



# managed care

7/8 • 2005  
18. November

## Gender Health

Frauen und Herzinfarkt

Asthma: Unterschiede in Diagnose und Versorgung?

Gender und der Konsum von psychoaktiven Substanzen

Gesundheitskosten und Geschlecht

Die Pflege – eine Herausforderung für die Gesundheitsökonomie

Kommunikation in der Sprechstunde

Rheuma: vergleichende Forschung mit Defiziten

[www.forummanagedcare.ch](http://www.forummanagedcare.ch)  
[www.tellmed.ch](http://www.tellmed.ch)

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

# Die komplexen Zusammenhänge von Geschlecht und Gesundheit

**Elisabeth Zemp Stutz**

Geschlecht und Gesundheit sind mehrdimensionale Phänomene: Sie enthalten gleichzeitig körperliche, psychische und soziokulturelle Komponenten. Das ist uns für den Begriff «Gesundheit» vertraut – weniger jedoch für den Begriff «Geschlecht». Mit Gender wird die begriffliche Ausweitung von Geschlecht als nicht nur körperliches, sondern auch soziokulturelles und psychisches Geschehen bezeichnet. Gender schliesst Prozesse auf verschiedenen Ebenen ein, so

- Identitätsentwicklungen
- Kognitionsprozesse, Wahrnehmungs- und Interpretationsmuster, Wertzuschreibungen
- die Verhaltensebene
- das Beziehungsgeschehen (auf individueller und gesellschaftlicher Ebene)
- gesellschaftlich-strukturelle Aspekte (Arbeitsteilung, Ressourcen, gesetzliche Regelungen)
- die symbolischen Ebene (Vorstellungen und Darstellungen von Männlichkeit und Weiblichkeit).

So ist denn auch das Gesundheits- und Krankheitsmuster von Männern und Frauen nicht nur durch körperliche Unterschiede bedingt, sondern auch durch einen unterschiedlichen Umgang mit Gesundheit, durch unterschiedliche Lebensstile, unterschiedliche Gesundheits- und Hilfesuche-Verhalten, unterschiedliche Ressourcen und Belastungen – und auch durch Unterschiede in der gesundheitlichen Betreuung.

Auch in der Gesundheitsversorgung spielt – neben anderen Faktoren – der Umgang mit Geschlecht eine Rolle. Das geschieht über direkte Steuerungsmittel wie Prämien, Finanzierungsregelungen, Organisation von bezahlter und unbezahlter Pflege. Es geschieht aber

auch über subtilere Mechanismen: geschlechtergeprägte Kognitions- und Interpretationsprozesse, die uns dann wieder als Phänomene der Medikalisierung oder eines geschlechtergeprägten diagnostischen Labellings begegnen.

Die Fehl-, Unter- oder Überversorgung als mögliche Folgen können die Qualität der gesundheitlichen Versorgung beeinträchtigen. Um dies zu vermeiden, müsste eine Kultur des «second gender look» etabliert werden: Ein routinemässiges Bedenken, ob sich – inadäquaterweise – Gender-Aspekte bei der Diagnosestellung oder bei therapeutischen Entscheidungen eingeschlichen haben.

Die Beiträge dieser Ausgabe thematisieren solche Zusammenhänge in ausgewählten Bereichen. Das Spektrum reicht von Herzinfarktbehandlung über Asthmadiagnose bei Kindern bis hin zu Medikamentengebrauch und Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Dabei weisen einige Artikel deutlich darauf hin, dass es noch viele ungelöste Fragen gibt. Die Beiträge zu diesem Schwerpunktthema stammen ausnahmslos von Autorinnen, trotz etlicher Anfragen auch an Autoren. Dabei wäre bei der Erforschung von Gender-Gesundheitsfragen eine ausgeglichene Gender-Balance höchst willkommen!



Elisabeth Zemp Stutz

**PD. Dr. med. MPH Elisabeth Zemp Stutz**

Leiterin der Abteilung  
Frauen, Geschlecht und Gesundheit  
Institut für Sozial- und Präventivmedizin  
der Universität Basel  
E-Mail: [elisabeth.zemp@unibas.ch](mailto:elisabeth.zemp@unibas.ch)

SCHWERPUNKTTHEMA:  
GENDER HEALTH

- 7** ..... **Frauen und Herzinfarkt**  
 Dragana Radovanovic  
 Koronare Herzkrankheiten sind die häufigste Todesursache bei Frauen in Europa. Trotzdem werden sie als «Männerkrankheit» angesehen. Bewusstseinsförderung in der Bevölkerung ist nur eine von mehreren Strategien, um die Situation von Herz-Patientinnen zu verbessern.
- 11** ..... **Asthma bei Knaben und Mädchen: Unterschiede in Diagnose und Versorgung?**  
 Claudia E. Kuehni  
 Die Verwendung von standardisierten Mittelwerten bei der Diagnose «Asthma» im Kindesalter kann irreführend sein und wichtige Unterschiede verschleiern. Notwendig sind deshalb vermehrt qualitative Studien.
- 13** ..... **Gender und der Konsum von Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmitteln**  
 Maryvonne Gognalons-Nicolet, Anne Bardet Blochet  
 Frauen konsumieren mehr psychoaktive Medikamente als Männer. Ob es daran liegt, dass Frauen mehr Medikamente benötigen oder dass Frauen über- und Männer unterversorgt sind?
- 17** ..... **Gesundheitskosten und Geschlecht in der Schweiz**  
 Paola Coda Berteau, Isabelle Sturny, Elisabeth Zemp Stutz  
 In der Gegenüberstellung von Frauen- und Männergesundheitskosten werden Frauen benachteiligt: Sie erbringen unentgeltlich Leistungen, welche die Gesundheitskosten der Männer entlasten, und wenn sie im Alter selbst pflegebedürftig sind, können sie weniger auf diese Leistungen zurückgreifen, was die Kosten ansteigen lässt.
- 20** ..... **Die Pflege – eine Herausforderung für die Gesundheitsökonomie**  
 Mascha Madörin  
 Elementare Pflege- und Versorgungsleistungen gehören nicht oder nur zu einem geringen Teil zu den Grundleistungen der Krankenkassen. Was hinter dieser Regelung steckt, hat eine Ökonomin untersucht.
- 22** ..... **Kommunikation in der Sprechstunde**  
 Marianne Schmid Mast, Claudia Dietz  
 Das Geschlecht des Arztes beeinflusst nicht nur sein oder ihr eigenes Verhalten, sondern auch das des Patienten, der ihm/ihr gegenüber sitzt. Das gilt aber auch umgekehrt.
- 25** ..... **Rheuma: vergleichende Forschung mit Defiziten**  
 Ruth Deck  
 Obwohl seit einiger Zeit die Bedeutung geschlechtsspezifischer Gesundheitsforschung betont wird, weist eine systematische vergleichende Forschung auch im rheumatischen Bereich noch deutliche Defizite auf.

PFLEGEFINANZIERUNG

- 29** ..... **Reformstau: Ohne Anreize spart niemand**  
 Stephanie Wyler  
 Die Dynamik der Krankenkassenprämien lässt sich zu einem wesentlichen Teil auf die Pflegekosten zurückführen. Die Pflegefinanzierung muss deshalb neu überdacht und geplant werden.

SEITE DER PFLEGE

- 32** ..... **Funktionierende Partnerschaft mit zwei Gewinnern**  
 Rebecca Spirig  
 Veränderungen im Pflegeberuf und neue Herausforderungen wie mehr hochbetagte und chronisch-krankte Patienten erfordern, dass sich die Pflege als Disziplin neu ausrichtet.

INTEGRIERTE VERSORGUNG

- 34** ..... **Integrierte, videobasierte Parkinson-Versorgung**  
 Hans-R. Hartweg  
 In Deutschland werden Parkinson-Patienten anstatt im Spital per Video im häuslichen Umfeld beobachtet. Damit sollen eine bessere Versorgung und weniger Hospitalisationen möglich sein.

VERANSTALTUNGSBERICHT

**39** ..... **Qualität sichern, aber mit welchen Mitteln?**

Karin Diodà  
Bericht vom 2. Schweizerischen Kongress für Gesundheits- und Pharmaökonomie in Bern, 22. Juni 2005.

RUBRIKEN

**5** ..... **Forum Managed Care**

Symposium 2006 (Vorschau)  
Managed-Care-Navigator

**28** ..... **Kolumne**

«Am wichtigsten ist die medizinische Qualität» – von Erika Ziltener, Präsidentin Verein Patientenstelle Zürich und Dachverband Schweizerischer Patientenstellen

**37** ..... **Buchbesprechung**

Einmal Rente – immer Rente!

**42** ..... **Resonanz**

Nur Kantone am Sparen interessiert • Ganz normale Einkäufer • Fast jedes 3. Kind per Kaiserschnitt • Wenigstens den eigenen Bedarf decken • Wer kann ein Spital führen? • Den Versicherten den Durchblick ermöglichen • Freiberufliche Strukturen für die Pflege

**43/44** ..... **Buchhinweise**

- Krankheitsausfälle vermeiden – ein Leitfaden für Betriebe
- Ökonomie in Sorgesituationen

**45** ..... **Veranstaltungskalender**

Veranstaltungen/Weiter- und Fortbildung

**48** ..... **In Kürze**

Statt IV wieder eine Arbeitsstelle • Die Versicherten hätten gern den Fünfer und ds Weggli • Mangelnde Mobilität • Deutschland: zu wenig Medikamente für schwache Herzen ••• Vorschau: Psychische Gesundheit

# managed care

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

**Verlag:**

Rosenfluh Publikationen AG  
Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen

**Redaktioneller Beirat:**

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

**\* Ausschuss des Redaktionellen Beirats**

**Betreuung des Schwerpunktthemas:**

Elisabeth Zemp Stutz

**Redaktion:**

Karin Diodà (*kd*), Brigitte Casanova (*bc*)  
und Rita Schnetzler (*rs*)  
Stampfenbrunnenstrasse 40, 8048 Zürich  
Telefon und Fax 044-431 73 56  
E-Mails: b.casanova@rosenfluh.ch  
r.schnetzler@rosenfluh.ch

**Redaktionssekretariat:**

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

**Anzeigenregie:**

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

**Anzeigenverkauf:**

Doris Meier  
Burketstrasse 3  
8556 Lamperswil  
Telefon 052-770 01 54, 079-621 96 12.  
E-Mail: doris.meier@rosenfluh.ch

**DTP und Layout:**

Rosenfluh Publikationen AG, Regina Hauser

**Druck:**

stamm+co. Grafisches Unternehmen  
8226 Schleithelm

**Abonnemente, Adressänderungen:**

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

**Abonnementspreise:**

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

Einzelheft-Bestellungen bitte an das  
Redaktionssekretariat

Diese Zeitschrift wird im  
EMBASE/Excerpta Medica indiziert.

9. Jahrgang; ISSN 1422-6618

**© Copyright by Rosenfluh  
Publikationen Neuhausen**

Managed Care und MCCM sind eingetragene  
Marken.  
Nachdruck nur mit Genehmigung des Verlags.  
Für unaufgefordert eingehende Manuskripte  
übernimmt der Verlag keine Verantwortung.



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



**SYMPOSIUM FORUM MANAGED CARE 2006:**

## **CALL FOR ABSTRACTS**

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

Zürich, World Trade Center, 14. Juni 2006

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

Welche Instrumente bewähren sich, um die ambulant-stationären Schnittstellen in Nahtstellen zu verwandeln? Welche Strukturen, welche Anreizsysteme sind nötig, um inadäquate Hospitalisationen zu vermeiden?

Diesen Fragen ist das nächste Forum Managed Care Symposium vom 14. Juni 2006 gewidmet.

Am Vormittag werden bekannte Experten aus dem In- und Ausland Erwartungen und Lösungsansätze aus verschiedenen Perspektiven präsentieren. Am Nachmittag bieten interaktive Workshops die Gelegenheit, eigene Erfahrungen und Konzepte zur Diskussion zu stellen und gemeinsam Lösungen zu erarbeiten. Neu können parallel dazu Managed Care Wissen in unseren „Educational Workshops“ erworben sowie in einer Projektpräsentation ein Überblick über aktuelle Studien und Projekte zur integrierten Steuerung der Behandlungsprozesse gewonnen werden.



### **PROGRAMMÜBERSICHT**

<b>Vormittag</b>	<p>Keynote Referate</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definitionen, Formen und Erfolgsfaktoren zu integrierter Versorgung</li> <li>• Erwartungen, Defizite und Lösungsansätze aus der Perspektive der Patienten, der Versicherer und der Leistungserbringer</li> <li>• Gesetzliche Rahmenbedingungen und Anreizsysteme für ambulant-stationäre Prozessoptimierung</li> </ul>
<b>Nachmittag</b>	<p>Interaktive Workshops Educational Workshops Projektpräsentationen</p>
<b>Abend</b>	<p>Schlussdiskussion Apéro und Managed Care Networking Dinner</p>



**CALL FOR ABSTRACTS: Laufende oder abgeschlossene Studien und Projekte mit Fokus auf eine institutionsübergreifende Optimierung der Betreuungsprozesse können bis zum 28. Februar 2006 eingereicht werden. Die Eingabe erfolgt online über [www.forummanagedcare.ch](http://www.forummanagedcare.ch). Sämtliche Abstracts werden in der Symposiumausgabe der Managed Care Zeitschrift publiziert. Eine Auswahl wird für die Projektpräsentationen am Nachmittag des Symposiums (15 minütiges Kurzreferat) eingeladen werden.**

### **VERANSTALTER**

Veranstaltet wird das Symposium vom Verein Forum Managed Care. Dieser will mit der Förderung von Managed Care einen positiven Beitrag zur Gesundheitsversorgung in der Schweiz leisten.

### **INFORMATION / ANMELDUNG**

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

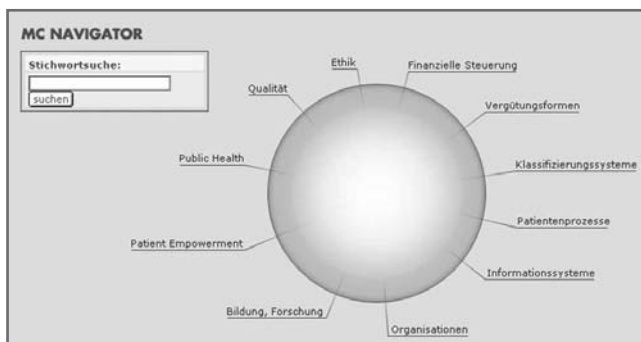
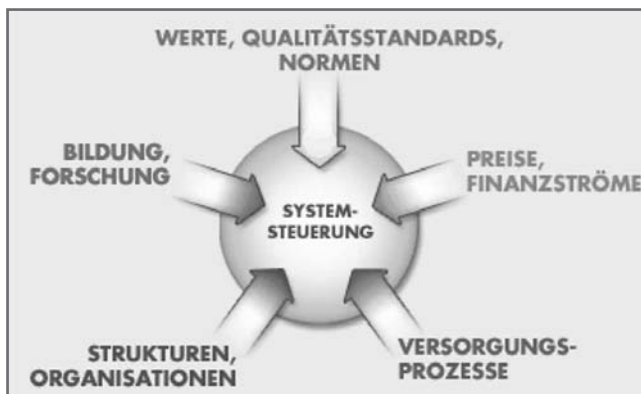
### **ORGANISATION**

MKR Consulting AG,  
Marketing- und  
Kommunikationsberatung,  
Telefon 031 350 40 55,  
[franziska.goldinger@mkr.ch](mailto:franziska.goldinger@mkr.ch)

# Managed-Care-Navigator

Wissen und Know-how lässt sich heute weniger denn je in starren Lexika finden, denn Wissen setzt sich stetig mit seiner eigenen Entwicklung sowie jener des Umfeldes auseinander. Es findet seine Bedeutung durch Vernetztheit und Integration. Es geht somit nicht um «systematisches» Suchen und Finden von Informationen, sondern um Orientierung in vernetzten Wissenssystemen. Managed Care heisst integrierte Gesundheitsversorgung und will das Zusammenspiel unterschiedlicher Akteure in unterschiedlichen Prozessen und Organisationen innerhalb definierter Werte und Qualitätsnormen gestalten und steuern: Schnittstellen sollen zu Nahtstellen werden und fragmentierte Versorgungsbereiche zu einem integralen Gesundheitssystem.

Der Managed-Care-Navigator ist keine systematische Auflistung von isolierten Konzepten und Instrumenten. Der Navigator will der Vernetztheit von Managed Care durch seinen assoziativen Aufbau gerecht werden.



Der Navigator will Informationen zu allen relevanten Managed-Care-Themen zur Verfügung stellen, auch für unterschiedliche Informationsbedürfnisse, unabhängig davon, ob Sie eine kurze Übersicht oder möglichst viel Text, einige Links im Internet oder die relevantesten wissenschaftlichen Studien suchen.

Zu den einzelnen Themen finden Sie

- eine kurze Beschreibung und Definition von Begriffen sowie eine Darstellung zu Bedeutung und Entwicklungsstand
- weiterführende allgemeine Literatur, beispielsweise Übersichtsartikel oder Monografien
- wesentliche Links zu verwandten Seiten im Internet und
- wissenschaftliche Studien, welche die Evidenz der entsprechenden Modelle oder Instrumente belegen. Aus Relevanzgründen sind hier nur so genannte systematische Reviews (SR), randomisierte kontrollierte Studien (RCT) oder Kohortenstudien aus Europa und der Schweiz berücksichtigt.

Der Managed-Care-Navigator versteht sich als offenes Gefäss, welches durch Ergänzungen und neue Verknüpfungen laufend weiter entwickelt wird. Das Forum Managed Care möchte daher alle Benutzer herzlich einladen, sich mit Anregungen und Ergänzungen bei unserem Redaktionsteam zu melden. Dieses wird neue Begriffe, Inhalte, Links oder Publikationen gerne prüfen und entscheidet dann, was aufgenommen wird.

Der Navigator ist öffentlich zugänglich und steht allen interessierten Personen zur Verfügung:

**[www.forummanagedcare.ch](http://www.forummanagedcare.ch)**

Wir laden Sie ein, den Navigator zu besuchen, und freuen uns auf Ihre Anregungen.

Der Vorstand

# Frauen und Herzinfarkt

**Koronare Herzkrankheiten sind die häufigste Todesursache bei europäischen Frauen. Sie treten bei Frauen (55%) häufiger als bei Männern (43%) auf und führen häufiger zum Tode als alle Krebsarten zusammen. Trotzdem wird dieses Krankheitsbild als «Männerkrankheit» angesehen.**

## Dragana Radovanovic

In einer Vielzahl von Studien wird darauf hingewiesen, dass Frauen mit akutem Herzinfarkt im Vergleich zu Männern anders behandelt werden [1–6] und die Prognose schlechter ist [7–13]. In der Schweiz sterben im Spital 13 Prozent der Frauen mit Herzinfarkt gegenüber 7 Prozent der Männer. Die Interpretation dieser Unterschiede ist schwierig und die Kontroverse vielfältig. Die zentrale Frage stellt sich, ob diese Unterschiede medizinisch erklärbar sind.

