Asylstrasse 41, 8032 Zürich. Tel. 043-243 76 70. Fax 043-243 76 71. info@patientensicherheit.ch; www.patientensicherheit.ch
16.–19. September, Las Vegas (USA)	9th Annual Disease Management Leadership Forum	Disease Management Association of America, 701 Pennsylvania Ave. N.W., Suite 700, Washington, D.C. 20004, USA. Tel. 202 737-5980. Fax 202 737-5738. tparker@dmaa.org; www.dmaa.org
17.–21. September, Augsburg (D)	Medizin und Gesellschaft – Prävention und Versorgung	Bayrisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Stefanie Lötsch, Pfarrstrasse 3, D-80538 München. Tel. 089-21 84 290. Fax 089-21 84 338. info@med-ges-2007.de; www.med-ges-2007.de
22. September, Bern	Denk-quer! Werkstattgespräche	Stiftung KOSCH, Koordination und Förderung von Selbsthilfegruppen in der Schweiz, Laufenstrasse 12, 4053 Basel. Tel. 061-333 86 01. Fax 061-333 86 02. gs@kosch.ch; www.kosch.ch
23.–27. September, Washington (USA)	Medicare and Medicaid Conferences	America's Health Insurance Plans, 601 Pennsylvania Avenue, NW, South Building Suite 500, Washington, DC 20004, USA. customersolutions@ahip.org; www.ahip.org
24.–26. September, Porto (P)	Patient Safety Research	Professional Briefings, 37 Star Street, Ware, Hertfordshire, SG12 7AA, UK. Tel. 0044 1920-487672. Fax 0044 1920-462730. admin@patientsafetyresearch.org; www.patientsafetyresearch.org
26.–27. September, Nottwil LU	7. Schweizerischer eHealthcare Kongress	eHealthCare.ch, Josef Müller-Weg 2, 6210 Sursee. Tel. 041-925 76 89. Fax 041-925 76 80. info@ehealthcare.ch, www.ehealthcare.ch
27. September, Luzern	Datenschutz im Gesundheits- und Versicherungswesen	Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis, Universität St. Gallen, Bodanstrasse 4, 9000 St. Gallen. Tel. 071-224 24 24. Fax 071-224 28 83. irp-hsg@unisg.ch; www.irp.unisg.ch
28. September, Sankt Augustin (D)	Dienstleistungen für internationale Patienten	Fachhochschule Bonn-Rhein-Sieg, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, z.H. Jens Juszcak, Grantham-Allee 20, D-53757 Sankt Augustin. Tel. 0049-2241 865 120. Fax 0049-2241 865 8120. jens.juszcak@fh-brs.de; www.auslandspatienten.de
30. September–3. Oktober, Boston (USA)	24th International ISQua Conference: Transforming Healthcare in the Electronic Age	ISQua The International Society for Quality in Healthcare, Clarendon Terrace, 212 Clarendon Street, East Melbourne, Victoria 3002, Australia. Tel. 0061-3 9417 6971. Fax 0061-3 9417 6851. isqua@isqua.org; www.isqua.org
5. Oktober, York (UK)	International Conference on «National Solutions to 21st Century Healthcare»	The Benenden Healthcare Society Limited, Holgate Park Drive, York YO26 4GG. Tel. 0044-845 052 5700. Fax 0044-845 052 5822. aimconference@benenden.org.uk; www.benenden.org.uk; www.aim-mutual.org
6. Oktober, Zürich (Standaktionen)	3. Welt Hospiz und Palliative-Care-Tag	palliative care Netzwerk ZH/SH, Seebahnstrasse 231, 8004 Zürich. Tel. 044 240 16 20. Fax 044-242 95 35. eva.waldmann@pallnetz.ch; www.pallnetz.ch
11.–12. Oktober, München (D)	6. Europäischer Gesundheitskongress München	Interplan Congress, Meeting & Event Management AG, Manuela Schamberger, Albert-Rosshaupter-Strasse 65, D-81369 München. Tel. 089-5482 3450. Fax 089-5482 3443. info@gesundheitskongress.de; www.gesundheitskongress.de
11.–13. Oktober, Helsinki (FIN)	Eupha-Konferenz	European Public Health Association EUPHA, Otterstraat 118–124, Postbox 1568, N-3500 BN Utrecht. Tel. 0031-302 729 709. Fax 0031-302 729 729. d.zeegers@nivel.nl; www.eupha.org
19. Oktober, Bern	4. Schweizerischer Kongress für Gesundheitsökonomie und Gesundheitswissenschaften	SAG/ASE, c/o Künzi Beratungen, Schachenstrasse 21, Postfach, 4702 Oensingen. Tel. 062-396 10 49. Fax 062-396 24 10. info@sag-ase.ch; www.sag-ase.ch