Um dieser Frage nachzugehen, stehen uns zahlreiche medizinische Fachartikel, sowie eigene Daten aus dem nationalen Herzinfarktregister der Schweiz – AMIS Plus (Akuter Myokard/Infarkt Schweiz) – zur Verfügung. Seit 1997 wurden aus 64 freiwillig teilnehmenden Spitälern insgesamt über 18 500 anonymisierte Patientendaten gesammelt. Dieses Datenmaterial ermöglicht uns, die

Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu analysieren und die Frage, ob auch in der Schweiz Frauen nach einem Herzinfarkt im Vergleich zu Männern unterschiedlich versorgt und therapiert werden, wenigstens in den Ansätzen zu beantworten.

### Was ist anders?

Zum Herzinfarkt kommt es, wenn sich an einer brüchig gewordenen Verkalkung und Verfettung (atherosklerotische Gebilde, so genannte Plaque) der Herzkranzarterien ein Gerinnsel bildet, das den Blutstrom ganz oder teilweise unterbricht. Ob schon hier die geschlechtsspezifischen Unterschiede vorhanden sind, konnte bis jetzt wissenschaftlich nicht schlüssig beantwortet werden [14–16]. Möglicherweise verändern sich die Gefässe bei Frauen anders als bei Männern [17].

Frauen mit Herzbeschwerden empfinden die Brustschmerzen anders als Männer [18] und die Diagnoseverfahren sind bei ihnen oft nicht aussagekräftig [19–21]. So ist zum Beispiel das Belastungs-EKG bei Frauen mit einer Sensitivität von nur 50–57 Prozent unzuverlässig [22]. Bei einem Teil der Frauen mit typischen Herzbeschwerden lassen sich mit dem Herzkatheter keine Engpässe in den Kranzarterien nachweisen.

Bei bis zu 40 Prozent der Frauen kündigen sich Herzinfarkte teilweise nicht mit den als klassisch geltenden Brustschmerzen an [23–25], sondern mit atypischen Symptomen. Frauen mit einem akuten Herzinfarkt kommen in der Schweiz zirka 80 Minuten später ins Spital als Männer, dabei verstreicht wertvolle Zeit. Die



Dragana Radovanovic

unterschiedliche Deutung der Symptome [26–28] und der Grund für die Verzögerung [29] sind noch nicht geklärt.

Frauen erleiden im Durchschnitt erst acht bis zehn Jahre später einen Herzinfarkt als Männer [30, 31]. Das durchschnittliche Alter beim akuten Herzinfarkt liegt bei Frauen in der Schweiz bei 71 Jahren und bei Männern bei 62 Jahren. Die jüngsten Patienten bei beiden Geschlechtern waren nur 22 Jahre alt (siehe *Abbildung 1*).

Das Risikoprofil ist nicht für beide Geschlechter identisch [32–35]. Die Patientinnen litten häufiger an Zuckerkrankheit [30, 31, 36] und hohem Blutdruck [23, 37], Männer jedoch hatten häufiger zu hohe Cholesterinwerte, Übergewicht und waren häufiger Raucher. Neue Forschungsergebnisse zeigen, dass diese Risikofaktoren nicht für beide Geschlechter gleich relevant sind: Die Zuckerkrankheit ist bei Frauen mit einem zwei- bis dreifach höheren Herzinfarkt assoziiert als bei Männern [38–41]. Das «schlechte Choles-

terin» (LDL) spielt bei Frauen eine geringere Rolle, dagegen aber eine grosse, falls niedrige Werte des «guten Cholesterin» vorliegen [42]. Rauchen setzt den Gefässen von Frauen deutlich mehr zu als denen von Männern. Weitere Risikofaktoren für einen Herzinfarkt (vor allem emotionale Belastungen) wurden bisher zu wenig untersucht, um deren Bedeutung und geschlechtsspezifische Relevanz einschätzen zu können.

### Strategien bei der Behandlung

Die evidenzbasierte Medizin wird immer wichtiger. Doch welche Therapie bei einem Herzinfarkt die beste ist, stellt sich als ein bewegliches Ziel dar. Die Behandlungen verändern sich laufend [43–46]. In der biomedizinischen Forschung allgemein und in vielen der gross angelegten Infarktstudien wurden fast ausschliesslich Männer eingeschlossen. Wissenschaftliche Erkenntnisse, die sich auf Beobachtungen bei Männern stützen, lassen sich aber nicht ohne Überprüfung auf Frauen übertragen.

Es ist noch nicht völlig klar, welche therapeutischen Strategien bei Männern und welche bei Frauen die meisten Vorteile aufweisen [11, 47–49]. Die Studienergebnisse sind oft widersprüchlich und nicht miteinander vergleichbar [49–51]. Frauen mit Herzinfarkt in der Schweiz bekamen praktisch die gleichen Medikamente wie Männer, lediglich Betablocker, Plättchenaggregationsinhibitoren und GPIIb/IIIa-Rezeptorenantagonisten wurden seltener verabreicht. Sobald man bei diesen Resultaten auch das Alter und die Begleiterkrankungen korrigiert, wird der Unterschied zwischen den Geschlechtern kleiner.

Frauen mit akutem Herzinfarkt erhalten seltener als Männer eine Reperfusionstherapie [3, 31, 52], die so genannte Thrombolyse (Infusion mit Blutgerinnsel-lösenden Medikamenten) wird bei 27 Prozent der Frauen gegenüber 33 Prozent der Männer durchgeführt. Die perkutane koronare Intervention (PCI), die Aufdehnung verengter Herzkranzarterien mit Ballonkathetern, ist heute als Therapie der Wahl nach Herzinfarkten anerkannt [52–56]. Frauen wer-

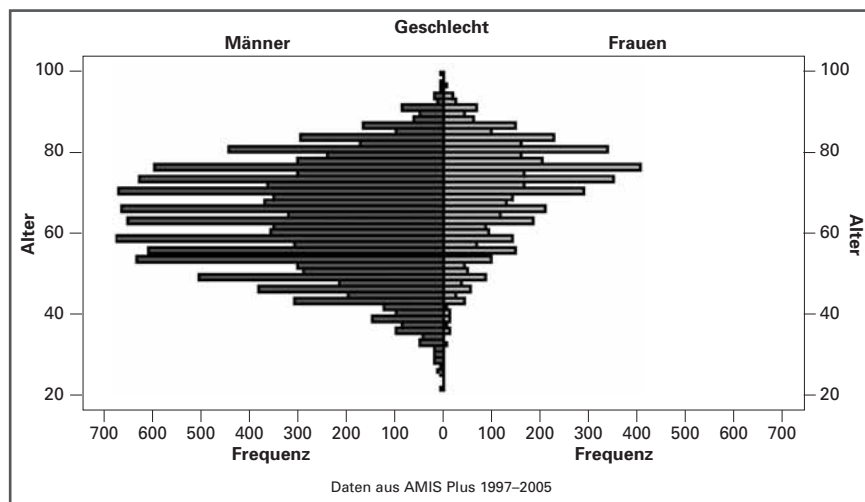


Abbildung 1: Populationspyramide der Herzinfarktpatienten

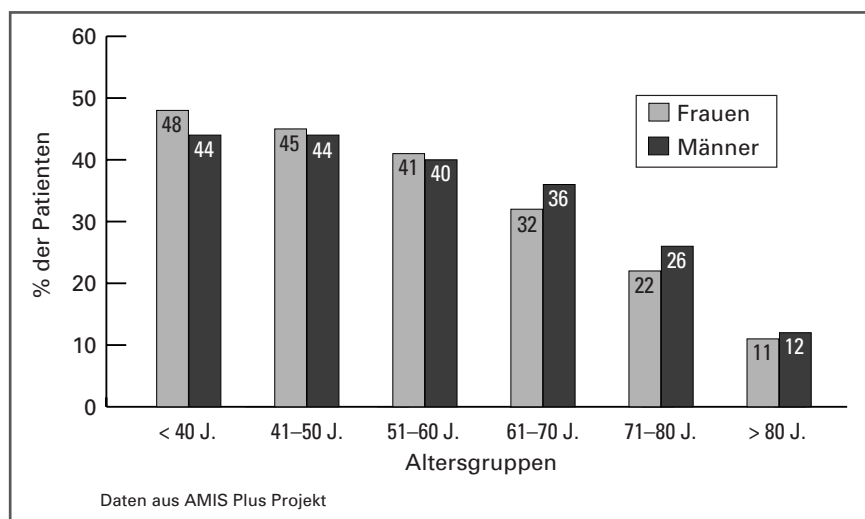


Abbildung 2: Perkutane koronare Intervention bei 10469 Patienten mit akutem Herzinfarkt

den diesem Prozedere insgesamt seltener unterzogen [57] (in der Schweiz 26% gegenüber 34%) [58]. Betrachtet man die verschiedenen Altersgruppen, ist dies vor allem bei den 60- bis 80-Jährigen zu sehen (Abbildung 2).

Frauen werden auch seltener zur Bypass-Chirurgie überwiesen, weil sie, nebst höherem Alter und oft nicht sicherer Diagnose, ein unproportional erhöhtes Risiko für diese Operationen aufweisen. Trotz der vorhandenen Unterschiede in der Therapie des akuten Herzinfarktes zwischen Frauen und Männern werden in der Schweiz diagnostische und therapeutische Massnahmen im Wesentlichen ohne Geschlechtsunterschiede in die Wege geleitet.

### Unterschiede zu wenig berücksichtigt

Die Unterschiede und Besonderheiten in der Männer- und Frauenmedizin werden allgemein in Forschung und Praxis zu wenig berücksichtigt. Aus der AMIS Plus Datenanalyse und aus meiner Sicht ist das weibliche Geschlecht per se kein unabhängiges Risiko für die schlechtere Prognose beim Herzinfarkt. Zu den Geschlechtsunterschieden trägt eine Anzahl verschiedenster Faktoren bei. Biologische Unterschiede sind tatsächlich vorhanden, aber das Ausmass ihres Einflusses auf Krankheitsentstehung, Präsentation und Ausprägung ist wissenschaftlich noch nicht vollständig geklärt. Neue Therapien werden bei Frauen immer

mit zeitlichem Verzug angewendet. Die Gründe dafür liegen beim fehlenden oder nur geringen Frauenanteil in klinischen Studien. Das daraus resultierende Manko betrifft Wissensgrundlagen, Unsicherheit bei der Medikamentendosierung, mögliche Komplikationen, technologische Voraussetzungen (kleinere Instrumentarien) und weiteres.

### Schlussfolgerungen

Um die Versorgung von Frauen mit Herzinfarkt zu optimieren, müssen mehrere Strategien parallel umgesetzt werden. Die Bewusstseinsförderung in der Bevölkerung, dass die häufigste Todesursache bei Frauen die Herz-Kreislaufkrankungen sind, gilt als erste Zielsetzung. Wichtig ist auch, dass die Fachleute in der Gesundheitsversorgung die Risikofaktoren, sowie die unterschiedliche klinische Präsentation dieser Erkrankungen bei Frauen besser verstehen und erkennen. Den Frauen müssen die herz- und gefässschädigenden Risikofaktoren bekannt sein und Wege aufgezeigt werden, diese zu vermeiden. Zudem ist es notwendig, mehr frauenspezifische Forschung bei den koronaren Herzkrankheiten durchzuführen. Die internationalen und nationalen Gremien haben die Aufgabe, Richtlinien für die spezifische Behandlung von Frauen auszuarbeiten. Bei künftigen klinischen Studien, in denen die beste Versorgung bei Herzinfarkt untersucht wird, ist entscheidend, dass vermehrt verschiedene Therapien bei Frauen miteinander verglichen werden, anstelle gleichartiger Therapien zwischen den Geschlechtern. Schliesslich sollten die neuesten Daten und Forschungskennnisse schneller in die Praxis implementiert werden, damit die Versorgung von Frauen mit Herzinfarkt ständig verbessert werden kann. ■

**Autorin:**

**Dr. med. Dragana Radovanovic**  
 Leiterin AMIS Plus Data Center  
 Institut für Sozial- und Präventiv-  
 medizin Universität Zürich  
 Hirschengraben 84  
 8001 Zürich  
 E-Mail: dragana@ifspm.unizh.ch

### Literatur:

- Schulman KA, Berlin JA, Harless W, Kerner JF, Sistrunk S, Gersh BJ et al.: The effect of race and sex on physicians' recommendations for cardiac catheterization. *N Engl J Med* 1999; 340(8): 618-26.
- Blomkalns AL, Chen AY, Hochman JS, Peterson ED, Trynosky K, Diercks DB et al.: Gender disparities in the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes: large-scale observations from the CRUSADE (Can Rapid Risk Stratification of Unstable Angina Patients Suppress Adverse Outcomes With Early Implementation of the American College of Cardiology/American Heart Association Guidelines) National Quality Improvement Initiative. *J Am Coll Cardiol* 2005; 45(6): 832-7.
- Griffith D, Hamilton K, Norrie J, Isles C: Early and late mortality after myocardial infarction in men and women: prospective observational study. *Heart* 2005; 91(3): 305-7.
- Hasdai D, Porter A, Rosengren A, Behar S, Boyko V, Battler A: Effect of gender on outcomes of acute coronary syndromes. *Am J Cardiol* 2003; 91(12): 1466-9, A6.
- Canto JG, Allison JJ, Kiefe CI, Fincher C, Farmer R, Sekar P et al.: Relation of race and sex to the use of reperfusion therapy in Medicare beneficiaries with acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 2000; 342(15): 1094-100.
- Hippisley-Cox J, Pringle M, Crown N, Meal A, Wynn A: Sex inequalities in ischaemic heart disease in general practice: cross sectional survey. *BMJ* 2001; 322(7290): 832.
- Peterson ED, Lansky AJ, Kramer J, Anstrom K, Lanzilotta MJ: Effect of gender on the outcomes of contemporary percutaneous coronary intervention. *Am J Cardiol* 2001; 88(4): 359-64.
- Vakili BA, Kaplan RC, Brown DL: Sex-based differences in early mortality of patients undergoing primary angioplasty for first acute myocardial infarction. *Circulation* 2001; 104(25): 3034-8.
- Marrugat J, Sala J, Masia R, Pavesi M, Sanz G, Valle V et al.: Mortality differences between men and women following first myocardial infarction. RESCATE Investigators. *Recursos Empleados en el Síndrome Coronario Agudo y Tiempo de Espera*. *Jama* 1998; 280(16): 1405-9.
- Malacrida R, Genoni M, Maggioni AP, Spataro V, Parish S, Palmer A et al.: A comparison of the early outcome of acute myocardial infarction in women and men. The Third International Study of Infarct Survival Collaborative Group. *N Engl J Med* 1998; 338(1): 8-14.
- Lansky AJ, Pietras C, Costa RA, Tsuchiya Y, Brodie BR, Cox DA et al.: Gender differences in outcomes after primary angioplasty versus primary stenting with and without abciximab for acute myocardial infarction: results of the Controlled Abciximab and Device Investigation to Lower Late Angioplasty Complications (CADILLAC) trial. *Circulation* 2005; 111(13): 1611-8.
- Cantor WJ, Miller JM, Hellkamp AS, Kramer JM, Peterson ED, Hasselblad V et al.: Role of target vessel size and body surface area on outcomes after percutaneous coronary interventions in women. *Am Heart J* 2002; 144(2): 297-302.
- Norris CM, Ghali WA, Galbraith PD, Graham MM, Jensen LA, Knudtson ML: Women with coronary artery disease report worse health-related quality of life outcomes compared to men. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2(1): 21.
- Hirata K, Shimada K, Watanabe H, Muro T, Yoshiyama M, Takeuchi K et al.: Modulation of coronary flow velocity reserve by gender, menstrual cycle and hormone replacement therapy. *J Am Coll Cardiol* 2001; 38(7): 1879-84.
- Peters RW, Gold MR: The influence of gender on arrhythmias. *Cardiol Rev* 2004; 12(2): 97-105.
- Culic V, Miric D, Jukic I: Acute myocardial infarction: differing preinfarction and clinical features according to infarct site and gender. *Int J Cardiol* 2003; 90(2-3): 189-96.
- Rosengren A, Wallentin L, A KG, Behar S, Battler A, Hasdai D: Sex, age, and clinical presentation of acute coronary syndromes. *Eur Heart J* 2004; 25(8): 663-70.
- Kyker KA, Limacher MC: Gender differences in the presentation and symptoms of coronary artery disease. *Curr Womens Health Rep* 2002; 2(2): 115-9.
- Holubkov R, Pepine CJ, Rickens C, Reichel N, Rogers WJ, Sharaf BL et al.: Electrocardiogram abnormalities predict angiographic coronary artery disease in women with chest pain: results from the NHLBI WISE Study. *Clin Cardiol* 2002; 25(12): 553-8.
- Nair CK, Khan IA, Mehta NJ, Ryschon KL, Nair RC: Gender significance of ST-segment deviation detected by ambulatory (Holter) monitoring. *Int J Cardiol* 2004; 95(2): 153-7.
- Mieres JH, Shaw LJ, Arai A, Budoff MJ, Flamm SD, Hundley WG et al.: Role of noninvasive testing in the clinical evaluation of women with suspected coronary artery disease: consensus statement from the Cardiac Imaging Committee, Council on Clinical Cardiology, and the Cardiovascular Imaging and Intervention Committee, Council on Cardiovascular Radiology and Intervention, American Heart Association. *Circulation* 2005; 111(5): 682-96. Epub 2005 Feb 1.
- Bokhari S, Bergmann SR: The effect of estrogen compared to estrogen plus progesterone on the exercise electrocardiogram. *J Am Coll Cardiol* 2002; 40(6): 1092-6.
- Hochman JS, Tamis JE, Thompson TD, Weaver WD, White HD, Van de Werf F et al.: Sex, clinical presentation, and outcome in patients with acute coronary syndromes. Global Use of Strategies to Open Occluded Coronary Arteries in Acute Coronary Syndromes IIb Investigators. *N Engl J Med* 1999; 341(4): 226-32.
- Rosengren A, Thelle DS, Koster M, Rosen M: Changing sex ratio in acute coronary heart disease: data from Swedish national registers 1984-99. *J Intern Med* 2003; 253(3): 301-10.
- Milner KA, Vaccarino V, Arnold AL, Funk M, Goldberg RJ: Gender and age differences in chief complaints of acute myocardial infarction (Worcester Heart Attack Study). *Am J Cardiol* 2004; 93(5): 606-8.

26. Kimble LP, McGuire DB, Dunbar SB, Fazio S, De A, Weintraub WS et al.: Gender differences in pain characteristics of chronic stable angina and perceived physical limitation in patients with coronary artery disease. *Pain* 2003; 101(1-2): 45-53.
27. Goodman J, Kirwan L: Exercise-induced myocardial ischaemia in women: factors affecting prevalence. *Sports Med* 2001; 31(4): 235-47.
28. Vodopituz J, Poller S, Schneider B, Lalouchek J, Menz F, Stollberger C: Chest pain in hospitalized patients: cause-specific and gender-specific differences. *J Womens Health (Larchmt)* 2002; 11(8): 719-27.
29. Rosenfeld AG, Lindauer A, Darney BG: Understanding treatment-seeking delay in women with acute myocardial infarction: descriptions of decision-making patterns. *Am J Crit Care* 2005; 14(4): 285-93.
30. Antonucci D, Valenti R, Moschi G, Migliorini A, Trapani M, Santoro GM et al.: Sex-based differences in clinical and angiographic outcomes after primary angioplasty or stenting for acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 2001; 87(3): 289-93.
31. Heer T, Schiele R, Schneider S, Gitt AK, Wienbergen H, Gottwik M et al.: Gender differences in acute myocardial infarction in the era of reperfusion (the MITRA registry). *Am J Cardiol* 2002; 89(5): 511-7.
32. Chrysohoou C, Panagiotakos DB, Pitsavos C, Kokkinos P, Marinakis N, Stefanadis C et al.: Gender differences on the risk evaluation of acute coronary syndromes: the CARDIO2000 study. *Prev Cardiol* 2003; 6(2): 71-7.
33. Jousilahti P, Vartiainen E, Tuomilehto J, Puska P: Sex, age, cardiovascular risk factors, and coronary heart disease: a prospective follow-up study of 14 786 middle-aged men and women in Finland. *Circulation* 1999; 99(9): 1165-72.
34. Glaser R, Herrmann HC, Murphy SA, Demopoulos LA, DiBattiste PM, Cannon CP et al.: Benefit of an early invasive management strategy in women with acute coronary syndromes. *Jama* 2002; 288(24): 3124-9.
35. Schnohr P, Jensen JS, Scharling H, Nordestgaard BG: Coronary heart disease risk factors ranked by importance for the individual and community. A 21 year follow-up of 12 000 men and women from The Copenhagen City Heart Study. *Eur Heart J* 2002; 23(8): 620-6.
36. Rosengren A, Spetz CL, Koster M, Hammar N, Alfredsson L, Rosen M: Sex differences in survival after myocardial infarction in Sweden; data from the Swedish National Acute Myocardial Infarction Register. *Eur Heart J* 2001; 22(4): 314-22.
37. Welty FK, Lewis SM, Kowalko W, Shubrooks SJ Jr.: Reasons for higher in-hospital mortality >24 hours after percutaneous transluminal coronary angioplasty in women compared with men. *Am J Cardiol* 2001; 88(5): 473-7.
38. Natarajan S, Liao Y, Cao G, Lipsitz SR, McGee DL: Sex differences in risk for coronary heart disease mortality associated with diabetes and established coronary heart disease. *Arch Intern Med* 2003; 163(14): 1735-40.
39. Mehilli J, Kastrati A, Bollwein H, Dibra A, Schuhlen H, Dirschinger J et al.: Gender and restenosis after coronary artery stenting. *Eur Heart J* 2003; 24(16): 1523-30.
40. Behar S, Boyko V, Reicher-Reiss H, Goldbourt U: Ten-year survival after acute myocardial infarction: comparison of patients with and without diabetes. SPRINT Study Group. Secondary Prevention Reinfarction Israeli Nifedipine Trial. *Am Heart J* 1997; 133(3): 290-6.
41. Hu G, Jousilahti P, Qiao Q, Katoh S, Tuomilehto J: Sex differences in cardiovascular and total mortality among diabetic and non-diabetic individuals with or without history of myocardial infarction. *Diabetologia* 2005; 48(5): 856-61. Epub 2005 Apr 13.
42. Dangas G, Smith DA, Badimon JJ, Unger AH, Shao JH, Meraj P, et al.: Gender differences in blood thrombogenicity in hyperlipidemic patients and response to pravastatin. *Am J Cardiol* 1999; 84(6): 639-43.
43. Silber S, Albertsson P, Aviles FF, Camici PG, Colombo A, Hamm C et al.: Guidelines for percutaneous coronary interventions: the task force for percutaneous coronary interventions of the European society of cardiology. *Eur Heart J* 2005; 26(8): 804-47. Epub 2005 Mar 15.
44. Choudhry NK, Singh JM, Barolet A, Tomlinson GA, Detsky AS: How should patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction be managed? A meta-analysis of randomized trials. *Am J Med* 2005; 118(5): 465-74.
45. Roe MT, Parsons LS, Pollack CV, Jr., Canto JG, Barron HV, Every NR et al.: Quality of care by classification of myocardial infarction: treatment patterns for ST-segment elevation vs non-ST-segment elevation myocardial infarction. *Arch Intern Med* 2005; 165(14): 1630-6.
46. Bhatt DL, Roe MT, Peterson ED, Li Y, Chen AY, Harrington RA et al.: Utilization of early invasive management strategies for high-risk patients with non-ST-segment elevation acute coronary syndromes: results from the CRUSADE Quality Improvement Initiative. *Jama* 2004; 292(17): 2096-104.
47. Elkouf RA, Boden WE: Is there a gender paradox in the early invasive strategy for non ST-segment elevation acute coronary syndromes? *Eur Heart J* 2004; 25(18): 1559-61.
48. Malenka DJ, Wennberg DE, Quinton HA, O'Rourke DJ, McGrath PD, Shubrooks SJ et al.: Gender-related changes in the practice and outcomes of percutaneous coronary interventions in Northern New England from 1994 to 1999. *J Am Coll Cardiol* 2002; 40(12): 2092-101.
49. Clayton TC, Pocock SJ, Henderson RA, Poole-Wilson PA, Shaw TR, Knight R et al.: Do men benefit more than women from an interventional strategy in patients with unstable angina or non-ST-elevation myocardial infarction? The impact of gender in the RITA 3 trial. *Eur Heart J* 2004; 25(18): 1641-50.
50. Cannon CP, Weintraub WS, Demopoulos LA, Vicari R, Frey MJ, Lakkis N et al.: Comparison of early invasive and conservative strategies in patients with unstable coronary syndromes treated with the glycoprotein IIb/IIIa inhibitor tirofiban. *N Engl J Med* 2001; 344(25): 1879-87.
51. Lagerqvist B, Safstrom K, Stahle E, Wallentin L, Swahn E: Is early invasive treatment of unstable coronary artery disease equally effective for both women and men? FRISC II Study Group Investigators. *J Am Coll Cardiol* 2001; 38(1): 41-8.
52. Lansky AJ, Hochman JS, Ward PA, Mintz GS, Fabunmi R, Berger PB et al.: Percutaneous coronary intervention and adjunctive pharmacotherapy in women: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation* 2005; 111(7): 940-53. Epub 2005 Feb 1.
53. Mehilli J, Kastrati A, Dirschinger J, Pache J, Seyfarth M, Blasini R et al.: Sex-based analysis of outcome in patients with acute myocardial infarction treated predominantly with percutaneous coronary intervention. *Jama* 2002; 287(2): 210-5.
54. Mehilli J, Ndrepepa G, Kastrati A, Nekolla S G, Markwardt C, Bollwein H et al.: Gender and myocardial salvage after reperfusion treatment in acute myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 2005; 45(6): 828-31.
55. Mueller C, Neumann FJ, Roskamm H, Buser P, Hodgson JM, Perruchoud AP et al.: Women do have an improved long-term outcome after non-ST-elevation acute coronary syndromes treated very early and predominantly with percutaneous coronary intervention: a prospective study in 1,450 consecutive patients. *J Am Coll Cardiol* 2002; 40(2): 245-50.
56. Ghali WA, Faris PD, Galbraith PD, Norris CM, Curtis MJ, Saunders LD et al.: Sex differences in access to coronary revascularization after cardiac catheterization: importance of detailed clinical data. *Ann Intern Med* 2002; 136(10): 723-32.
57. Carrabba N, Santoro GM, Balzi D, Barchielli A, Marchionni N, Fabiani P et al.: In-hospital management and outcome in women with acute myocardial infarction (data from the AMI-Florence Registry). *Am J Cardiol* 2004; 94(9): 1118-23.
58. Fassa AA, Urban P, Radovanovic D, Duvoisin N, Gaspoz JM, Stauffer JC et al.: Trends in reperfusion therapy of ST segment elevation myocardial infarction in Switzerland: six year results from a nationwide registry. *Heart* 2005; 91(7): 882-8.

# Asthma bei Knaben und Mädchen: Unterschiede in Diagnose und Versorgung?

**Asthma entwickelt sich je nach Alter und Geschlecht der Patienten anders. Deshalb ist die Verwendung standardisierter Mittelwerte irreführend und kann wichtige Unterschiede verschleiern. Nicht durch Standardisierung, sondern durch eine separate Analyse von Forschungsergebnissen für beide Geschlechter in verschiedenen Altersgruppen lassen sich Unterschiede in Symptomatik, Diagnose und Therapie erforschen.**

**Claudia E. Kuehni**

## Was ist Asthma bronchiale?

**A**sthma ist eine chronische Erkrankung, bei der sich vorübergehend die Atemwege verengen. Dies führt zu Atemnot, Husten und pfeifender oder keuchender Atmung (engl. wheezing). Ausgelöst werden die Beschwerden durch Virusinfekte, körperliche Anstrengung oder Einatmen von Gasen, die giftige Bestandteile enthalten wie zum Beispiel Tabakrauch oder allergieauslösende Substanzen wie Blütenstaub. Bei häufigen Symptomen ist meist eine chronische Entzündung der Atemwege vorhanden.

## Besonderheiten bei Kindern

Asthma bei Kindern zeichnet sich durch unterschiedliche Symptome aus und umfasst mehrere Formen (Phänotypen). Sie unterscheiden sich durch Risikofaktoren, Pathogenese (Entstehung und Entwicklung der Krankheit) sowie Prognose: Altersabhängig sind diese Phänotypen unterschiedlich häufig. Bei Kleinkindern dominiert eine Form, bei der Beschwerden immer wieder während Erkältungen auftreten («rezidivierende obstruktive Bronchitis»). Die Langzeitprognose ist hier relativ gut. Mit zunehmendem Alter wird der Phänotyp «chronisches allergisches Asthma» häufiger. Dabei kommt es nicht nur während einer Erkältung zu Beschwerden, sondern auch zwischendurch, zum Beispiel bei Kontakt mit allergieauslösenden Substanzen. Die Langzeitprognose ist hier schlechter als bei der obstruktiven Bronchitis. Eine vorbeugende Behandlung mit antientzündlichen Medikamenten verbessert Prognose und Lebensqualität.

Die Diagnose lässt sich nicht durch einen eindeutigen Test sichern, sondern basiert vorwiegend auf der beschriebenen Symptomatik. Sie ist deshalb abhängig davon, wie die Beschwerden von Kind, Eltern und Arzt wahrgenommen und erklärt werden. Untersuchungen wie Lungenfunktion oder Allergietests können eine Diagnose unterstützen, aber nicht eindeutig sichern oder ausschliessen. Bei Säuglingen und Kleinkindern können sie in der Praxis auch kaum durchgeführt werden. Deshalb muss, insbesondere bei atypischem Verlauf, die Diagnose immer wieder hinterfragt werden.



Claudia E. Kuehni

## Ungleiche Behandlung bei gleicher Symptomatik

Epidemiologische Untersuchungen aus verschiedenen Ländern zeigen, dass im Vorschul- und frühen Schulalter die Diagnose «Asthma» und das Symptom «wheezing» bei Knaben häufiger sind als bei Mädchen. Das Geschlechterverhältnis nähert sich im Schulalter an und kippt mit etwa 16 Jahren. Bei erwachsenen Frauen sind Asthmad diagnose und -symptomatik häufiger als bei Männern.

Dies bestätigen auch Untersuchungen aus der Schweiz: Eine Fragebogenstudie, welche 1990 bei 4353 St. Galler Schulkindern durchgeführt wurde [1,2], ergab, dass 7-jährige Knaben doppelt so häufig an Asthmasymptomen leiden wie Mädchen. Bei 12-Jährigen waren die Geschlechterunterschiede geringer, und bei 15-Jährigen kehrte sich das Verhältnis um: Adoleszente Mädchen hatten häufiger Beschwerden. Ähnliche Geschlechterunterschiede für «wheezing» zeigte auch eine Studie aus zehn Schweizer Ortschaften zu Atemwegsbeschwerden und Allergien bei Schulkindern (SCARPOL) [3].

In der St. Galler Studie wurden Asthmadiagnose und Behandlung mit muskelentspannenden Medikamenten (Bronchodilatoren) bei Knaben jeder Altersgruppe (31%) doppelt so oft gemeldet wie bei Mädchen (15%) [1, 2]. Auch bei vergleichbarer Symptomatik erhielten Mädchen nur halb so oft Medikamente wie Knaben. Dies bestätigte eine multivariable Analyse, welche für Symptommhäufigkeit, -schweregrad und Lungenfunktion statistisch korrigierte, das heisst nur Mädchen und Knaben mit jeweils gleichem Schweregrad miteinander verglich. Auch die SCARPOL-Studie von 1992 bis 1993 zeigt, dass fast doppelt so viele Knaben eine Asthmadiagnose hatten (1,87 Knaben zu 1 Mädchen), während der Geschlechtsunterschied bei Symptomen viel geringer war (1,33 zu 1 für «wheeze», und 1,01 zu 1 für nächtlichen Reizhusten). Dies weist, ebenso wie die St. Galler Studie darauf hin, dass bei der Diagnose und Behandlung von Asthma bronchiale bei Kindern eine geschlechterbedingte Verfälschung (Geschlechterbias) vorliegt. Diese Daten aus der Schweiz waren ein erster Hinweis auf das «Yentl-syndrom» im Kindesalter, das heisst die ungleiche Behandlung von Mädchen und Knaben bei gleicher Symptomatik [4]. Inzwischen wurde dies auch in anderen Ländern festgestellt [5].

### Interpretation der Resultate

Die beschriebenen Resultate haben wahrscheinlich biologische (sex-related) wie auch soziokulturelle (gender-related) Ursachen. Die anatomische und physiologische Entwicklung der Atemwege verläuft bei Knaben und Mädchen unterschiedlich, was zumindest einen Teil der Alters- und Geschlechterunterschiede in der Asthmasymptomatik erklärt [6]. So haben Knaben vor der Pubertät engere Atemwege als Mädchen. Während des Wachstums gleichen sich diese Unterschiede teilweise aus. Engere Atemwege erzeugen eher turbulente Luftströme, welche zum hörbaren Asthmasymptom «wheeze» führen. Der gleiche Kontakt mit Schadstoffen führt also bei jüngeren Knaben eher zu der ty-

pischen Asthmasymptomatik wie «wheeze» oder Atemnot, während bei Mädchen unspezifische Symptome wie Reizhusten dominieren. Ein weiterer Grund könnte sein, dass Knaben beim Allergietest (Hauttest) häufiger Reaktionen zeigen als Mädchen, im Erwachsenenalter kehrt auch dort das Geschlechterverhältnis um. Obwohl ein Allergienachweis für die Diagnose von Asthma nicht notwendig ist, wird in der Praxis Asthma bevorzugt bei Allergikern diagnostiziert [7]. Solche biologischen Unterschiede, welche sich im Laufe des Lebens verändern, erklären wahrscheinlich teilweise die Unterschiede in Symptomatik und Diagnose. Doch können sie kaum rechtfertigen, warum sogar bei identischer Ausprägung und Schweregrad der Beschwerden und gleicher Lungenfunktion Mädchen seltener behandelt werden. Hier spielen wahrscheinlich soziokulturelle Unterschiede mit, wie unterschiedlich häufiger Kontakt mit Asthmaauslösern (z.B. Sport), unterschiedliche Erwartungen an die körperliche Leistungsfähigkeit und unterschiedliche Wahrnehmung und Erklärung der Symptome von Mädchen und Knaben sowie von ihren Eltern und den Ärzten. Hier bestehen noch grosse Forschungslücken.

### Offene Fragen

Die erwähnten Studien liegen 10 bis 15 Jahre zurück, und es wäre wichtig, zu untersuchen, ob die Geschlechterverzerrung in der Asthmabehandlung auch heute noch existiert. Die einzige neuere Untersuchung zur Behandlung von Asthma bei Kindern in der Schweiz ist die Umfrage bei der Schweizerischen Elternvereinigung für Asthma- und Allergiekranke Kinder (SEAAK) von 1998/99 [8]. In dieser ausgewählten Gruppe von engagierten und gut informierten Eltern mit eher höherem sozialen Status zeigte sich kein Geschlechtsunterschied bei der Behandlung ihrer Kinder. Doch war auffallend, dass doppelt so viele Eltern von Knaben Mitglieder der Vereinigung waren als Eltern von Mädchen, auch in Altersgruppen, in denen die Asthmasymptomatik bei

Mädchen ebenso häufig und ebenso typisch ist wie bei Knaben. Eltern von erkrankten Mädchen traten also seltener einer Elternvereinigung bei.

Die neueren Untersuchungen von SCARPOL [9] wurden leider nicht alters- und geschlechtsstratifiziert analysiert, und es wurde auch nicht mehr nach der Behandlung gefragt. Deshalb kann die Frage, ob in der Schweiz eine geschlechterbedingte Verzerrung bei der Asthmabehandlung weiterhin besteht, im Moment nicht beantwortet werden. Aktuelle Daten aus England zeigen, im Gegensatz zur Schweiz, nur geringe Geschlechtsunterschiede in der Behandlung von Asthma [9].

Bei Asthma bronchiale, dessen Symptome und Krankheitsverlauf alters- und geschlechtsabhängig sind, können standardisierte Mittelwerte irreführen und wichtige Unterschiede verschleiern. Nicht durch Standardisierung, sondern durch Stratifizierung, also die separate Analyse von Forschungsergebnissen für beide Geschlechter in verschiedenen Altersgruppen, lassen sich die dargestellten Missverhältnisse bei der Symptomatik, Diagnose und Therapie erforschen. Qualitative Studien sind notwendig, um den Einfluss einer möglichen unterschiedlichen Wahrnehmung und Interpretation der Symptome auszuloten. Und schliesslich müssen Langzeitstudien mit regelmässigem Follow-up der erkrankten Kinder klären, ob die unterschiedliche Behandlung bei Mädchen und Knaben Auswirkungen auf deren Prognose hat. ■

**Autorin:**

**Claudia E. Kuehni**

FMH Kinder- und Jugendheilkunde, MSc(Epidemiologie)  
Pädiatrische Epidemiologie, Institut für Sozial- und Präventivmedizin  
Universität Bern

Internet: [www.ispm.unibe.ch](http://www.ispm.unibe.ch)

E-Mail: [kuehni@ispm.unibe.ch](mailto:kuehni@ispm.unibe.ch)

*Die Autorin wird unterstützt durch den Schweizerischen Nationalfonds (PROSPER-Stipendium No 3233-069348 und 3200-069349)*

## Literatur:

1. Sennhauser FH, Kuehni CE : Prevalence of respiratory symptoms in Swiss children: Is bronchial asthma really more prevalent in boys? *Pediatr Pulmonol* 1995; 19(3): 161-6.
2. Kuehni CE, Sennhauser FH: The Yentl syndrome in childhood asthma: risk factors for undertreatment in Swiss children. *Pediatr Pulmonol* 1995; 19(3): 156-60.
3. Braun-Fahrlaender C, Grize-Zertuche L, Vuille J: Schlussbericht «SCARPOL» zu Handen des Schweizerischen Nationalfonds (Swiss Study on Childhood Allergy and Respiratory Symptoms with respect to air pollution, climate and pollen). Projekt Nr. 4026-033109. Basel/Bern, 1995.
4. Healy B: The Yentl syndrome. *New England Journal of Medicine*, 1991; 325(4): 274-6.
5. Siersted HC, Boldsen J, Hansen HS, Mostgaard G, Hyldebrandt N: Population based study of risk factors for underdiagnosis of asthma in adolescence: Odense schoolchild study. *British Medical Journal* 1998; 316(7132): 651-655.
6. Becklake MR, Kauffmann F: Gender differences in airway behaviour over the human life span. *Thorax* 1999; 54(12): 1119-38.
7. Sibbald B, Kerry S, Strachan DP, Anderson HR: Patient characteristics associated with the labelling of asthma. *Family Practice* 1994; 11(2): 127-32.
8. Kuehni CE, Frey U: Age-related differences in perceived asthma control in childhood: guidelines and reality. *Eur Respir J* 2002; 20(4): 880-9.
9. Braun-Fahrlander C, Gassner M, Grize L et al.: No further increase in asthma, hay fever and atopic sensitisation in adolescents living in Switzerland. *Eur Respir J* 2004; 23(3): 407-13.
10. Chauliac E, Silverman M, Brooke A, Strippoli M-PF, Kuehni C: Treatment of pre-school wheeze in Leicestershire, UK: prevalence and predictors. *Eur Respir J* 2004; 24 (Suppl 48): 169s.