Thema

Kontakt

19. Oktober, Berlin (D)	8. Berliner Gespräche zum Gesundheitswesen	Thieme.congress, Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstrasse 14, D-70469 Stuttgart. Tel. 0049 711-8931 362. Fax 0049 711-8931 370. fortbildung@thieme.de ; www.gespraechе-zum-gesundheitswesen.de
24.–27. Oktober, Dresden (D)	6. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung: Von der Versorgungsforschung zur Prävention	Deutsches Netzwerk für Versorgungsforschung, Dr. Claudia Kaiser, Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK), Medizinische Fakultät der Universität zu Köln, Eupener Strasse 129, D-50933 Köln. Tel. 0049 221-478 97112. Fax 0049 221-478 97118. claudia.kaiser@uk-koeln.de ; www.dnvf.de
25. Oktober, Horgen ZH	DRG als Instrument zur Prozessoptimierung	Euroforum HandelsZeitung Konferenz AG, Postfach, Seestrasse 344, 8027 Zürich. Tel. 044-288 94 50. Fax 044-288 94 71. infoch@euroforum.com ; www.euroforum.ch
29. Oktober– 2. November, Beijing (China)	11th Global Forum for Health Research	Global Forum for Health Research c/o Centre Oecuménique, 1–5 route des Morillons, 1211 Genève. Tél. 022-791 42 60. Fax 022-791 43 94. info@globalforumhealth.org ; www.globalforumhealth.org
31. Oktober, Luzern	Arbeit vor Rente – Arbeitsintegration konkret	Hochschule für Soziale Arbeit Luzern, Barbara Käch, Werftstrasse 1, 6002 Luzern. Tel. 041-367 48 57. bkaech@hsa.fhz.ch ; www.hsa.fhz.ch/arbeitsintegration

Weiter- und Fortbildung

Kontakt

Beginn: 21. September (12 Tage), Zürich	Ethische Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen	Dialog Ethik, Sonneggstrasse 88, 8006 Zürich. Tel. 044-252 42 01. Fax 044-252 42 13. info@dialog-ethik.ch ; www.dialog-ethik.ch
Beginn: 17. Oktober (60 Tage), St. Gallen	Health Service Management	FHS St. Gallen, Management-Weiterbildungszentrum, Teufener Strasse 2, Postfach 630, 9001 St. Gallen. Tel. 071-228 63 28. Fax 071-228 63 20. management@fhsg.ch ; www.fhsg.ch/nds-ism
Beginn: 17. Oktober (20 Tage), St. Gallen	Management und Politik im Gesundheitswesen	FHS St. Gallen, Management-Weiterbildungszentrum, Teufener Strasse 2, Postfach 630, 9001 St. Gallen. Tel. 071-228 63 28. Fax 071-228 63 20. management@fhsg.ch ; www.fhsg.ch/ndk-mpg
Beginn: 22. Oktober (25 Tage), Luzern	Case Management	HSA Hochschule für Soziale Arbeit Luzern, Werftstrasse 1, 6002 Luzern. Tel. 041-367 48 48. rwoody@hsa.fhz.ch ; www.hsa.fhz.ch/cascm
Beginn: Oktober (4 Semester), Lausanne	Master of Advanced Studies en économie et management de la santé	Luciana Vaccaro, Institut d'Economie et Management de la Santé (IEMS), Université de Lausanne – Bât. Extranef, 1015 Lausanne. Tél. 021-692 34 91. Fax 021-692 36 55. luciana.vaccaro@unil.ch ; www.hec.unil.ch/iem
Beginn: Oktober (4 Semester), Lausanne	Master of Advanced Studies en économie et politique du médicament	Anne Decollogny, Institut d'Economie et Management de la Santé (IEMS), Université de Lausanne – Bât. Extranef, 1015 Lausanne. Tél. 021-692 36 51. Fax 021-692 36 55. anne.decollogny@unil.ch ; www.hec.unil.ch/iem
5.–16. November, Ifakara (Tansania)	Rational Medicine Management	Swiss Tropical Institute, Course Secretariat, Socinstrasse 57, P.O. Box, 4002 Basel. Tel. 061-284 82 80. Fax 061-284 81 06. courses-sti@unibas.ch ; www.sti.ch
Beginn: 8. November (20 Tage), St. Gallen	Leadership und Führung im Gesundheitswesen	FHS St. Gallen, Management-Weiterbildungszentrum, Teufener Strasse 2, Postfach 630, 9001 St. Gallen. Tel. 071-228 63 28. Fax 071-228 63 20. management@fhsg.ch ; www.fhsg.ch/ndk-lfg
Beginn: 9. November, St. Gallen	Sozialinformatik	FHS St. Gallen, Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Weiterbildungszentrum Technik, Tellstrasse 2, 9000 St. Gallen. Tel. 071-226 12 04. Fax 071-226 12 05. wbtte@fhsg.ch ; www.fhsg.ch

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. b.casanova@rosenfluh.ch. Über die Aufnahme in die Hinweisseite entscheidet die Redaktion.

Medizinische Hilfe im Einkaufsladen

Im Lebensmittelgeschäft oder an Apotheken angegliedert findet man in den USA Retail Health Clinics. Das sind kleine Gesundheitspraxen, wo eine Nurse Practitioner (spezialisierte Pflegefachkraft) oder ein Assistenzarzt häufige Krankheiten wie Ohren- oder Blasenentzündungen, Hautausschläge oder Fusspilz behandeln – und dies sieben Tage die Woche. Kurze Wartezeiten, keine Terminabsprache und die günstige Lage machen, dass die Gesundheitspraxen in den Einkaufsläden bei Patienten sehr beliebt sind. Sie werden von gewinnorientierten Unternehmen betrieben, bezahlt wird direkt oder durch die Versicherung. Das Personal arbeitet nach Guidelines, und sie weisen ernsthaftere Probleme kostenlos weiter. Patienten können jedoch offenbar selber sehr gut abschätzen, wann ein richtiger Arzt aufgesucht werden muss, und wann die Gesundheitspraxis weiterhelfen kann. (bc)

Quelle: Douglas Kamerow: Retail health clinics – threat or promise? In: British Medical Journal, 2007; 335:21. 7. Juli.

Zweifel an Wirkung von Patientenschulungen

Schulungen von chronisch Kranken, von Laien durchgeführt, sind von der Universität Stanford (Arthritis Self Management Programm) entwickelt und unter anderem im britischen Gesundheitswesen weitergeführt worden. Neueste Studien über die Wirksamkeit sind jedoch entmutigend: Zwar scheint die Selbstwirksamkeit der Patienten leicht verbessert, aber die selbsteingeschätzte Gesundheit veränderte sich nicht, und auch die Anzahl Arztbesuche und Spitalaufenthalte wurden nicht beeinflusst. Leicht besser schneiden Patientenschulungen durch Gesundheitsfachleute ab. Dies kann daran liegen, dass sie sich vermehrt an Patientengruppen mit höherem Risiko wenden und oft von Bewegungsprogrammen begleitet werden. (bc)

Quelle: Chris Griffith et al.: How effective are expert patient (lay led) education programmes for chronic disease? In: British Medical Journal 2007; 334: 1254–1256. 16. Juni.

Coiffeure senken den Blutdruck

Haare schneiden und Blutdruck messen, dies haben sechs schwarze Coiffeure in einem Experiment in den USA bei Ihrer ebenfalls schwarzen Kundschaft gemacht, insge-

Schwerpunktthema: Arbeitsunfähigkeit und Wiedereingliederung

Definition von Arbeitsunfähigkeit

Reintegration psychisch Kranker

Die Rolle der Arbeitgeber

Interview mit ehemals Arbeitsunfähigen

Reintegration als Verhandlungsprozess

Der Beitrag der Hausärzte

Die erste deutsche Patientenuniversität
Familienzentrierte Pflege

Erscheint am 19. Oktober 2007

samt 8953 Messungen kamen zustande. Falls nötig, gaben die Coiffeure auch Empfehlungen zum Blutdruck ab. Mit Erfolg, wie eine Machbarkeitsstudie zeigt: Der Bluthochdruck sank bei den Coiffeurkunden mehr als bei einer Vergleichsgruppe, die von medizinisch ausgebildetem Personal betreut wurde. Fazit der Autoren: Das «peer-based health messaging» funktioniert gut; Coiffeurläden für und von Schwarzen können für bevölkerungsgruppenspezifische Gesundheitsprogramme gegen Bluthochdruck geeignet sein. (bc)

Quelle: Paul L. Hess et al: Barbershops as Hypertension Detection, Referral, and Follow-Up Centers for Black Men. In: Hypertension, 2007; 49:1040.