# Gender und der Konsum von Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmitteln

**Frauen konsumieren mehr Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmittel als Männer. Dies zeigen die Ergebnisse der dritten Schweizerischen Gesundheitsbefragung, die 2002 durchgeführt wurde. Entspricht der höhere Medikamentenkonsum einem höheren Bedarf, oder sind die Frauen über- und/oder die Männer unterversorgt?**

**Maryvonne Gognalons-Nicolet, Anne Bardet Blochet**

**6,6** Prozent der über 15-jährigen Schweizer Wohnbevölkerung, das heisst rund 400 000 Personen, nehmen mindestens einmal pro Woche Schlaf- und/oder Beruhigungsmittel ein, meist (in fast 9 von 10 Fällen) auf ärztliche Verschreibung, die Selbstmedikation ist selten. Schmerzmittel werden von 14,5 Prozent der Bevölkerung eingenommen, das sind rund 900 000 Personen. Gut die Hälfte davon (500 000 Personen) nehmen die Schmerzmittel auf ärztliche Verschreibung ein, knapp die Hälfte (400 000 Personen) in Form einer Selbstmedikation. Frauen konsumieren mehr Schmerzmittel als Männer, und die Einnahme von Schmerzmitteln nimmt mit dem Alter zu, wie dies in allen Industrieländern der Fall ist [1] und wie es die Untersu-

chung von Maffli über Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit für die Schweiz bestätigt [2]. Diese Zahlen gehen aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 (SGB-02) hervor. Sie stammen also weder von Pharmafirmen noch aus von Ärzten oder medizinischen Institutionen erstellten pharmakologischen Studien. Vielmehr ergeben sie sich aus den Antworten der Bevölkerung selber [3] auf die Frage, ob sie in den letzten sieben Tagen Medikamente eingenommen haben – beispielsweise gegen Bluthochdruck, für das Herz, gegen Rheuma, gegen Schmerzen, Beruhigungsmittel, Tranquilizer oder Schlafmittel.

## Bisheriger Wissensstand

Frauen konsumieren mehr Psychopharmaka und nehmen mehr Schmerzmittel ein als die Männer, während Letztere anfälliger sind für Alkoholmissbrauch und für den Konsum illegaler Drogen [4]. Diese unterschiedlichen Verhaltensweisen der beiden Geschlechter sind mit einem unterschiedlichen Konsumverhalten sowie mit einer unterschiedlichen Stellung in der Gesellschaft (geschlechtsspezifische Arbeitsverteilung) und in der Medizin verbunden. Personen, die Medikamente verschreiben, reagieren unterschiedlich, je nachdem, ob der Patient männlich oder weiblich ist.

Auf Ebene der Konsumenten/Patienten bestehen insbesondere die folgenden möglichen Formen von negativen Reaktionen auf anhaltenden Stress:

- psychische Ebene: Unzufriedenheit, Angst, Depression, psychische Belastung (psychological distress)<sup>1</sup>
- physische Ebene: von Kopfschmer-



Maryvonne Gognalons-Nicolet



Anne Bardet Blochet

zen bis hin zu funktionellen Störungen (Rückenschmerzen, Schlafschwierigkeiten usw.)

■ Verhaltensweisen: Alkohol-, Tabakkonsum usw.

Auf der Ebene der Fachperson, meist des behandelnden Arztes, wird die Verschreibungsweise von den sozialen Merkmalen des Arztes (Alter,

<sup>1</sup> siehe S. 3, Fussnote 2

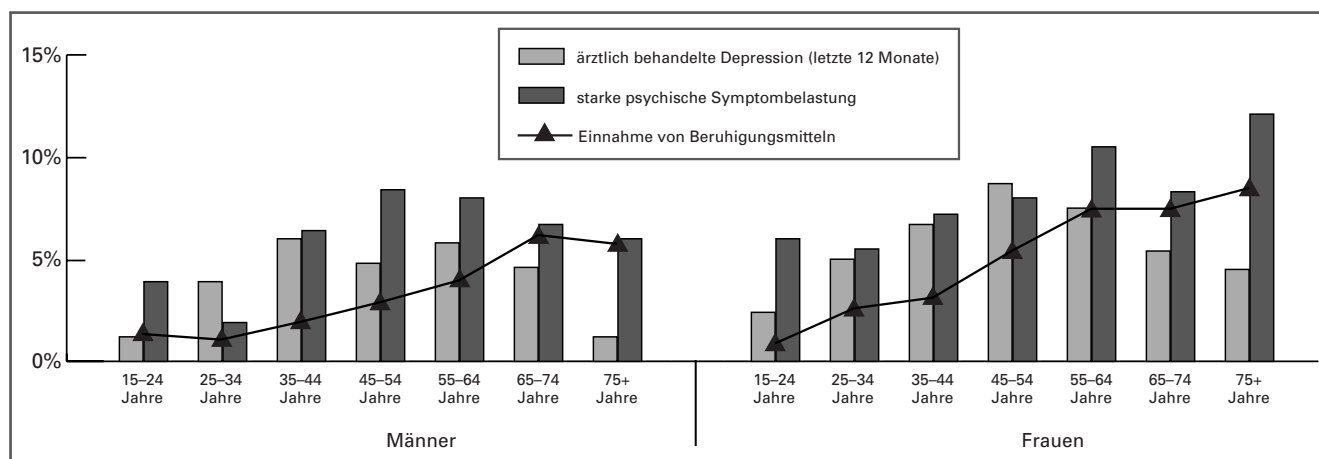


Abbildung 1: Anteil von Männern und von Frauen, die im letzten Jahr wegen Depressionen behandelt wurden, eine starke psychische Belastung aufwiesen oder Beruhigungsmittel einnahmen, nach Alter (SGB-02)

Geschlecht) [5] und von den Umständen seiner Berufsausübung (Patienten-/Klientendichte, Dauer der Konsultationen usw.) beeinflusst. Gemäss Tamblyn et al. [6] variiert der Anteil der Psychopharmakaverschreibungen an allen ärztlichen Medikationsverordnungen je nach Arzt zwischen 1 und 67 Prozent.

Frauen sind expressiver und hören stärker auf ihren Körper, befinden sich aber auch in nachteiligeren Arbeitssituationen. Zudem haben sie verschiedene Rollen in der Familie inne, wie die Betreuung und Pflege von Kindern und von betagten [Schwieger-]Eltern, was neben den Hausarbeiten zu einer bedeutenderen Belastung führt. Die Männer mit ihrem stärker instrumentell geprägten Selbstverständnis sind in ihren beruflichen Aktivitäten eher handlungs- und leistungsorientiert; sie assoziieren Männlichkeit mit körperlicher Kraft und verwenden häufiger Alkohol und Tabak zur Selbstbehandlung von Gemütsverstimnungen und körperlichen Beschwerden. Die Frauen suchen im Alltag häufiger den Arzt wegen Schlaflosigkeit, Reizbarkeit und Überforderung auf. Zudem stehen sie, wie alle Studien bestätigen, dem Medizinsystem näher, sie suchen häufiger den Arzt auf, und die Medizin geht zudem stärker auf ihre subjektiven Beschwerden ein [7, 8, 9]. Die Männer neigen eher dazu, ihre Beschwerden mit Alkohol oder Tabak zu behandeln; die Medizin geht bei ihnen vor

allem auf Klagen über Probleme am Arbeitsplatz ein. Die Einnahme von Medikamenten ist also nur eine von verschiedenen Lösungen, eines von verschiedenen Mitteln, zu denen die Menschen in Stress- und Krisensituationen greifen; andere sind beispielsweise der Alkohol, eine Psychotherapie oder die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe.

In den Analysen zum Medikamentenkonsum, die im Folgenden beschrieben werden, wurden für die psychische Belastung jene Skalen verwendet, welche in der letzten Schweizerischen Gesundheitsbefragung in Übereinstimmung mit den vorliegenden europäischen Daten geschaffen wurden [10]. Der Anteil an Personen mit starker psychischer Belastung<sup>2</sup> in der Schweiz liegt nahe an den entsprechenden europäischen Durchschnittswerten und beträgt 7,5 Prozent der gesamten Bevölkerung. Diese psychische Belastung umfasst eine Vielzahl verschiedener Formen psychischen Leidens wie Angstzustände, Zustände von Traurigkeit, Wut, Wahrnehmungsstörungen und alle schmerzhaften Empfindungszustände verschiedenster Ursache.

### Gender und der Konsum von Beruhigungsmitteln

Wenn man die Prävalenz (Häufigkeit) der ärztlich behandelten Depressionen und der starken psychischen Belastungen mit der Häufigkeit des regelmässigen Konsums von Beruhigungsmitteln ver-

gleicht, stellt man erhebliche alters- und geschlechtsbedingte Unterschiede fest: Während bis zum sechzigsten Altersjahr die Prävalenz psychischer Probleme hoch ist (bei Männern wie bei Frauen), ist die regelmässige Einnahme von Beruhigungsmitteln in dieser Altersgruppe seltener (Abbildung 1). Bei den Männern nimmt die Zahl behandelter Depressionen um das 40. Altersjahr herum zu, noch stärker steigt ab diesem Alter die Zahl starker psychischer Belastungen. Bei den Frauen nehmen die behandelten Depressionen bis zum 54. Altersjahr zu; danach steigt die Zahl der starken psychischen Belastungen. Bei beiden Geschlechtern erhöht sich der Konsum von Beruhigungsmitteln ab dem 55. bis zum 64. Altersjahr, während bei den unter 55-Jährigen der Medikamentenverzicht häufiger ist.

Die Abweichungen zwischen dem Medikamentenkonsum und dem Vorliegen von Störungen sind nicht bei beiden Geschlechtern gleich ausgeprägt [11]. Bei den Männern verzichten die Ärzte darauf, bis zum 65. Altersjahr Beruhigungsmittel zu verschreiben, obwohl die Zahl der Depressionen und starken psychischen Belastungen hoch ist und erst ab dem Alter von 75 leicht zurückgeht. Dies bestätigt, dass die Medizin für die Beschwerden junger

<sup>2</sup> Wir verweisen mit «psychischer Belastung» auf das Konzept «psychological distress», wobei uns bewusst ist, dass die beiden Ausdrücke nicht unbedingt deckungsgleich sind.

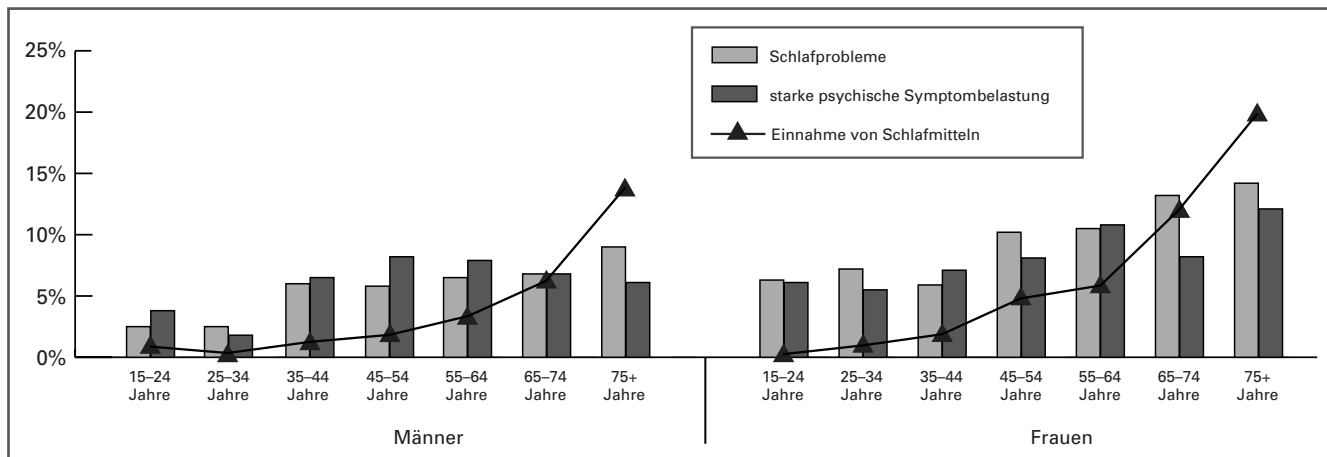


Abbildung 2: Anteil von Männern und von Frauen, welche Schlafprobleme haben, eine starke psychische Belastung aufweisen und/oder Schlafmittel einnehmen, nach Alter (SGB-02)

Männer nicht empfänglich ist, mit Ausnahme von solchen beruflicher Art; erst mit der Pensionierung der Patienten ändert sich diese Haltung. Die Studie von Morabia [5] über den Einfluss der verschreibenden Person zeigt nicht nur, dass Ärztinnen häufiger Medikamente verschreiben als ihre männlichen Kollegen, sondern deutet auch darauf hin, dass männliche Ärzte im Hinblick auf die Kommunikation von emotionellen und Beziehungsproblemen verschlossener sind.

Bei den Frauen liegt hingegen die Zahl starker psychischer Belastungen näher an jener behandelter Depressionen. Obwohl die Zahl behandelter Depressionen mit dem Alter abnimmt, nimmt der Konsum von Beruhigungsmitteln zu. Diese altersbedingte Zunahme deutet darauf hin, dass organische und invalidisierende Krankheiten sowie das damit verbundene Risiko der Vereinsamung und gesellschaftlichen Marginalisierung bei der Verordnung von Beruhigungsmitteln eine wichtigere Rolle spielen als psychische Beschwerden.

### Gender und Schlafmittelkonsum

Bei den Männern wie bei den Frauen nehmen die Schlafstörungen (Schlaflosigkeit, Einschlafstörungen) mit dem Alter zu, allerdings bei den Frauen in stärkerem Ausmass. Bei den Frauen übersteigt die Abgabe von Schlafmitteln ab dem 75. Altersjahr sogar die Prävalenz der Schlaf-

störungen und erreicht eine Häufigkeit von einer auf fünf Frauen (Abbildung 2). Wiederum verzichten die Ärzte bei den Männern wie bei den Frauen bis zum 65. Altersjahr oft darauf, Schlafmittel zu verschreiben, unabhängig vom Ausmass der psychischen Belastungen und Schlafstörungen. Nach dem 75. Altersjahr jedoch nimmt der Konsum von Schlafmitteln bei beiden Geschlechtern und insbesondere bei den Frauen massiv zu.

Indem die Ärzte älteren Personen mehr Medikamente abgeben als jüngeren, erweisen sie sich als feinfühligere gegenüber dem durch körperliche und invalidisierende Krankheiten verursachten Leiden sowie gegenüber dem Risiko gesellschaftlicher Marginalisierung und Vereinsamung als gegenüber psychischen Beschwerden.

### Gender und Schmerzmittelkonsum

Die Frauen nehmen, bei relativ hohen Anteilen von Personen mit starken körperlichen Beschwerden<sup>3</sup> (von 25% bei den jungen bis zu 40% bei älteren Frauen), mehr Schmerzmittel ein als die Männer. Der Schmerzmittelkonsum liegt aber auch bei den Frauen (wie bei den Männern) wesentlich unterhalb der Häufigkeit und der Intensität der angegebenen körperlichen Symptome (Abbildung 3).

Wenn zwischen ärztlichen Schmerzmittel-Verordnungen und der Schmerzmittel-Selbstmedikation un-

terschieden wird, verstärken sich die altersabhängigen Unterschiede. Während die Frauen insgesamt mehr Schmerzmittel einnehmen und auch mehr körperliche Beschwerden angeben als die Männer, nimmt bei beiden Geschlechtern um das 50. Altersjahr die Selbstmedikation ab, während die ärztliche Medikation zunimmt. Diese Ergebnisse bestätigen, dass ältere Personen, insbesondere ältere Frauen, dem Gesundheitssystem aufgrund der altersbedingten Zunahme der invalidisierenden Erkrankungen und aufgrund der zunehmenden Vereinsamungsgefahr näher stehen als jüngere. Bemerkenswert ist, dass bei den Männern um die fünfzig die starken psychischen Belastungen häufiger sind als die Schmerzmittel-Verschreibungen.

### Schlussfolgerung

Aus methodischen Gründen berücksichtigen die hier beschriebenen Daten weder die Ursache und die Dauer des Medikamentenkonsums noch die Wirksamkeit der Medikamente. Die vorgestellten Ergebnisse legen aber die Schlussfolgerung nahe, dass die Personen, die die Medikamente verschreiben, vor allem für jene psychischen Probleme sensibel sind, die durch altersbedingte körperliche

<sup>3</sup> Der Indikator «starke körperliche Beschwerden» (Bfs) bedeutet, dass im letzten Monat mehrere Symptome wie Rücken-, Kopf- oder Bauchschmerzen, Schwächegefühl, Durchfall/Verstopfung, Schlaflosigkeit, Herzklopfen oder Schmerzen im Brustbereich in starkem Ausmass vorhanden waren (ohne Fieber).

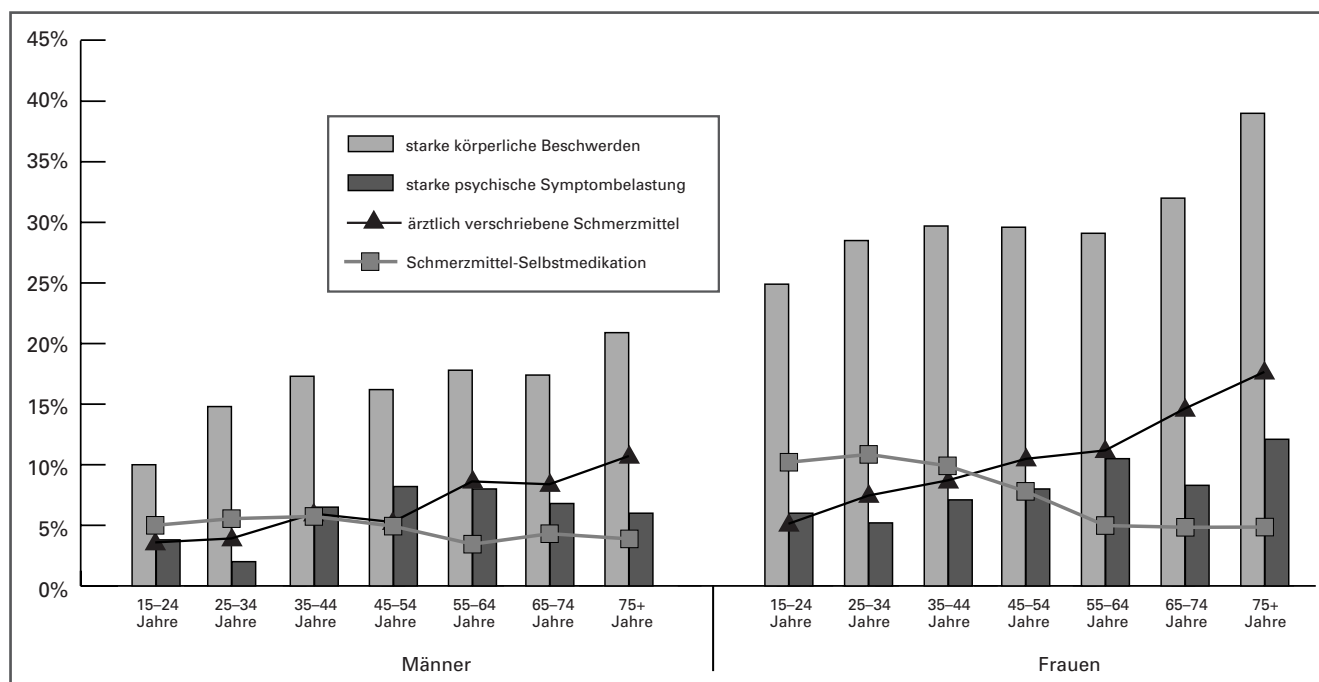


Abbildung 3: Anteil von Männern und von Frauen, die starke körperliche Beschwerden oder eine erhöhte psychische Belastung aufweisen oder die Schmerzmittel einnehmen (auf Verschreibung oder in Selbstmedikation), nach Alter (SGB-02)

und invalidisierende Krankheiten verursacht werden. Die beobachteten Unterschiede zwischen den Geschlechtern weisen insbesondere darauf hin, dass der Ausdruck von Unwohlbefinden kulturell und der Umgang der Medizin mit Beschwerden von Patienten sozial geprägt ist, wobei die Einnahme von Medikamenten nur eine von verschiedenen Möglichkeiten zum Umgang mit Beschwerden ist. ■

Autorinnen:

**Dr. phil.**  
**Maryvonne Gognalons-Nicolet**  
und  
**Anne Bardet Blochet,**  
**Soziologin**

Hôpitaux Universitaires  
de Genève – HUG  
Département de Psychiatrie  
Unité d'Investigation Clinique  
2, ch. du Petit-Bel-Air  
1225 Chêne-Bourg  
E-Mail:  
Maryvonne.Gognalons-  
Nicolet@hcuge.ch

Übersetzung aus dem Französischen:  
**Rita Schnetzler**

La version française de cet article est accessible par internet sur les sites [www.forum-managed-care.ch](http://www.forum-managed-care.ch) et [www.ManagedCareInfo.net](http://www.ManagedCareInfo.net)

#### Literatur:

- Voyer P. et al.: Factors associated with psychotropic drug use among community-dwelling older persons: A review of empirical studies. *BMC Nursing* 2004; 3: 3.
- Maffli E., Bahner U.: Gebrauch von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential in der Schweiz. *Rapport de Recherche 33*, Lausanne, SFA-IPSA 1999.
- Gognalons-Nicolet M., Bardet Blochet A.: Genre et consommation de psychotropes dans les enquêtes suisses sur la santé. *Médecine et Hygiène* 2001; 2365, 2046–2051.
- Lovell A. et al.: Troubles de la santé mentale: la plus grande «fragilité» des femmes remise en cause. In: Saurel et Cubizoles: *La Santé des femmes*, Paris, Flammarion 1996; 252–283.
- Morabia A. et al.: The influence of patient and physician gender on prescription of psychotropic drugs. *Journal of Clinical Epidemiology* 1992; 45, 111–116.
- Tamblyn RM. et al.: Caractéristiques des médecins prescrivant des psychotropes davantage aux femmes qu'aux hommes. In: Cohen, Pérodeau (Eds): *Drogues et médicaments mis en contexte, Santé Mentale au Québec*, 1996; 22, 139–262.
- Cooperstock R.: Sex differences in the use of Mood-modifying drugs: An exploratory model. *Journal of Health and Social Behaviour* 1971; 12, September.
- Cooperstock R.: Sex differences in psychotropic drug use. *Social Science and Medicine* 1978; 12, 179–186.
- Blehar M.C.: Public Health context of women's mental health research. *Psychiatric Clinics of North America* 2003; 26, 781–799.
- EUROSTAT. In: *Santé psychique de la population vivant en Suisse 2005*, Rapport OFS, à paraître 2005.
- Verbrugge L.M., Steiner L.P.: Prescribing drugs to men and women. *Health Psychology* 1995; 4, 79–98.

# Gesundheitskosten und Geschlecht in der Schweiz

**Dass Frauen eine höhere Nachfrage nach medizinischen Leistungen haben und höhere Gesundheitskosten verursachen, wird als Tatsache dargestellt. Diese Einschätzung kommt allerdings alleine aufgrund der Krankenversicherungskosten zustande, die in der Schweiz ein Drittel der ausgewiesenen Gesundheitsleistungen ausmachen [1]. Wenig fundierte Kenntnisse bestehen über die Gründe der höheren Gesundheitsausgaben für Frauen.**

**Paola Coda Berteza, Isabelle Sturny, Elisabeth Zemp Stutz**

**I**m Folgenden wird untersucht, ob und wieso bei den Gesundheitsausgaben Geschlechterunterschiede bestehen. Diese Kenntnisse sollen helfen, geschlechterspezifische Konsequenzen politischer Entscheidungen zu erkennen.

Die Analysen erfolgten im Rahmen einer Studie [2], durchgeführt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit und des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan), und beruhen auf Daten des Datenpool von santésuisse 2001. Zudem wurden anhand der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen

«Kosten des Gesundheitswesens» [3] Schätzungen über die Aufteilung der Gesundheitskosten anderer Finanzierungsträger auf Frauen und Männer vorgenommen.

## Höhere Lebenserwartung der Frauen

Im Jahr 2001 wurden den Krankenversicherern für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Datenpool insgesamt 15,4 Milliarden Franken – 9,2 Milliarden (59%) für Frauen (51% der Versicherten) und 6,2 Milliarden für Männer – in Rechnung gestellt.

Wie die *Abbildung 1* zeigt, sind die Gesamtkosten von Frauen in allen Altersgruppen ausser am Lebensanfang höher als diejenigen der Männer. Die Pro-Kopf-Kosten der beiden Geschlechter unterscheiden sich vor allem im Alter um 30 und ab 81 Jahren. In den Altersgruppen zwischen 66 und 80 Jahren sind die Pro-Kopf-Kosten der Männer höher als diejenigen der Frauen. Die Gesamtkosten der Frauen sind aber trotzdem viel grösser, da es in diesen Alterklassen deutlich mehr Frauen als Männer gibt.

Um zu berechnen, wie sich die unterschiedliche Lebenserwartung auf die Krankenversicherungskosten auswirkt, wurde die Differenz zwischen der Anzahl Frauen und der Anzahl Männer in jeder Altersklasse mit den Pro-Kopf-Ausgaben der entsprechenden Altersklasse multipliziert [2]. Gemäss dieser Berechnung führt die höhere Lebenserwartung der Frauen im Jahr 2001 zu grösseren Ausgaben für die Frauen von rund 1,58 Milliarden Franken. Die unterschiedliche Lebenserwartung erklärt somit über die Hälfte des Geschlechterunter-



Paola Coda Berteza



Isabelle Sturny



Elisabeth Zemp Stutz

schiedes der Krankenversicherungsausgaben (2,99 Milliarden). Frauen sind vor allem in den höheren und kostenintensiveren Altersklassen (ab 66 Jahren) in der Mehrzahl.

### Sexuelle und reproduktive Gesundheit

In der Lebensspanne um 30 Jahre sind die Pro-Kopf-Ausgaben für Frauen doppelt so hoch wie diejenigen für Männer. Der Hauptgrund liegt bei den Kosten für reproduktive Gesundheit (die Kosten für die Mutterschaft sowie für die reproduktiven Organe und ihre Funktionen). Diese fallen vorwiegend bei Ausgaben in der Gynäkologie/Geburtshilfe an. Im Jahr 2001 belaufen sich die ambulanten Kosten für Gynäkologie/Geburtshilfe bei Frauen auf 296 Millionen Franken, die stationären auf 197 Millionen. Dazu kämen die Ausgaben für Gynäkologie-Leistungen, die AllgemeinärztInnen oder Hebammen erbringen, sowie Gynäkologie-Laborkosten. Diese waren aber in der vorliegenden Datenbasis nicht verfügbar.

### Psychiatrie

Die *Abbildung 2* zeigt, dass Frauen das ganze Leben hindurch höhere Pro-Kopf-Kosten für die ambulante Psychiatrie als Männer aufweisen. Im stationären Psychiatriebereich sind die Geschlechterunterschiede hingegen weniger ausgeprägt. Die Männer weisen über fast alle Alterskategorien hinweg höhere stationäre als ambulante Psychiatriekosten auf. Bei den Frauen ist dies im erwerbstätigen Alter umgekehrt. Möglicherweise ist dies auf einen unterschiedlichen Zugang zu psychiatrischen Leistungen zurückzuführen: Männer kommen erst in einer späteren Krankheitsphase mit psychiatrischen Diensten in Kontakt, wenn eine Hospitalisierung womöglich nicht mehr vermeidbar ist. Der Einfluss geschlechterspezifischer Stereotype auf ärztlicher Seite mag ebenfalls dazu beitragen: Bei Frauen wird tendenziell eher psychologisiert, bei Männern eher somatisiert. Beide Erklärungsmöglichkeiten werfen – für beide Geschlechter – die Frage nach der Qualität der Behandlung auf.

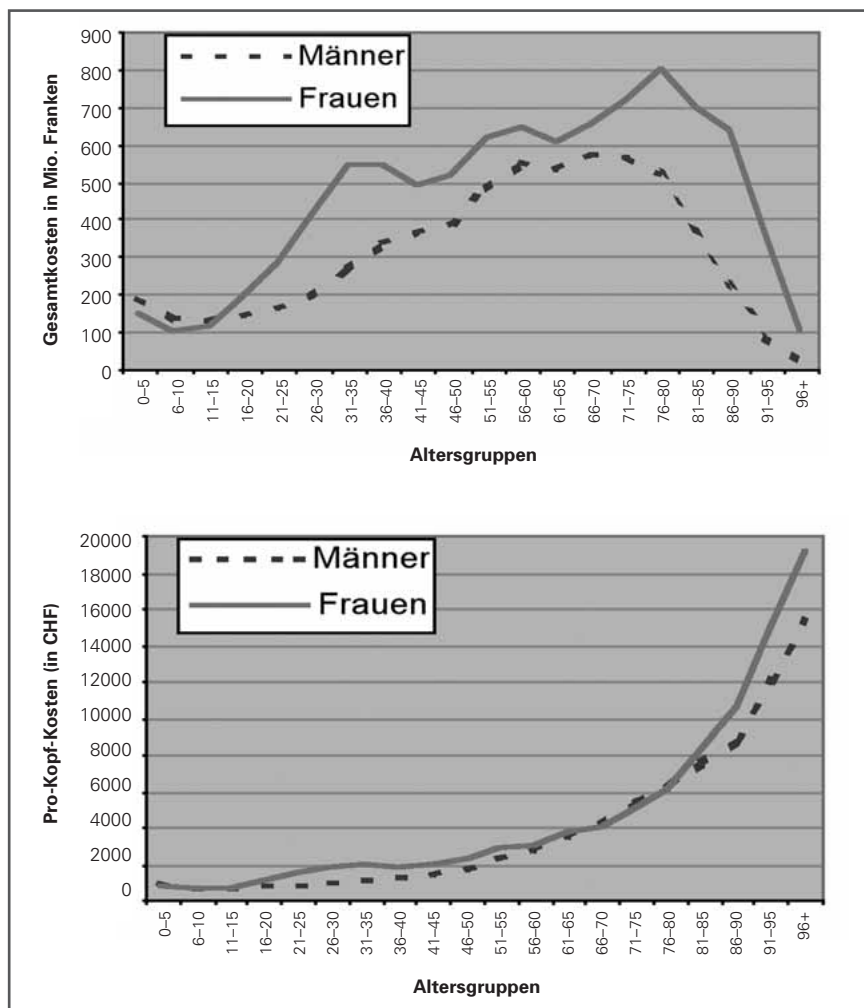


Abbildung 1: Gesamtkosten und Pro-Kopf-Kosten nach Geschlecht und Altersgruppe, 2001

Quelle: Datenpool, santésuisse / Auswertung Obsan

### Weitere Finanzierungsträger

Werden die weiteren Finanzierungsträger des Gesundheitswesens betrachtet, so ergibt sich ein anderes Bild als bei den Krankenversicherungsdaten. Die übrigen Sozialversicherungen weisen im Jahr 2001 höhere Ausgaben für Männer als für Frauen aus. Die Unterschiede bei der Unfallversicherung kommen vorwiegend dadurch zustande, dass Männer mehr Unfälle haben und ihre Kosten eher als bei den Frauen durch die Unfallversicherung abgedeckt sind. Da Frauen öfter über die OKP gegen Unfall versichert sind, erklärt dies einen Teil der höheren Krankenversicherungskosten für Frauen.

Im Gegensatz dazu zeigen vorgenommene Schätzungen, dass die staatlichen Ausgaben (die hauptsächlich in Form von Subventionen an Spitäler und Pflegeheime geleistet

werden) in grösserem Ausmass für Frauen entrichtet werden: Die höhere Lebenserwartung der Frauen sowie die Reproduktionsbelange dürften auch für diese Mehrkosten verantwortlich sein.

Frauen berappen einen viel grösseren Teil der Gesundheitskosten selber: sie bezahlen rund zwei Drittel der «Out-of-pocket»-Kosten<sup>1</sup>, was einer Differenz von 4 Milliarden Franken entspricht. Auch diese massiv grössere Selbstbeteiligung der Frauen an den Gesundheitskosten ist zum grossen Teil auf ihre höhere Lebenserwartung zurückzuführen: Im Alter leben Frauen öfter und länger in Pflegeheimen, die sie zu 70 Prozent selber finanzieren müssen [3].

<sup>1</sup> Gesundheitskosten, die von privaten Haushalten direkt bezahlt werden, exkl. die Selbstbeteiligung an den Krankenversicherungskosten, die in dieser Analyse bereits bei den Krankenversicherungskosten berücksichtigt wurden.

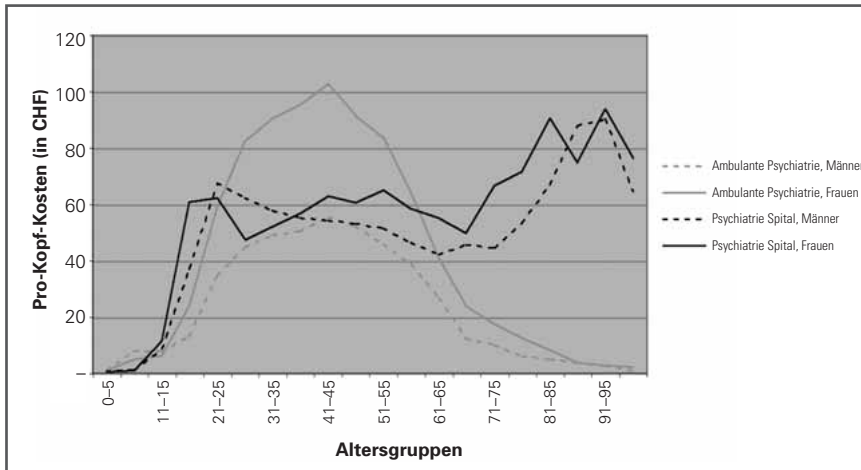


Abbildung 2: Ambulante und stationäre Psychiatriekosten nach Geschlecht und Altersgruppe, 2001

Quelle: Datenpool, santésuisse / Auswertung Obsan

### Kostendifferenz zwischen den Geschlechtern nach Finanzierungsträger, 2001

Finanzierungsträger (% der durch diese finanzierten Gesundheitsausgaben, 2001)	Kostendifferenz (Frauen-Männer, in Mrd. Franken)
Krankenversicherung OKP (38% <sup>2</sup> )	+ 2,99
Übrige Sozialversicherungen (Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung) (8%)	- 1,03
Staat (17%)	+1,24
Private Haushalte: Out of pocket <sup>1</sup> (26%)	+ 3,88
Privatversicherungen und andere private Finanzierungen <sup>3</sup> (11%)	?

### Informelle Pflegeleistungen

In der Schweiz erhalten über eine Million Menschen informelle Hilfe von Familienangehörigen und Bekannten. Das Ausmass der informellen Hilfe übertrifft somit jenes der Spitex bei weitem [4]. Wegen der Geschlechterrollen und weil Frauen länger leben als ihre Partner, wird diese Hilfe mehrheitlich von Frauen verrichtet. Obwohl informelle Leistungen wesentlich zur Senkung der tatsächlichen Gesundheitskosten beitragen, werden sie in keiner Gesundheitsstatistik ausgewiesen. In der Gegenüberstellung von Frauen- und Männergesundheitskosten werden deshalb Frauen doppelt benachteiligt: Einerseits erbringen sie unentgeltlich Leistungen, die die Gesundheitskosten der Männer entlasten

und in den Statistiken nicht erscheinen. Andererseits können sie selber, vor allem im Alter, viel weniger auf entsprechende Hilfe zurückgreifen und müssen häufiger durch Professionelle und in Institutionen gepflegt werden, was ihre ausgewiesenen Kosten ansteigen lässt.

### Schlussfolgerungen

Die Aussage «Frauen verursachen höhere Gesundheitskosten als Männer» ist zu undifferenziert. Unter Einbezug aller Finanzierungsträger des Gesundheitswesens weisen Frauen höhere Gesundheitskosten als Männer auf, bezahlen aber auch einen viel grösseren Teil selber. Die höhere Lebenserwartung der Frauen ist für einen erheblichen Teil dieser höheren Gesundheitskosten verantwortlich; Reproduktions- und ambulante Psychiatriekosten tragen ebenfalls dazu bei. In einer geschlechterspezifischen Gesamtbilanz der Gesund-

heitskosten sollten ebenfalls die meist von den Frauen verrichteten informellen Pflegeleistungen quantifiziert und betrachtet werden, was derzeit wegen des Mangels an entsprechenden Daten unmöglich ist.