Gesundheitsnetz Stadt Zürich

Die Kontinuität der Versorgung dadurch sicherstellen, dass stationäre staatliche Angebote und private ambulante Dienste besser ineinandergreifen. Dies ist die Strategie 2025 des Gesundheits- und Umweltschutzdepartements der Stadt Zürich. Erste konkrete Projekte bestehen bereits: Im Stadtspital Waid soll eine von Hausärzten betriebene Notfallpraxis entstehen, was die Notfallstation des Spitals entlasten soll. Eine Privatpraxis im Quartier Albisrieden will einen 24-Stunden-Betrieb aufbauen. Und dem Spitexzentrum Zürich Nord soll ein Zentrum für integrierte Langzeitpflege angegliedert werden, damit Patienten möglichst lange selbstständig mit einer chronischen Krankheit zurechtkommen. (bc)

Quelle: Die Stadt Zürich knüpft an einem Gesundheitsnetz. Eine integrierte medizinische Versorgung für die alternde Gesellschaft als Ziel. In: Neue Zürcher Zeitung, 12. Juli 2007.

Disease Management in der Schweiz

Mascha Bethke, Jan von Overbeck

Grundprinzip des Disease Management

Disease Management (DM) optimiert durch die Integration verschiedener Massnahmen und Interventionen die Betreuung und Behandlung von Patienten. Die Grundidee des DM ist so alt wie die Medizin selbst (1). So ist die Tuberkulosebehandlung im Sanatorium zu Beginn des 20. Jahrhunderts mit ihren ineinandergreifenden Behandlungselementen bereits ein historisches Beispiel von DM. Es umfasst Gesundheitsförderung, Prävention, Diagnose, Behandlung, Rehabilitation und Langzeitbetreuung (2). Für jedes spezifische Programm ist die Gewichtung der einzelnen Komponenten unterschiedlich. Hunter und Fairfield (2) beschrieben drei wesentliche Komponenten von DM-Betreuungsprogrammen:

1. Eine Wissensbasis, welche die ökonomische Struktur der Krankheit quantifiziert und Richtlinien beinhaltet, die die verschiedenen zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten einschliesst.
2. Ein Behandlungskonzept ohne traditionelle Grenzen zwischen den medizinischen Spezialdisziplinen und Institutionen.
3. Ein kontinuierlicher Prozess, welcher Wissensbasis, Richtlinien und Anwendung stetig verbessert (3).

Auch wenn die Entwicklung des DM in den vergangenen Jahren in Richtung Kosteneinsparung (1) durch Optimierung der Betreuung vorangetrieben wurde, zeigt sich durch die zunehmende Erfahrung mit DM-Programmen, dass nun im Verlauf ein klares Umdenken stattgefunden hat. Die Qualitätsverbesserung der Betreuung ist hinsichtlich Lebensqualität, Morbidität und Mortalität in den Vordergrund gerückt. Optimierung und Suche nach Synergien in der Betreuung von Patienten sind in unserem hochspezialisierten medizinischen Umfeld dringend nötig, um Qualität und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens weiter zu verbessern und tragbar zu halten.

Beim DM muss unterschieden werden zwischen Programmen für Erkrankungen mit einem episodischen Verlauf (z.B.

Herzinsuffizienz und COPD) und solchen mit einem progressiven Verlauf (z.B. Hypertonie). Erfolgreiche DM-Programme erreichen bei episodischem Verlauf eine Verbesserung der Lebensqualität sowie eine Senkung der Hospitalisationsrate. Die Reduktion der Morbidität führt somit rasch zu Einsparungen. Bei progressiven Erkrankungen weisen DM-Programme im Gegensatz dazu häufig keine unmittelbare Kostenreduktion auf, sondern können sogar temporär eine Steigerung verursachen. Hypertonieprogramme zum Beispiel führen bei der Implementierung zu Kosten und weisen erst Jahre später Einsparungen auf (1), bedingt durch den langjährigen chronischen Verlauf der Hypertonie ohne rezidivierende akute Exazerbationen. Die alleinige Betrachtung der kurzfristigen Kosten ist also nicht ausschliesslich relevant. Die Beurteilung muss sich über den gesamten Krankheitsverlauf erstrecken, denn höhere Ausgaben zu Beginn der Hypertoniebetreuung können zu Qualitätsverbesserung und Gesamtkostenreduktion durch Verhindern von Spätkomplikationen führen. Die Schwierigkeiten bei der Einführung von DM bestehen also vor allem darin, dass es einer Langzeitperspektive bedarf, Resultate aber auf kurzfristige Gewinne und Verbesserungen fokussiert sind (2).