Bei der Frage nach der Finanzierung der Gesundheitsausgaben sollen diese geschlechterspezifischen Faktoren berücksichtigt werden. Aktuelle Kürzungsbestrebungen für Pflegeheimleistungen würden zum Beispiel gerade für das Geschlecht ins Gewicht fallen, das durch informelle Leistungen Kosten sparen hilft. ■

Autorinnen:

Paola Coda Berteau,  
lic. phil. I, MPH

und

Elisabeth Zemp Stutz,  
PD Dr. med., MPH

Institut für Sozial- und  
Präventivmedizin  
Steinengraben 49  
4051 Basel

Isabelle Sturny, lic. phil.

Schweizerisches  
Gesundheitsobservatorium  
Espace de l'Europe 10  
2010 Neuchâtel

Kontaktadresse

E-Mail: paola.coda@unibas.ch

### Literatur

- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Obsan fact sheet. September 2003, Nr. 1.
- Camenzind P, Meier C (Hrsg.). Gesundheitskosten und Geschlecht. Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Hans Huber, Bern, 2004.
- Bundesamt für Statistik (Hrsg.). Kosten des Gesundheitswesens: Detaillierte Ergebnisse 2001 und Entwicklung seit 1995. Neuchâtel, 2003.
- Bundesamt für Statistik (Hrsg.). Schweizerische Gesundheitsbefragung. Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997. Neuchâtel, 2000.

<sup>2</sup> Inklusive Selbstbeteiligung und Franchise, die von den Versicherten direkt bezahlt werden.

<sup>3</sup> Die Datenlage der Privatversicherungen erlaubt keine geschlechterspezifische Analyse.

# Die Pflege – eine Herausforderung für die Gesundheitsökonomie

**Heute sind sich Ökonominen, die zu Gender (Geschlechterverhältnisse) und Wirtschaft arbeiten, einig: Eine Wirtschaftstheorie, die sich nicht mit der Care-Ökonomie<sup>1</sup> befasst, schliesst von vornherein umfangreiche Tätigkeiten von Frauen aus. Sie kann nur beschränkt relevant sein, was die Wohlfahrt<sup>2</sup> und das Wirtschaften einer Gesellschaft anbelangt [1].**

**Mascha Madörin**

**E**xpertInnen für Gender-relevante Budgetanalysen fordern, dass die Auswirkungen öffentlicher Ausgaben auf die unbezahlte Arbeit von Frauen und Männern und auf die Care-Ökonomie untersucht werden sollen. Allerdings zeigt die Erfahrung, dass dies ungewohnte Herausforderungen an die Wirtschaftstheorie stellt [2]. Das Gesundheitswesen ist ein nicht unwesentlicher Teil dieser Care-Ökonomie<sup>3</sup>. Es lässt sich durch bemerkenswert asymmetrische Verhältnisse zwischen Männern und Frauen charakterisieren. Zu Gender-relevanten Einseitigkeiten der Medizin, medizinischer und pflegerischer Dienstleistungen wie auch ihrer Nutzung gibt es inzwischen erfreulicherweise etliche Untersuchungen [3]. Über eine Gen-

der-relevante Gesundheitsökonomie ist aber noch kaum geforscht worden. Frauen werden nach wie vor vorwiegend als Kostenverursacherrinnen oder Klientinnen angesehen, nicht als die wichtigsten bezahlten und unbezahlten Arbeitskräfte des Gesundheitswesens. Eine Gender-relevante Gesundheitsökonomie müsste aber bei dieser Frage ansetzen.

## Care-Tätigkeiten kaum ein Thema

Frauen leisten im Gesundheitssektor häufig Arbeit, für die es in den verschiedenen ökonomischen Theorie-traditionen keine adäquaten Begriffe gibt. Anfänglich verwendeten die Theoretikerinnen der neuen Frauenbewegung dafür den Begriff «Beziehungsarbeit», der wie kaum ein anderer Begriff der neuen Frauenbewegung zu endlosen Debatten mit Männern führte. Heute hat sich in der Fachliteratur der Begriff «Caring/ Care labor» durchgesetzt. Aber die Besonderheiten von Care-Arbeit passend in neue ökonomische Begriffe zu fassen, ist bisher, von wenigen Ausnahmen [4] abgesehen, kaum angegangen worden. Nach meinen groben Schätzungen macht in der Schweiz die für Care-Tätigkeiten verwendete Arbeitszeit rund die Hälfte der insgesamt geleisteten bezahlten und unbezahlten Arbeitsstunden aus, je nach dem, wie eng der Begriff Care-Tätigkeit gefasst wird. Doch trotz dieses hohen Anteils sind diese Tätigkeiten für ÖkonominInnen kaum ein Thema. Sie interessieren sich vorwiegend für die Produktion von Gütern, für den technischen Fortschritt, die Steigerung der Arbeitsproduktivität in der Industrie, für die damit verbundenen

Dienstleistungen im Handels- und Finanzsektor und für die Globalisierung. Auch die Gesundheitsökonomie ist von dieser Denktradition und den damit verbundenen Gedankengebäuden und Begriffen geprägt. Es muss noch viel theoretische Arbeit und Forschung geleistet werden, um brauchbare Konzepte zu entwickeln.

## Zwischenmenschlichkeit und Leistung

Ein Autoproduzent als Beispiel hat eine Subjekt-Objekt-Beziehung zu den Autos, die er produziert oder verkauft. Auch der Käufer beschafft sich ein Objekt. Persönlich haben Produzent und Käufer in diesem Denkmodell nichts miteinander zu tun, sie treten anonym über den Markt miteinander in Kontakt. Nach den gängigen Markttheorien wird dieses Denkmodell auch auf Dienstleistungen angewendet. Doch alle personenbezogenen Dienstleistungen, seien es die einer Reiseführerin, eines Pflegers oder einer Mutter, setzen unvermeidlich zwischenmenschliche Beziehungen voraus, also Subjekt-Subjekt-Beziehungen. Emotionen, zwischenmenschliche Beziehungen und Kommunikation sind Teil der meisten Care-Tätigkeiten sowie – das ist entscheidend – Teil der Qualität und der tatsächlichen Leistung [4].

<sup>1</sup> Care-Ökonomie kann umschrieben werden mit dem Versorgen von Menschen, Sorge tragen, sich um jemanden/etwas sorgen, Pflegen, Aufziehen und Betreuen. Eine deutsche Übersetzung gibt es nicht. Je nach Erkenntnisinteresse wird der Begriff Care-Ökonomie unterschiedlich abgegrenzt.

<sup>2</sup> Wohlfahrtsökonomie ist ein Teilgebiet der Wirtschaftstheorie, die sich unter anderem mit der Frage der öffentlichen Güter beschäftigt.

<sup>3</sup> Dazu gehört auch das Aufziehen von Kindern, die damit verbundenen öffentlichen Einrichtungen und anderes mehr.

## Der entscheidende Punkt

Als meine Mutter mit fast 96 Jahren in ein Alters- und Pflegeheim eintrat, war sie anfänglich über die Wortkargheit des Personals schockiert und fühlte sich sehr verunsichert. Meine Schwester und ich liessen sie – ohne ihr Wissen – in eine höhere Pflegestufe einteilen. Dies wäre aufgrund ihrer körperlichen Verfassung nicht unbedingt nötig gewesen. Es bedeutete aber, dass sie nun mehr Kontakt mit dem Pflegepersonal hatte. Meine Mutter äusserte sich kurz darauf befriedigt darüber, dass die Pflegenden gesprächsfreudiger geworden seien. Wir wagten nicht, ihr zu sagen, was die neue Vereinbarung war und vor allem, wie viel mehr diese kostete. Sie konnte es sich leisten, das war nicht das Problem. Aber sie hätte es als verletzend und demütigend empfunden für kleine Handreichungen, ein Gespräch und gemeinsames Lachen bezahlen zu müssen. Sie empfand dies schlicht als Zwischenmenschlichkeit, die für sie immer selbstverständlich war im Umgang mit Menschen, die ihre Hilfe brauchten. Der entscheidende Punkt ist, dass Zwischenmenschlichkeit, Freundlichkeit und ein bisschen Unterstützung Zeit, Energie und ein Minimum an Beziehungskontinuität brauchen. Dafür ist in den Pflegeplänen jedoch immer weniger Zeit vorgesehen. Und trotzdem stellt dieser Zeitaufwand eine ökonomische Voraussetzung für eine gute Pflege dar.

## Komplexe Zeitabläufe

Voraussetzung für die Rationalisierung und Arbeitsteilung der industriellen Produktion ist die Aufteilung des Produktionsablaufs in standardisierte, kleine Schritte und damit eine lineare Zeitorganisation. Dies ist aber bei Care-Tätigkeiten nur sehr beschränkt möglich. Zeitbudget-Erhebungen aus Australien zeigen beispielsweise, dass der Betreuungsaufwand für Kinder um das Vierfache steigt, wenn auch diejenige Betreuungsarbeit mitgezählt wird, die während der Hausarbeiten nebenbei geleistet wird. Eine lange Präsenzzeit, das Da- und Verfügbar-Sein gehört zu vielen Care-Leistungen. Eine Auflis-

tung von «Pflegehandlungen» wird dieser Tatsache nicht gerecht, auch wenn sie noch so differenziert und umfassend zu sein scheint.

## Menschliche Grundbedürfnisse

Die Zwischenmenschlichkeit von Care-Tätigkeiten enthält noch einen weiteren Aspekt, der zu einer Erneuerung ökonomischen Denkens führen muss: Die Motivation und die Qualität von Care-Tätigkeiten haben etwas mit der Sorge für Andere zu tun (Altruismus), mit Empathie und Menschenliebe und dem menschlichen Grundbedürfnis nach sozialen Beziehungen. Das wirtschaftstheoretische Konzept des rationalen Handelns geht jedoch von einem Eigeninteresse aus, das sich über den anonymen Markt realisiert. Altruistische Motivation und zwischenmenschliche Beziehungen wurden von den ÖkonomInnen lange als etwas «Nicht-Ökonomisches» gesehen und vorwiegend von unbezahlt arbeitenden Frauen erwartet. Jede Frau weiss jedoch, dass Altruismus Zeit und Energie erfordert, für die allenfalls bezahlt werden muss. Zeitmangel kann bei ÄrztInnen, PflegerInnen und TherapeutInnen zum Verlust dieser Motivation führen und dann werden sie schlechter arbeiten.

## Freiheit und Abhängigkeit

Vollends ausgeblendet wird bei diesen wirtschaftstheoretischen Grundannahmen die Tatsache, dass wir alle zeitweise abhängig von anderen sind und manchmal verantwortlich für andere. Abhängigkeit bedeutet, dass die Entscheidungs- und Wahlfreiheit, ein in der Ökonomie hoch geschätzter Wert, eingeschränkt ist, weil man auf das persönliche Engagement und die Dienstleistung anderer Menschen angewiesen ist. Die freie Wahl der Krankenkassen ist keine Antwort darauf, auch wenn sie aus anderen Gründen sinnvoll sein mag. Abhängigkeit wegen Erkrankung beinhaltet zudem oft mehr als ÄrztInnen, Pflegenden und/oder TherapeutInnen zu beanspruchen: Wenn ich krank bin, kann ich die Medikamente vielleicht noch lange ohne Hilfe selber schlucken, mir

Spritzen verabreichen und mich via Internet über medizinische Behandlungsmethoden informieren. Möglicherweise kann ich mich jedoch nicht mehr selber waschen, einkaufen gehen, kochen oder putzen. Diese elementaren Pflege- und Versorgungsleistungen gehören seltsamerweise nicht oder nur zu einem geringen Teil zu den Grundleistungen der Krankenkassen. Es sei denn, die Patientin halte sich im Spital oder einer Rehabilitationsklinik auf – ein Grund, möglichst lange in solchen Institutionen zu bleiben. Die Grundannahme hinter dieser Regelung ist, dass diese Versorgungsleistungen unbezahlt von Frauen zuhause erbracht werden.

## Herausforderungen ernst nehmen

Diese Überlegungen – es ist nur eine beschränkte Auswahl zu den Herausforderungen einer Gender-relevanten Gesundheitsökonomie – dürften Pflegeerfahrenen nicht neu sein. Wenn sie jedoch von den GesundheitsökonomInnen ernst genommen würden, dann müssten diese die Diskussionen über das Gesundheitswesen ganz anders führen. Das Problem ist, dass sie es nicht tun – und trotzdem einflussreich sind. Ihre Konzepte sind schon längst Teil des Gesundheitsdiskurses geworden. ■

Autorin:

**Mascha Madörin**

Ökonomin, arbeitet zu Wirtschaftspolitik und Gender, Care-Ökonomie und öffentliche Finanzen

Lehengasse 27

4142 Münchenstein

E-Mail: mmadoerin@bluewin.ch

## Literatur:

1. Power M (2004): Provisioning as a Starting Point for Feminist Economics. *Feminist Economics*, Jg.10, H3, 3-19.
2. Madörin, Mascha (2003): Gender Budget. Erfahrungen mit einer Methode des Gender Mainstreaming. *Widerspruch* 23. Jg., H 44, 35-50.
3. Vgl. z.B. Camenzind P/ Meier C (Hg.) (2004): Gesundheitskosten und Geschlecht. Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber.
4. Jochimsen M A (2003): Careful Economics, Integrating Caring Activities and Economic Science. Boston/ Dordrecht/ London: Kluwer Academic Publishers.

# Kommunikation in der Sprechstunde

**Ob Mann oder Frau spielt bei der Kommunikation in der Arztpraxis eine grosse Rolle. Das gilt sowohl für den Arzt wie auch für den Patienten. So beeinflusst das Geschlecht des Arztes nicht nur sein oder ihr eigenes Verhalten, sondern auch das des Gegenübers. Doch die Forschung steht in diesem Bereich erst am Anfang.**

**Marianne Schmid Mast,  
Claudia Dietz**

Die Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin ist die Basis des Informationsaustausches im ärztlichen Setting und ein wichtiger Aspekt ihrer Beziehung. Was der Patient oder die Patientin über sich mitteilt und welche Fragen er/sie an den Arzt oder die Ärztin stellt, sind entscheidend für den Verlauf der Konsultation, für die Diagnose und die Behandlung. Aber auch der Kommunikationsstil der Behandelnden wirkt auf die Patienten. Wie der Arzt oder die Ärztin kommuniziert beeinflusst beispielsweise, wie zufrieden Patientinnen und Patienten mit einem Arztbesuch sind, an welche ärztlichen Informationen sie sich nach der Konsultation erinnern, wie sehr sie Ratschläge befolgen, ob sie die verschrie-

benen Medikamente einnehmen, ob sie zur nächsten Konsultation erscheinen und wie sich ihr Gesundheitszustand verbessert [1, 2]. Geschlechtsunterschiede beim Austausch von Informationen sind gut dokumentiert und widerspiegeln sich auch in der Arzt-Patienten-Interaktion. Ärztinnen kommunizieren anders als Ärzte, was wiederum einen Einfluss auf die Kommunikation der Patienten hat. Umgekehrt beeinflusst das Geschlecht des Patienten die ärztliche Kommunikation, die durchgeführten diagnostischen Abklärungen und angebotenen Behandlungsmöglichkeiten.

## Ärztinnen kommunizieren positiver

Frauen kommunizieren anders als Männer. Sie drücken mehr Emotionen aus, beziehen das Gegenüber mehr ins Gespräch ein, zeigen mehr Interesse am Gesprächspartner und geben mehr über sich Preis. Ärztinnen und Ärzte unterscheiden sich in ihrem Kommunikationsverhalten in auffällig ähnlicher Weise voneinander, wie dies Frauen und Männer generell tun [3]. Ärztinnen und Ärzte vermitteln zwar gleich viel medizinische Information, erstere unterscheiden sich jedoch in Bezug auf die Kommunikationsaspekte. Ärztinnen kommunizieren positiver, indem sie beispielsweise ihre Patienten ermutigen und unterstützen. Ärztinnen zeigen auch öfter ein Verhalten, das dem Aufbau einer partnerschaftlichen Beziehung dient. So fragen sie beispielsweise nach den Gründen für den Arztbesuch oder beziehen den Patienten oder die Patientin in die Entscheidungsfindung mit ein. Ärztinnen stellen auch mehr psychoso-



Marianne Schmid Mast



Claudia Dietz

ziale Fragen, das heisst sie interessieren sich dafür, wie sich die Krankheit oder die Beschwerden auf den Alltag und das Erleben auswirken. Sie schenken den Emotionen der Patienten mehr Bedeutung indem sie beispielsweise nachfragen, was die Patienten beunruhigt und sie äussern mehr Anteilnahme und Mitgefühl. Auch zeigen Ärztinnen mehr positive nonverbale Verhaltensweisen

wie Lächeln und Nicken und ihre Konsultationen dauern im Schnitt zwei Minuten länger.

Diese Unterschiede müssen vor dem Hintergrund vieler Gemeinsamkeiten in der Kommunikation gesehen werden. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Kommunikationsstil von Ärztinnen eher partnerschaftlich und emotional ist verglichen mit dem ihrer männlichen Kollegen.

### **Patienten berichten anders**

Das Geschlecht des Arztes beeinflusst nicht nur sein oder ihr eigenes Verhalten, sondern auch das des Patienten [4]. Grundsätzlich sprechen Patienten bei einer Ärztin mehr als bei einem Arzt und teilen dabei mehr medizinisch relevante Information mit. Dies ist insofern bemerkenswert, als Diagnose und Therapie zu einem grossen Teil auf dieser Information basieren. Einer Ärztin gegenüber werden mehr positive Äusserungen (z.B. Zustimmung) gemacht. Patienten fühlen sich Ärztinnen gegenüber in einer stärkeren Position als Ärzten gegenüber. Sie wagen es eher, eine Ärztin zu unterbrechen und verhalten sich ihr gegenüber allgemein durchsetzungsstärker. Patienten stellen mit Ärztinnen eine partnerschaftlichere Beziehung her als mit Ärzten, indem sie Ärztinnen um ihre Meinung fragen und bei Unklarheiten nachfragen. Es gibt aber auch Kommunikationsbereiche, bei denen das Geschlecht des Arztes für die Patienten keine Rolle spielt. So stellen sie gleich viele Fragen, sprechen gleich häufig über nichtmedizinische Belange und kommunizieren gleich emotional mit Ärztinnen wie mit Ärzten.

### **Patientinnen fragen mehr**

Grundsätzlich gilt, dass das Patientenverhalten mehr durch das Geschlecht des Arztes als durch das Geschlecht des Patienten bestimmt ist. Wenn sich Unterschiede im Kommunikationsverhalten zwischen Patientinnen und Patienten zeigen, dann liegen diese in der Regel im emotionalen Bereich. So kommunizieren Patientinnen (wie auch Ärztinnen) grundsätzlich positiver als Patienten. Dies äussert sich zum Beispiel darin, dass sie

positive Emotionen zum Ausdruck bringen, interessierter sind und auch mehr Fragen stellen [5].

### **Unterschiedliches Verhalten des Arztes**

Das Geschlecht des Patienten beeinflusst das Arztverhalten. Patientinnen werden einfühlsamer behandelt, vermehrt nach ihrer Meinung und ihren Gefühlen gefragt und erhalten mehr Informationen als Patienten [6]. Letzteres wahrscheinlich auch weil, wie oben erwähnt, Patientinnen mehr fragen. Patientinnen werden auch häufiger unterbrochen als Patienten. Mit Patientinnen wird also eher mehr und in einer emotionaleren und partnerschaftlicheren Art und Weise kommuniziert als mit Patienten.

### **Gegengeschlechtliche Konsultationen sind schwieriger**

Nur wenige Studien haben den Einfluss des Geschlechts auf der Arzt- sowie auf der Patientenseite gleichzeitig untersucht, um so Aussagen über die Kommunikation im ärztlichen Setting treffen zu können. Grundsätzlich gestalten sich gegengeschlechtliche Konsultationen und insbesondere diejenigen zwischen Ärztinnen und Patientinnen positiver als gegengeschlechtliche [7]. Eine Ärztin und eine Patientin kommunizieren konfliktfreier und partnerschaftlicher miteinander und es wird mehr gelacht und mehr gegenseitige Zustimmung geäussert. Gegengeschlechtliche Konsultationen verlaufen schwieriger, und insbesondere wenn ein Patient eine Ärztin konsultiert, verläuft die Kommunikation suboptimal. In dieser Konstellation werden beispielsweise sehr wenig medizinische Informationen ausgetauscht.

### **Zufriedenheit der Patienten**

Die Patientenzufriedenheit beeinflusst den Behandlungsverlauf positiv, weshalb sie ein guter Indikator für die Güte der Arzt-Patienten-Beziehung ist. Sind nun Patienten mit Ärztinnen zufriedener als mit Ärzten? Eigentlich würde man dies erwarten, denn der Kommunikationsstil von Ärztinnen entspricht genau

dem Interaktionsstil, den Patienten im Allgemeinen bevorzugen und der erst noch zu grösserer Patientenzufriedenheit führt. Paradoxerweise scheint dies nicht der Fall zu sein, denn in einigen Untersuchungen ist die Zufriedenheit mit Ärzten grösser als in anderen Studien mit Ärztinnen oder es zeigen sich gar keine Geschlechtsunterschiede [8]. Patienten sind also nicht generell zufriedener mit Konsultationen bei Ärztinnen oder bei Ärzten.

### **Erwartungen abhängig vom Geschlecht**

Die meisten der hier berichteten Befunde stützen sich auf Untersuchungen in Allgemeinpraxen. Die medizinische Fachrichtung ist jedoch ein wichtiger Faktor, der bis anhin nur sehr begrenzt in Studien mit einbezogen wurde. Wie entscheidend es ist, diese mit zu berücksichtigen, zeigt sich an Befunden zur Kommunikation von Gynäkologinnen und Gynäkologen. Die bereits erwähnten Geschlechtsunterschiede in der ärztlichen Kommunikation sind hier gerade umgekehrt: Gynäkologen kommunizieren emotionaler als ihre Berufskolleginnen und ihre Konsultationen dauern länger.

Erwarten Patienten von ihrem Arzt einen anderen Kommunikationsstil als von ihrer Ärztin und wie beeinflusst deren Erfüllung oder Nichterfüllung die Patientenzufriedenheit? Es gibt Hinweise darauf, dass Ärztinnen nur dann zufriedene Patienten haben, wenn sie geschlechterrollenkonform, also emotional und nicht dominant kommunizieren, während bei Ärzten die Patientenzufriedenheit unabhängiger vom ärztlichen Kommunikationsstil zu sein scheint [9].

Dass der Kommunikationsstil und das Geschlecht des Arztes und des Patienten einen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit, den Genesungsprozess und das psychische und physische Wohlbefinden von Patienten haben, ist unbestritten. Wie diese Faktoren zusammenwirken und sich gegenseitig verstärken oder abschwächen können, verstehen wir bis heute nur ansatzweise. Daher ist es wichtig, dass künftige Forschung

im Bereich Kommunikation in der Arzt-Patienten-Beziehung die Variable Geschlecht mitberücksichtigt. ■

**Autorinnen:  
Marianne Schmid Mast**

E-Mail:  
m.schmidmast@psychologie.unizh.ch

**Claudia Dietz**  
E-Mail: claudie@swissonline.ch

Psychologisches Institut  
der Universität Zürich  
Sozial- und Gesundheitspsychologie  
Rämistrasse 66  
8001 Zürich

Literatur:

1. Schmid Mast M., Kindlimann A., & Hornung R.: Wie sich das Geschlecht und der Kommunikationsstil von Ärzten auf die Patientenzufriedenheit auswirken: Vom kleinen, aber feinen Unterschied. *Praxis*, 2004. 93: 1183–1188.
2. Hall J.A., Roter D.L.: Medical communication and gender: A summary of research. *The Journal of Gender-Specific Medicine* 1998. 1: 39–42.
3. Roter D.L., Hall J.A., Aoki Y.: Physician gender effects in medical communication. *Journal of the American Medical Association* 2002. 288: 756–764.
4. Hall J.A., Roter D.L.: Do patients talk differently to male and female physicians? A meta-analytic review. *Patient Education and Counseling* 2002. 48: 217–224.
5. Hall J.A., Roter D.L.: Patient gender and communication with physicians: Results of a community-based study. *Women's Health* 1995. 1: 77–95.
6. Hooper E.M. et al.: Patient characteristics that influence physician behavior. *Medical Care* 1982. 20: 630–638.
7. Zaharias G., Piterman L., Linddell M.: Doctors and patients: Gender interaction in the consultation. *Academic Medicine* 2004. 79: 148–154.
8. Hall J.A. et al.: Satisfaction, gender, and communication in medical visits. *Medical Care* 1994. 32: 1216–1231.
9. Burgoon M., Brink T.S., Hall J.R.: Compliance and satisfaction with physician-patient communication: An expectancy theory interpretation of gender differences. *Human Communication Research* 1991. 18: 177–208.

# Rheuma: vergleichende Forschung mit Defiziten

**Rheumatische Erkrankungen gehören zu den am weitesten verbreiteten chronischen Leiden in nahezu allen Industriegesellschaften. Sie haben sich in den letzten Jahrzehnten zu einer Volkskrankheit entwickelt. Das Vorkommen dieser Erkrankung steigt meist mit dem Alter an, wobei Frauen häufiger betroffen sind.**

**Ruth Deck**

Unter dem Begriff «rheumatische Erkrankungen» werden zahlreiche unterschiedliche Krankheitsbilder zusammengefasst. Es handelt sich um Krankheiten des Bewegungsapparates, die Schmerzen und Funktionseinschränkungen verursachen [1]. Die Ursachen (Ätiologie) der meisten rheumatischen Erkrankungen sind weitgehend unbekannt, doch gelten einige Risikofaktoren wie genetische Ursachen oder Faktoren der Arbeitswelt (schwere körperliche Arbeit, Heben, statische Arbeitshaltungen, Bücken und Drehen, Vibrationen) als gesichert [2]. In einigen Fällen werden psychosomatische Zusammenhänge (Genese) vermutet [3]. Laut Schätzungen sind Frauen um 60 Prozent häufiger betroffen als Männer (s. *Abbildung*). In vielen Fällen treten bei Frauen auch schwerere Krank-

heitssymptome und ungünstigere Verläufe auf [4, 5].

## Typische Krankheitsbilder

Im Folgenden soll die Problematik beispielhaft an einzelnen rheumatischen Krankheitsbildern beleuchtet werden.

### ■ Rheumatoide Arthritis

Die rheumatoide Arthritis (RA) gehört zu den häufigsten entzündlichen rheumatischen Gelenkerkrankungen. 0,5 bis 2 Prozent der Bevölkerung sind mindestens einmal im Leben davon betroffen. Wie die rheumatoide Arthritis entsteht, ist letztlich unklar. Die Erkrankung kann in jedem Alter auftreten, in der Regel aber häufiger zwischen dem 40. und 70. Lebensjahr. Frauen erkranken in allen Altersstufen etwa zwei- bis viermal häufiger als Männer. Pro Jahr werden 10 bis 20 Neuerkrankungen pro 100 000 Männer und 20 bis 70 Neuerkrankungen pro 100 000 Frauen angegeben [6]. Schweregrad und Verlauf der RA scheinen bei Frauen ungünstiger zu sein. Dies zeigt sich in klinischen, insbesondere aber in den selbst berichteten Krankheitssymptomen.

### ■ Spondylitis ankylosans

Es handelt sich um die wichtigste und häufigste entzündliche Erkrankung der Wirbelsäule. Die Spondylitis ankylosans, auch Morbus Bechterew genannt, tritt bei 0,5 bis 1 Prozent der Bevölkerung auf. Die Ursache ist ebenfalls nicht vollständig geklärt. Der Verlauf und die Prognose der Spondylitis ankylosans ist jedoch gutartig. Die Erkrankung kann in jedem Alter auftreten, beginnt bei den meisten Patienten je-



Ruth Deck

doch im frühen Erwachsenenalter. Die Erkrankung ist bei Männern (im Verhältnis 4:1) häufiger. Neuere Befunde deuten darauf hin, dass bei diesen Häufigkeitsangaben die tatsächlichen geschlechtsbedingten Unterschiede überschätzt werden, da die Erkrankung bei Frauen milder verlaufen kann, sodass Fehldia-

**«In vielen Fällen treten bei Frauen auch schwerere Krankheits-symptome und ungünstigere Verläufe auf.»**

gnosen nicht ausgeschlossen sind. Mehrere Studien gehen von einer annähernd gleichen Häufigkeit der Erkrankung aus [4].

### ■ Arthrosen, Osteoarthrosen

Bei den (Osteo-)Arthrosen handelt es sich um Gelenkerkrankungen, die durch lokale degenerative Verände-

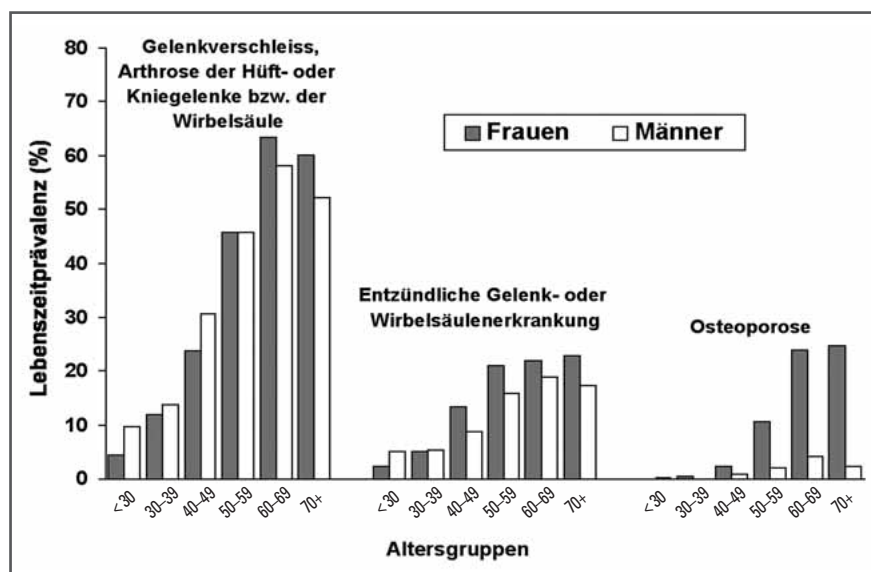


Abbildung: Häufigkeit (Lebenszeitprävalenz) rheumatischer Erkrankungen in der deutschen Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen, Bundesgesundheits-survey, 1998

rungen an Knorpel, Knochen und Bindegewebsteilen verschiedener Gelenke gekennzeichnet sind. Daraus resultieren Schmerzen, Muskelverspannungen, Bewegungseinschränkungen und Schwellungen im Bereich der betroffenen Gelenke. Arthroseerkrankungen variieren deutlich mit dem Alter. Bei 20-Jährigen lassen sich nur bei zirka 4 Prozent degenerative Gelenkveränderungen feststellen, bei den über 70-Jährigen erreicht dieser Anteil über 80 Prozent. Frauen sind häufiger von einer durch Röntgen gesicherten Arthrose betroffen als Männer, insbesondere nach dem 50. Lebensjahr [7]. Bei Frauen verläuft die Krankheit darüber hinaus schwerer. Bei ihnen sind mehr Gelenke betroffen, und die Patientinnen berichten häufiger über Morgensteifigkeit, Gelenkschwellungen und Nachtschmerz [5].

#### ■ Rückenschmerzen

Von Rückenschmerzen betroffen sind 30 bis 40 Prozent der erwachsenen Bevölkerung, auf die Lebenszeit berechnet sind es annähernd 90 Prozent. Rückenschmerzen gehören deshalb zu den häufigsten Gesundheitsstörungen überhaupt [8]. In der überwiegenden Mehrzahl – laut Schätzungen mindestens 60 Prozent – handelt es sich um unspezifische

Störungen, die sich nicht auf eine anatomische Ursache zurückführen lassen [9]. Das Auftreten von Rückenschmerzen variiert mit dem Alter, am häufigsten aber sind sie zwischen dem 50. und 60. Lebens-

«Mehrere Studien aus den USA zeigen bei rheumatischen Krankheiten einen deutlichen, in allen Altersgruppen bestehenden Geschlechtsunterschied.»

jahr. Frauen sind häufiger und schwerer von Rückenschmerzen betroffen. In eigenen Studien zeigen sich diese Geschlechtsunterschiede auch, wenn soziodemografische, berufs- und sozialschichtbezogene Merkmale berücksichtigt werden [10].

#### ■ Fibromyalgie

Unter der Diagnose Fibromyalgie oder «Weichteilrheuma» werden Erkrankungen der Muskeln, Sehnen und Bänder zusammengefasst. Fibromyalgie wurde erstmals in den Siebzigerjahren als Krankheit definiert [vgl. 11] und beschreibt ein

nichtentzündliches, generalisiertes Schmerzsyndrom. Ursache und Krankheitsentwicklung der Fibromyalgie sind weitgehend unklar, gesicherte epidemiologische Zahlen auch zu alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenzen liegen bis heute kaum vor. Frauen erkranken jedoch sieben- bis neunmal häufiger als Männer [12].

#### Geschlechtsspezifische Aspekte der medizinischen Versorgung

Männer und Frauen scheinen sich bei der medizinischen Versorgung beziehungsweise dem Beanspruchen von medizinischen Leistungen zu unterscheiden. Frauen suchen bei Beschwerden generell häufiger einen Arzt auf und nehmen mehr Medikamente ein als Männer [13]. Dieser Trend gilt sehr wahrscheinlich auch im Bereich der rheumatischen Krankheiten. Mehrere Studien aus den USA [5] zeigen bei rheumatischen Krankheiten einen deutlichen, in allen Altersgruppen bestehenden Geschlechtsunterschied. Frauen werden gemäss diesen Daten eineinhalb- bis dreimal häufiger behandelt als Männer [5].

In Deutschland zeigen Untersuchungen, dass Frauen mit einem Anteil von 18,9 Prozent häufiger wegen rheumatischer Beschwerden in Behandlung waren als Männer mit einem Anteil von 14,8 Prozent [14]. Befunde aus eigenen Untersuchungen ergaben, dass Frauen mit aktuellen oder rezenten (vor kurzem aufgetretenen) Rückenschmerzen in fast allen erfragten Behandlungsarten (Medikamente, Spritzen, physikalische Therapien) deutlich häufiger vertreten sind. Auch wenn verschiedene Schweregrade der Rückenschmerzen getrennt betrachtet wurden, waren diese Geschlechtsunterschiede deutlich erkennbar.

Über das Beanspruchen professioneller Hilfe hinaus nutzen Frauen die Ressourcen des Laiensystems (Familie, Freunde, Kollegen etc. sowie Austausch von Therapieerfahrungen und -möglichkeiten) offensichtlich stärker als Männer. Corney [15] fand in ihrer Studie diesbezüglich deutliche Unterschiede. Ferner scheinen bei Frauen soziokulturelle

Bedingungen (geschlechtsspezifischer Umgang mit Krankheit durch Erziehung, Rollenmuster) bei intensiverer medizinischer Behandlung und beim Beanspruchten von sonstigen Hilfen eine Rolle zu spielen. So wird vermutet, dass es bei Frauen eher akzeptiert wird, Symptome und Körpergefühle zu schildern, dass Frauen aufgrund ihrer beruflichen und häuslichen Situation die Krankenrolle leichter annehmen können und dass Frauen in ihrer Zeitgestaltung flexibler sind, was die Kontakte zum medizinischen Versorgungssystem betrifft [16].

### Deutliche Defizite

Studien, die sich systematisch mit geschlechtsspezifischen Themen auseinander gesetzt haben, zeigen, dass Frauen von rheumatischen Krankheiten häufiger betroffen sind und dass sich häufig schwerere Krankheitssymptome zeigen und der Krankheitsverlauf ungünstiger ist. Vermutungen, die versuchen, diese Unterschiede zu erklären, verweisen sowohl auf hormonelle Faktoren, Lebensstil und multiple Rolleneinbindungen (als Hausfrau, Mutter, Berufstätige etc.) als auch auf psychologische und soziologische Aspekte beim Wahrnehmen und Verarbeiten von Krankheit [17]. Ob-

**«Eine geschlechter-sensible Forschung ist jedoch erforderlich, um über eine konkretere Basis für die Umsetzung problemorientierten Handelns in der medizinischen Praxis zu verfügen.»**

wohl seit einiger Zeit die Bedeutung geschlechtsspezifischer Gesundheitsforschung betont wird, weist eine systematisch vergleichende Forschung auch im rheumatischen Bereich noch deutliche Defizite auf. Eine geschlechtssensible Forschung ist jedoch erforderlich, um über eine konkretere Basis für die Umsetzung problemorientierten Handelns in der

medizinischen Praxis zu verfügen. Darauf aufbauend wäre an Behandlungsleitlinien und entsprechende Therapieprogramme zu denken, welche sich geschlechtsspezifischen Belangen widmen. Abschliessend soll jedoch darauf hingewiesen werden, dass geschlechtsspezifische Gesundheitsforschung nicht mit frauenspezifischer Gesundheitsforschung gleichzusetzen ist. Es geht vielmehr darum, die unterschiedlichen spezifischen Probleme von Frauen und Männern und deren unterschiedliche Anforderungen an das Gesundheitssystem zu erkennen. ■

**Autorin:  
Dr. Ruth Deck**

Wissenschaftliche Mitarbeiterin  
Institut für Sozialmedizin  
Universitätsklinikum Schleswig-  
Holstein, Campus Lübeck  
Beckergrube 43-74  
D-23552 Lübeck  
E-Mail:

Ruth.Deck@sozmed.uni-luebeck.de

#### Literaturverzeichnis:

1. Raspe H: Epidemiologische und sozialmedizinische Aspekte in der Rheumatologie. Deutsches Ärzteblatt 1995: 691-694.
2. Lenhardt U: Arbeitsbezogene Intervention zur Reduzierung muskuloskelettaler Beschwerden – internationale Erfahrungen. In: Bundesanstalt für Arbeitsmedizin (Hrsg.). Prävention arbeitsbedingter Muskel-Skelett-Erkrankungen. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW: 1996; 41-46
3. Uexkuell T von: Psychosomatische Medizin. 5. Auflage. München: Urban & Schwarzenberg 1997.
4. Hannan MT: Epidemiologic perspectives on women and arthritis: an overview. Arthritis Care and Research, 1996; 9, 424-434.
5. Verbrugge LM: Women, men, and osteoarthritis. Arthritis Care and Research 1995; 8, 212-220.
6. Mau W & Zeidler H: Epidemiologie, Manifestationen und Komplikationen der chronischen Polyarthritis. Versicherungsmedizin 1999a: 51, 59-65.
7. Silman AJ & Hochberg MC (eds.): Epidemiology of the rheumatic diseases. Oxford, New York, Tokyo: Oxford University Press 1993.
8. Kohlmann T, Deck R & Raspe H: Prävalenz und Schweregrad von Rückenschmerzen in der Lübecker Bevölkerung. Aktuelle Rheumatologie 1995; 20, 99-104.
9. Croft P & Raspe H: Back Pain. Baillière's Clinical Rheumatology 1995; 9, 565-583.
10. Deck R, Kohlmann T & Raspe H (1998): Der

Einfluss soziodemographischer Unterschiede bei muskuloskelettalen Schmerzen. Gesundheitswesen, 60: A38- A39.