Der Patient steht mit einer sehr aktiven Rolle im Zentrum. Es zeigt sich, dass DM-Programme, welche Patientenschulung, Feedbackberichte oder Remindersysteme beinhalten,



eine signifikante Verbesserung der Einhaltung von Richtlinien der Anbieter aufweisen (4). Diese Programme fördern und unterstützen die Unabhängigkeit und Selbstbestimmung des Patienten und somit den Behandlungserfolg. Insbesondere die Patientenschulung ist ein elementarer Teil des DM (5).

Telemedizin ist ein Mittel, um Effizienz und Resultat des DM zu optimieren (6). Primär durch strukturierte Patiententelefonate und zunehmend auch durch den Einsatz von Telebiometrie und Videokonsultationen. Bei der Herzinsuffizienz werden Dekompensationen und Rehospitalisationen durch die frühzeitige Erfassung von Verschlechterungen der Symptome oder Messdaten (z.B. Gewicht) reduziert, die Lebensqualität verbessert, die Mortalität gesenkt und die Kosten eindeutig reduziert. Diabetes mellitus, Asthma, COPD und psychiatrische Erkrankungen, aber auch Hypertonie sind weitere chronische Erkrankungen, deren Behandlung durch DM einen verbesserten klinischen Verlauf aufweisen, verbunden mit einer klaren Optimierung des Nutzen-Kosten-Verhältnisses.

Disease Management im Ausland im Vergleich mit der Schweiz

In den USA werden bereits Hunderte von verschiedenen DM-Programmen durchgeführt (1). Einerseits von auf Primärversorgung basierenden Managed-Care-Organisationen (MCOs) und andererseits von kommerziellen Anbietern wie Pharma- oder externen Dienstleistungsunternehmen. Arbeitgeber und Gesundheitspläne können ihre DM-Funktion an diese abgeben (7). Resultate von Studien über DM aus den USA, England oder den Beneluxstaaten sind aber insbesondere für komplexe Betreuungsnetze nur beschränkt auf die Schweiz übertragbar (8). Hier zeichnet sich die zentrale Stellung des Hausarztes im dichten Netz kompetenter Grundversorger aus (8). Ausserdem schliesst das Schweizer Gesundheitssystem eine direkte Patientenrekrutierung durch DM-Anbieter aus Gründen des Datenschutzes aus, und die Vergütung der ambulanten DM-Leistungserbringer ist kaum bis gar nicht abrechenbar, da sie nicht vollumfänglich im Tarmed-Tariffsystem verankert ist.

Im Schweizer Gesundheitssystem kann – nach Anpassung der Prozesse ausländischer Anbieter – das Konzept des Disease Managements jedoch implementiert werden, insbesondere um für chronisch Kranke die Behandlungsstrategien zu optimieren, die Betreuung zu verbessern und somit die Gesundheitsausgaben optimal zu nutzen.

Kontakt:

Mascha Bethke

Stv. Oberärztin

Disease Management

mascha.bethke@medgate.ch

Referenzen:

1. Bodenheimer T. N Engl J Med 1999; 340(15): 1202–1205.
2. Hunter D. et al. BMJ 1997; 315: 50–53.
3. Delby V. Int J Health Care Quality Assurance 1996; 9(2): 4–8.
4. Weingarten S. et al. BMJ 2002; 325(7370): 1–8.
5. Strömberg A. Eur J Heart Failure 2005;7: 363–369.
6. Clark R. et al. BMJ 2007; ONLINE FIRST.
7. Geyman J. Ann. of Fam Med 2007; 5: 257–260.
8. Buser P. et al. SÄZ 2006; 87(45): 1943–1952.



Mascha Bethke, Stv. Oberärztin
Disease Management



Jan von Overbeck
Chief Medical Officer

Strategie eHealth: Absichtserklärung mit einer Prise Etatismus

Helsana ist mit der nationalen Strategie eHealth, die der Bundesrat beschlossen hat, nicht sehr glücklich. Die Strategie weist erhebliche Mängel auf und muss gemeinsam mit den Partnern im Gesundheitswesen weiterentwickelt werden. Eine erfolgreiche Umsetzung hängt entscheidend davon ab.

Der Bundesrat möchte den integrierten Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien zur Gestaltung, Unterstützung und Vernetzung aller Prozesse und Teilnehmer im Gesundheitswesen verbessern. Dazu hat er Juni 2007 die nationale Strategie eHealth verabschiedet. Die Effizienz im Gesundheitswesen soll erhöht, Qualität und Sicherheit sollen verbessert werden. Es soll aber auch ein Dienstleistungssektor entstehen; eHealth soll zu einem Wirtschaftsfaktor werden.

Einige Probleme zu lösen

Beim Thema eHealth liegt jedoch einiges im Argen. Wenn eHealth funktionieren soll, muss sie von den Versicherten, Leistungserbringern, Versicherern und anderen betroffenen Partnern akzeptiert werden. Da gibt es doch noch einiges zu tun. Bis heute ist eHealth eine Alleinveranstaltung von Bund und Kantonen. Bis Ende 2007 wollen sich Bund und Kantone aber erst einmal selbst koordinieren. Ein nationales Koordinationsorgan soll gebildet werden.

Teurer Leerlauf droht

Mit eHealth werden viele Hoffnungen verbunden. Bestes Beispiel ist das obligatorische elektronische Patientendossier: Es soll die einrichtungsübergreifende, umfassende und konsolidierte Ablage der Patientendokumente ermöglichen. Ob das machbar ist, muss genau geprüft werden; die Widerstände sind gross. Ohne die notwendige Akzeptanz wird nur ein teures Dossiersystem geschaffen, das nicht genutzt wird. Das elektronische Patientendossier darf nicht von oben herab verordnet werden, sondern muss innerhalb geregelter Vorgaben von unten wachsen können.

Finanzierung nicht geklärt

Ausländische Erfahrungen zeigen, dass die Nutzenpotenziale häufig überschätzt, die Kostenfolgen hingegen unterschätzt werden. Zu Kosten und Nutzen findet sich in der Strategie eHealth wenig bis nichts.

Natürlich sind beide Grössen zum heutigen Zeitpunkt schwer abschätzbar. Trotzdem ist eine vertiefte Kosten-Nutzen-Analyse zwingend durchzuführen. Solange für das Gesundheitswesen der konkrete Nutzen eines eHealth-Projekts nicht belegt ist, dürfen auch keine Kosten entstehen.

Zu den ganzen Finanzierungsfragen findet sich in der Strategie eine knappe Seite. Das Thema wird vorwiegend im Kontext der Leistungsvergütung diskutiert. Man darf also davon ausgehen, dass vornehmlich die Grundversicherung herangezogen werden soll. Dies ist nicht akzeptabel: Wenn Bund und Kantone in diesem Bereich Strukturen schaffen und damit auch noch Wirtschaftsförderung betreiben wollen, haben sie auch die Finanzierung zu übernehmen.

Zweifel an der Zuständigkeit

Es ist zu bezweifeln, dass Bund und Kantone momentan die Kompetenzen haben, bei eHealth aktiv zu sein. Der Bund hat in der Gesundheitsversorgung nur wenig Befugnisse, die Kantone sind für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung zuständig. Daraus aber einen derart umfassenden eHealth-Auftrag ableiten zu wollen, geht zu weit.

Bund und Kantone wollen die Führung im Bereich eHealth übernehmen. Die Strategie weist aber erhebliche Mängel auf und ist zum Teil so unbestimmt, dass sie eher einer Absichtserklärung gleicht. Zudem soll alles en détail geregelt werden, wo doch Rahmenbedingungen und verbindliche Standards völlig ausreichen. Es drängt sich der Eindruck auf, dass hier ein bisschen viel an Staat herumwerkelt.

Wolfram Strüwe
Gesundheitsökonomie
Helsana Versicherungen AG
Postfach
8081 Zürich
Telefon 043-340 68 87
wolfram.struwe@helsana.ch

HELsANA
gesunde Ideen

Auf dem Weg in die digitale Zukunft

Spitäler müssen wirtschaftlich arbeiten, sich eng an den Bedürfnissen ihrer Patientinnen und Patienten orientieren und sich in ihrer Leistungserbringung zu anderen differenzieren, um im Wettbewerb zu bestehen.

Strukturumbau ist die Herausforderung

Der enorme Kostendruck der letzten Jahre wurde vor allem dadurch kompensiert, in dem die Prozesse innerhalb der Bereiche für sich optimiert wurden. Mit dem Einsatz von IT-Systemen der zweiten Generation, wie z.B. klassischen Klinik-, Radiologie- oder Labor-Informationssystemen, wurde versucht, die immer komplexeren Anforderungen zu meistern. Die Folge dieser Strukturoptimierung (siehe Abb.1) sind heute heterogene Systemlandschaften, ineffiziente Abläufe zwischen den Kliniken, Doppelersassungen sowie ein stetig steigender Organisations- und Integrationsaufwand, um die Systeme am Leben zu halten. Gleichzeitig nimmt die horizontale Datenverfügbarkeit ab. Eine der grössten Herausforderungen wird aus diesem Grund der Strukturumbau von der bereichsorientierten hin zu einer ablauforientierten Organisation.

Unterstützung im Strukturumbau

Der Schlüssel zum Erfolg ist eine auf den Patienten ausgerichtete, ablauforientierte Versorgung: hoch effizient und mit den effektivsten Prozessen (siehe Abb.2). Insbesondere Innovationen in Diagnose- und Therapietechnologien, wie z.B. die Molekularmedizin und modernste Informationstechnologie, werden dabei eine Schlüsselrolle einnehmen. Eine effiziente und akkurate Diagnosestellung für eine schnelle Triage und Behandlungsentscheidung, die Kooperation in neuen Vertragsmodellen mit Kostenträgern und die notwendige Erhöhung der Therapietreue des Patienten stellen zentrale Themen im Veränderungsprozess des Gesundheitswesens dar, der sich in folgenden Thesen widerspiegelt:

- Die Komplexität und der Wettbewerb nehmen für die Akteure im Schweizer Gesundheitswesen zu.
- Der Umgang mit der Komplexität und dem steigenden Wettbewerb unter den Akteuren wird einen bereits begonnen Strukturumbau vom akteurzentrierten in ein ablauforientiertes Gesundheitswesen verstärken.
- Das Beherrschen und der nutzbringende Einsatz von Technologie und Innovation werden in der steigenden Komplexität und im Wettbewerb ein zentraler Erfolgsfaktor und die Basis für ein Differenzierungspotenzial sein.

Ein zentraler Baustein im Umbau der Strukturen wird der konsequente Einsatz von Software der dritten Generation sein. Basierend auf einer integrationsfähigen Architektur mit einer flexiblen Workflow- und Rule-Engine können patientenorientierte Abläufe modelliert und optimiert werden. Die Einbindung bewährter Applikationen aus der bestehenden heterogenen IT-Landschaft und ergänzt mit neuen Technologien und Funktionen steht dabei aus zwei Gründen im Zentrum des Lösungsentwurfs:

1. Investitionsschutz: Evolution statt Revolution
2. Kontinuität bedeutet Sicherheit: Etablierte Abläufe dürfen nur sehr behutsam verändert werden.

Aus diesen zwei Grundsätzen und dem schrittweisen Integrieren bestehender Applikationen, ergänzt mit Funktionalitäten von Lösungen der dritten Generation, lässt sich folgender Grundsatz formulieren:

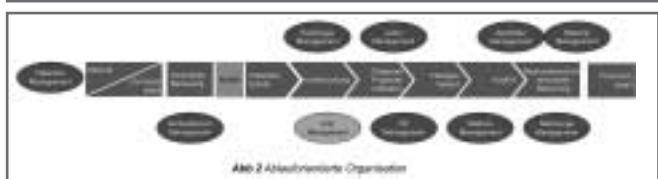
Schneller Nutzen und Akzeptanz schafft Erfolg für eine nachhaltige Neuausrichtung

Mit diesem Vorgehen können Schritt für Schritt Doppelersassungen durch horizontale Datenvernetzung vermieden, eine übergreifende und sichere Auswertung für bessere Kennzahlen sowie gezielte Forschung und Lehre und eine für den Patienten spürbare Verbesserung des gesamten Versorgungsprozesses erreicht werden. Und im Projekt wird durch das konsequente Einbinden von bestehenden Funktionalitäten und bereits erarbeiteten Konzepten die Akzeptanz der Anwender gefördert.

Wie könnte das Spital der Zukunft aussehen?

Zwar ist der Weg zu einem digitalen Spital, in dem alle Prozesse integriert sind, noch lang. Doch wer sich im steigenden Wettbewerb nicht rechtzeitig positioniert und differenziert und keine Kooperationen sucht, wird die steigende Komplexität des Gesundheitswesens immer weniger beherrschen können. Eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit, unterstützt durch modernste Technik, wird der Erfolgsfaktor der Zukunft sein.

Siemens Schweiz AG
 Andreas Walter
 Leiter Sektor Healthcare
 Freilagerstrasse 40
 8047 Zürich
 Tel: 0585 584 564
 E-Mail: andreas.a.walter@siemens.com



Sanacare Winterthur erhält als erste Managed-Care-Organisation das neue SQS-Label Good Medical Practice

Die Schweizerische Vereinigung für Qualitäts- und Management-Systeme SQS prüft für ihr neues Label «Good Medical Practice» wie gut Arztpraxen ihre Patientinnen und Patienten medizinisch versorgen. Als Pionierin hat nun Sanacare ihre sieben HMO-Praxen sowie den Hauptsitz in Winterthur durch die SQS prüfen lassen.

Sanacare und ihre HMO-Praxen erfüllen Grundsätze des Qualitätsmanagements

Auch im Gesundheitswesen gilt: Wer Prozesse kontinuierlich verbessern, Kosten stabilisieren und die Ergebnisqualität steigern will, braucht ein prozessorientiertes Qualitätsmanagement. In ihren strengen Audits sind die SQS-Experten zum Schluss gekommen, dass Sanacare sowie alle HMO-Praxen patientenorientiert arbeiten, zielorientiert führen, Mitarbeitende einbeziehen, prozessorientiert denken und lenken, systemorientiert strukturieren, kontinuierlich verbessern, sachbezogen entscheiden sowie partnerschaftlich mit Lieferanten arbeiten. Damit gewährleisten sie die acht Grundsätze des Qualitätsmanagements. Für das Label «Good Medical Practice», das auf internationale Stan-

dards aufbaut, müssen zudem alle Prozesse dokumentiert sein. Zu diesem Zweck führen die HMO-Praxen in Bern, Luzern, St. Gallen und Zürich ein Praxishandbuch sowie ein strukturiertes, praxisorientiertes Intranet, um direkt auf alle relevanten Informationen und Prozesse, Verantwortlichkeiten und Richtlinien zugreifen zu können. Mit der Zertifizierung gehören die sieben HMO-Praxen zu den wenigen Arztpraxen in der Schweiz, welche die Forderung des Krankenversicherungsgesetzes KVG von 1996 nach Qualität belegbar erfüllen.

Weitere Informationen:
 Sanacare AG
 Rolf Gabriel
 Lagerhausstrasse 11
 Postfach 2371
 8401 Winterthur
 Tel. 052-264 04 04
 Fax 052-264 04 40
 rolf.gabriel@sanacare.ch



Nationale elektronische Patientenakte: Viele treten auf der Stelle, die Niederlande sind schon fast am Ziel

Die Auseinandersetzung um eine nationale elektronische Patientenakte (ePA) ist in vielen europäischen Ländern ins Stocken geraten. Besser sieht es dagegen in den Niederlanden aus: Der Durchbruch kam mit der staatlich gegründeten Stiftung «The Dutch National IT Institute for Healthcare» (NICTIZ). In ihr sind die unterschiedlichen Interessengruppen des Gesundheitswesens wie auch der IT-Branche vereint. Ende 2005 fiel die Entscheidung, die Grundvoraussetzung für eine zukünftige nationale ePA anzugehen und ein Projekt zur Schaffung einer nationalen IT-Infrastruktur auszuschreiben. Die gemeinsam entwickelten Guidelines legten fest, dass die Patientendaten verteilt aus den vorhandenen Applikationen der einzelnen Leistungserbringer abgefragt werden sollten. Den dazu benötigten Information-Hub, der die Funktion einer Search Engine erfüllt, durfte InterSystems mit Unterstützung von CSC entwickeln. In lediglich drei Monaten entstand der sogenannte «National Switching Point». Die darin eingesetzte Technologie von InterSystems verbindet die heterogenen Applikationen und orchestriert darüber hinaus die Geschäftsprozesse der nationalen ePA. «Die wesentliche Anforderung war, dass sämtliche Akteure des holländischen Gesundheitswesens Daten rasch und vor allem sicher elektronisch austauschen können», erläutert Volker

Hofmann, Manager Healthcare bei InterSystems. Die schnelle Integrationsplattform von InterSystems und ein komplexes Authentifizierungsverfahren in Verbindung mit einer digitalen Kennkarte für Leistungserbringer gewährleisten dies. Mittlerweile sind landesweit bereits über fünf Prozent der Praxen, Krankenhäuser, Apotheken und Krankenkassen an den Hub angeschlossen, und der erste Kernprozess des eRezepts läuft im Routinebetrieb. «Unsere Technologie integriert schon viele Funktionalitäten für die Umsetzung einer nationalen ePA, ist aber noch sehr flexibel. Daher konnten wir schnell ein Ergebnis liefern», freut sich Hofmann. «Die NICTIZ hat anderen Ländern den Weg aus der Misere beherzt vorgezeichnet.»

Autor: Katja Spaniol, freie Autorin

Kontakt: www.intersystems.ch

Auf der ehealthcare.ch am 27./28. September in Nottwil ist InterSystems am Stand des internationalen Technologie-Dienstleisters EDS vertreten und erläutert seine Technologien für das Gesundheitswesen. Die beiden Unternehmen haben kürzlich eine Partnerschaft für den Healthcare-Sektor abgeschlossen.