11. Schochat T & Raspe H: Die Epidemiologie der Fibromyalgie und des nosologischen Hintergrundes. Ergebnisse einer Bevölkerungsstudie in Bad Säckingen. Aktuelle Rheumatologie 19995: 20, 105-111.

12. Lawrence RC, Helmick CG, Arnett FC, Deyo RA, Felson DT, Giannini EH, Heyse SP, Hirsch R, Hochberg MC, Hunder GG, Liang MH, Pillemer SR, Steen VD & Wolfe F: Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States. Arthritis and Rheumatism 1998; 41, 778-799.

13. Bennecke-Timp A, Vogel H & Worringer U: Geschlechtsspezifische Aspekte in der Rehabilitation. PRAXIS der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 1997; 10, 3-6.

14. Krappweis J: Chronisch rheumatische Beschwerden und Erkrankungen. Sozial- und Präventivmedizin 1993; 38, 348-355.

15. Corney RH: Sex differences in general practice attendance and help seeking for minor illness. Journal of Psychosomatic Research 1990; 34: 525-534.

16. Felder H & Brähler E: Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. In: Brähler E & Felder H (Hrsg.), Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. Opladen, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 1999.

17. Bammann K, Babitsch B, Jahn I & Maschewski-Schneider U: Weibliche Lebensverläufe und Gesundheit – Ergebnisse einer Untersuchung nationaler Surveydaten 50-69-jähriger Frauen aus Ost- und Westdeutschland. Sozial- und Präventivmedizin 1999; 44, 65-77.

# Am wichtigsten ist die medizinische Qualität

von Erika Ziltener,  
Präsidentin Verein Patientenstelle Zürich und Dachverband Schweizerischer Patientenstellen



Erika Ziltener

Schätzungen über Todesfälle wegen Behandlungsfehlern schrecken immer wieder auf. Laut BAG sollen jährlich rund 3000 Menschen in Schweizer Spitälern an Kunstfehlern sterben. Unabhängig von der Genauigkeit dieser Schätzung: Ein dringender Handlungsbedarf zur Verbesserung von Qualität und Sicherheit bei den medizinischen Leistungen ist mehr als ausgewiesen.

Die Qualitätssicherung ist seit 1996 im KVG verankert, umgesetzt wird sie nur zögerlich. In einzelnen privaten und staatlichen Projekten wird zwar wertvolle Pionierarbeit geleistet, aber eine gesamtschweizerische und flächendeckende (institutionelle und ambulante) Qualitätssicherung fehlt noch immer. Dieser Mangel muss endlich behoben werden. Parlamentarische Vorstösse im Nationalrat und im Zürcher Kantonsrat verlangen nach raschen Verbesserungen. Eine abschliessende Definition von Qualität ist eine der grossen Herausforderungen im Gesundheitswesen. Zwar ist ein Spielraum vorhanden,

Qualität nach Betroffenheit und entsprechend dem eigenen Wertesystem unterschiedlich zu beurteilen, aber ohne minimale verbindliche Rahmenbedingungen geht es nicht: Schlecht gewartete Apparate geben keine gesicherten Resultate; fehlende Verfügbarkeit, schlechte Erreichbarkeit insbesondere im Notfall und fehlende Kontinuität einer Behandlung gefährden die Heilung, im schlimmsten Fall sogar das Leben. Intransparente Strukturen lassen die Fehlerquote ansteigen, ebenso wie nur selten durchgeführte Eingriffe wie zum Beispiel Transplantationen. Effizienz und Resultate sowie Kosten müssen verhältnismässig sein und schliesslich, als wohl wichtigstes Kriterium bei der Qualitätssicherung, muss das interpersonelle Verhalten auf den verschiedenen Behandlungsebenen geregelt werden.

Während früher die Krankheit im Mittelpunkt stand, stehen heute die Patientin und der Patient im Zentrum. Mit diesem Paradigmawechsel wird der kranke Mensch zum mitgestaltenden Individuum. Der persönliche und kulturelle Hintergrund wirkt aktiv auf seine Behandlung ein. Ihre Meinung wird akzeptiert und in die Entscheidung einbezogen. Die Patientin oder der Patient erwartet von der Ärztin oder dem Arzt Heilung. Die Ärztin geht ebenfalls davon aus, dass sie den Patienten heilen kann. Diese Haltung produziert oft ein Spannungsfeld von gegenseitigen Erwartungen, Ansprüchen und Hoffnungen. Dies kann in vielen Fällen nicht oder nur teilweise erfüllt werden. Das liegt in der Natur der Sache. Trotzdem führt es oft zur Desillusionierung über die

fehlende Allmacht der Medizin. Wenn die Patientin aktiv in den Behandlungsprozess eingebunden ist, kann das zu einer positiven Auseinandersetzung mit der Krankheit oder dem eingeschränkten Gesundheitszustand führen. Dann prägen nicht mehr die ärztliche Freiheit und die unterschiedlichen Behandlungsmethoden die Auseinandersetzung, sondern das patientenorientierte Vorgehen.

Nicht jeder Fehler führt zum Tod, Leid und Schmerz aber verursacht er immer. So ist jeder Fehler, der nicht passiert, ein Gewinn für alle Beteiligten. Wir tolerieren die fehlende Qualitätssicherung bereits viel zu lange. Die Fehlerquote muss durch einen veränderten Umgang mit Fehlern reduziert werden. Allen voran können die Ärztinnen und Ärzte die Qualitätssicherung vorantreiben. Sie agieren an entscheidenden Stellen und verfügen über Fachwissen. Damit können sie das Qualitätsmanagement – auch im Sinne von Lernprozessen – entscheidend beeinflussen. Wir alle können und müssen ihre Anstrengungen zur Fehlerminimierung unterstützen! Auch wir an den Patientenstellen helfen mit. Qualitätssicherung ist ein Schwerpunkt in unserem Engagement.

Erika Ziltener  
Patientenstelle Zürich  
Hofwiesenstrasse 3  
8042 Zürich  
E-Mail: [info@patientenstelle.ch](mailto:info@patientenstelle.ch)

# Reformstau: «Ohne Anreize spart niemand»

**Die Dynamik der Krankenkassenprämien seit 1999 lässt sich zu einem wesentlichen Teil auf die Pflegekosten (Kosten für Pflegeheime und Spitex) zurückführen: Die Pflegekosten pro Versicherten sind von 1998 bis 2004 um 51 Prozent gestiegen, die übrigen Gesundheitsleistungen sind in der gleichen Zeit nur um 33 Prozent gewachsen (s. Tabelle unten).**

**Stephanie Wyler**

**F**ür die weitere Kostenentwicklung in der Pflege von Bedeutung sind einerseits der medizinische Fortschritt und die demografische Veränderung. Zusätzlich ist ein Kostenschub durch die Aufhebung der Rahmentarife zu befürchten. Der Bundesrat (BR) hat deshalb ein Modell verabschiedet,

welches den Anteil der Krankenversicherer an der Pflege auf dem aktuellen Niveau stabilisiert, indem die Leistungen der Krankenversicherer grundsätzlich auf krankheitsbedingte

«Schnell werden systemische Lösungsansätze auf einen ganz spezifischen Fall heruntergebrochen, bei welchem bis in alle Eventualitäten die Grenzen des Systems für diesen bestimmten Fall aufgezeigt werden.»

Pflegeleistungen beschränkt werden sollen. Für diese Trennung sieht der BR die Aufteilung in Grund- und Behandlungspflege vor, wobei die Krankenversicherer an die Grundpflege einen Beitrag zu entrichten haben, während die Leistungen der Behandlungspflege von der obligatorischen Krankenversicherung voll übernommen werden sollen.

## Schwerpunkte abhängig vom Blickwinkel

Gegen den Vorschlag des BR wehren sich die verschiedensten Interessens-



Stephanie Wyler

vertreter, obschon diese Aufteilung bei den Spitexleistungen in einigen Kantonen bereits heute vorgenommen wird. In Kontrapositionen wird oft das einzelne Individuum in den Mittelpunkt gerückt. Schnell werden systemische Lösungsansätze auf einen ganz spezifischen Fall heruntergebrochen, bei welchem bis in alle Eventualitäten die Grenzen des Systems für diesen bestimmten Fall aufgezeigt werden. Das schweizerische Gesundheitswesen zeichnet sich dadurch aus, dass die verschiedenen Akteure keine Verantwortung für die volkswirtschaftlichen Auswirkungen übernehmen müssen. Aber auch die verschiedenen Sozialversicherer sind eng auf das eigene Gebiet begrenzt. Bei zukünftigen Gesetzesrevisionen darf deshalb nicht mehr das Individuum im Vordergrund stehen, sondern es muss die gesamte Bevölkerung sein.

## Kosten pro Versicherten zulasten der Grundversicherung in Fr.

	Pflegekosten	Gesamte OKP <sup>1</sup> -Kosten
1998	168	1946
2004	254	2595
Zunahme	51%	33%

Quelle: Auszug aus der Versichertenstatistik santésuisse

<sup>1</sup> OKP: obligatorische Krankenpflegeversicherung

### **Wirtschaftliche Leistungserbringung fördern**

Ein wichtiger Punkt bei der Planung des künftigen Gesundheitssystems ist die Nachhaltigkeit der Finanzierung. Die finanzielle Belastung der Familien ist in Anbetracht der Tatsache, dass 80 Prozent der Prämienverbilligung an Personen unter 45 Jahren ausbezahlt werden, neu zu überprüfen. Künftig werden immer weniger erwerbstätige Menschen für eine wachsende Anzahl älterer Personen die Sozialleistungen finanzieren. Deshalb muss der heutige Leistungsumfang überprüft und eine wirtschaftliche Leistungserbringung gefördert werden. Dass es auch im Leistungsbereich Pflege noch Verbesserungspotenzial gibt, zeigt meine Studie «Vergleich der Gesundheits-

**«Die finanzielle Belastung der Familien ist in Anbetracht der Tatsache, dass 80 Prozent der Prämienverbilligung an Personen unter 45 Jahren ausbezahlt werden, neu zu überprüfen.»**

systeme der Niederlande und der Schweiz bezüglich Kriterien für die Aufhebung des Vertragszwangs im ambulanten Pflegebereich<sup>2</sup>, bei welcher elf Fachpersonen auf verschiedenen Ebenen des Pflegefachbereiches zu Gesundheitspolitik, finanziellen Aspekten, Qualität, Angebot sowie zur Aufhebung des Vertragszwangs und möglichen Kriterien befragt wurden. Für den ausbleibenden Wettbewerb unter den Leistungserbringern machten die Befragten die fehlenden finanziellen Anreize für qualitativ hoch stehende und wirtschaftliche Leistungserbringung verantwortlich. Dies zeigt auf, dass ohne gesetzliche Vorgaben heute kaum Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden, obwohl die

Befragten bei einer Aufhebung des Vertragszwangs positive Anreize vor allem bei den Strukturanpassungen,

**«Für den ausbleibenden Wettbewerb unter den Leistungserbringern machten die Befragten die fehlenden finanziellen Anreize für qualitativ hoch stehende und wirtschaftliche Leistungserbringung verantwortlich.»**

der Steuerbarkeit, in der Qualitätsverbesserung und beim Abbau von Überkapazitäten sehen. Dies ist umso bedauerlicher, da effizienteren Organisationsstrukturen durch Fusionen von Spitexorganisationen Verbesserungsmöglichkeiten in den Bereichen Qualität, Angebot und Wirtschaftlichkeit attestiert werden.

### **Anforderungen für die Zukunft**

Die Akteure im Gesundheitswesen können in ihrem kleinen Bezirk die «Welt» verändern, ohne dass sie für die gesellschaftlichen Konsequenzen ihrer Tätigkeit verantwortlich sind. Nur deshalb können Leistungen unbegrenzt zur Verfügung gestellt und

**«Wie auch immer die Lösung für die künftige Pflegefinanzierung lauten wird, erscheint es wichtig, dass die Verantwortung für die gesamte Bevölkerung wahrgenommen wird.»**

beansprucht werden. Diesem Umstand gilt es bei künftigen Reformen im Gesundheitswesen stärker entgegenzuwirken. Ohne Anreize spart niemand, deshalb sollen bei der künftigen Pflegefinanzierung die Pflegebedürftigen, die Krankenversi-

cherer und die öffentliche Hand einen Beitrag entrichten. Dadurch kann verhindert werden, dass aufgrund einer Vollkostenübernahme die individuellen Absicherungen zu Lasten einer alles umfassenden Sozialversicherung aufgegeben werden. Eine Vollkostenübernahme hätte zur Folge, dass die OKP-Ausgaben und somit die Prämien massiv steigen würden. Wie auch immer die Lösung für die künftige Pflegefinanzierung lauten wird, erscheint es wichtig, dass die Verantwortung für die gesamte Bevölkerung wahrgenommen wird. Das Resultat muss langfristig auch für die jüngere Bevölkerung finanzierbar sein, und zwar für einen Leistungsumfang, welcher auch in Zukunft stabil bleiben kann. ■

**Autorin:  
Stephanie Wyler**

santésuisse

Römerstrasse 20

4502 Solothurn

E-Mail:

stephanie.wyler@santesuisse.ch

<sup>2</sup> Diplomarbeit von Stephanie Wyler, Juni 2002, Fachhochschule Gesundheit und soziale Arbeit, Aargau. Die Studie ist abrufbar unter [www.santesuisse.ch](http://www.santesuisse.ch) / Zahlen und Fakten / Studien.

# Funktionierende Partnerschaft mit zwei Gewinnern

**Eine gute Partnerschaft zwischen Pflegepraxis und Pflegewissenschaft ist zentral, damit die Pflege ihre Aufgaben effektiv und innovativ umsetzen kann. Solche Partnerschaften im Gesundheitswesen erlauben, gemeinsam Visionen und Praxismodelle zu erarbeiten, für eine patienten-, evidenz- und ergebnisorientierte Kultur.**

**Rebecca Spirig**

**E**in Beispiel dafür ist die Zusammenarbeit des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Basel mit der Abteilung Klinische Pflegewissenschaft am Universitätsspital Basel (USB). Diese Abteilung bildet eine Brücke zwischen Pflegepraxis und -wissenschaft, welche es ermöglicht, die klinisch ausgerichteten Pflegeentwicklungen voranzutreiben. Seit der Gründung des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Basel (IPW) investieren die Mitarbeitenden in eine enge Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen der Pflegepraxis am USB. Fokussiert wird eine klinische Ausrichtung, um die Patientenversorgung interdisziplinär zu stärken und die Ergebnisse zu verbessern. Verbesserung kann dabei eine kompetente Intervention, effektive Vorbeugung oder ein verbessertes Symptomanagement bedeuten und damit auch den Spitalaufenthalt

verkürzen. Veränderungen im Pflegeberuf sowie neue Herausforderungen wie mehr hochbetagte und chronisch-kranke Patienten erfordern, dass sich die Pflege als Disziplin neu ausrichtet. [1, 2]. Auch die klinische Praxis gewinnt, wenn sie in eine Partnerschaft mit der Pflegewissenschaft investiert, denn neue Strategien sind dringend notwendig, um die Herausforderungen der Zukunft zu bewältigen.

## Begrenzte Karrieremöglichkeiten

Da für die Pflege eine kompetente Patientenversorgung, das heisst eine fürsorgliche Einstellung mit solidem klinischen Wissen und Können im Mittelpunkt steht, ist eine klinische Ausrichtung des IPW die logische Konsequenz. Hingegen wäre eine Ausrichtung auf Bereiche wie Pflegemanagement oder -pädagogik bei den aktuellen Herausforderungen kontraproduktiv. Die Realität im deutschsprachigen Raum zeigte bis vor kurzem, dass sich die Pflegewissenschaft nur selten mit der klinischen Praxis vernetzte. Dies führte dazu, dass die Pflegewissenschaft oft als «abgehoben» und «theoretisch» wahrgenommen wurde. Auch nahmen die Praxismitarbeitenden die Pflegewissenschaft kaum als Unterstützung für ihre täglichen Aufgaben wahr. Das Resultat war eine getrennte Entwicklung von Pflegepraxis, -ausbildung und -forschung. Da die Pflege zudem über viele Jahre verstärkt in die Ausbildung und Führung investierte, waren die Karrieremöglichkeiten für klinisch kompetente Pflegenden begrenzt. Oftmals wurden sie aus der Praxis in Führungs- und Ausbildungspositionen befördert und



Rebecca Spirig

ihre Fachkompetenz fehlte bei der Betreuung von Patienten.

## Vermehrte klinische Kompetenz

Am IPW in Basel wird die klinische Ausrichtung der Pflege gefördert, nach dem Vorbild von universitären Pflegeinstituten im angelsächsischen Raum. Dort konzentrieren sich heute zahlreiche universitäre Pflegeausbildungen auf Advanced Nursing Practice (ANP). Das Konzept ANP beschreibt Pflegenden mit vertieften klinischen, und forschungsorientierten Kompetenzen sowie Kenntnissen im Bereich Leadership und Zusammenarbeit als befähigt, proaktiv und partnerschaftlich die Betreuung von bestimmten Patientengruppen (z.B. geriatrischen und chronisch-kranken Patienten) zu optimieren. Erklärtes Ziel ist, deren Ergebnisse zu verbessern [3, 4]. Da ANP-Pflegespezialistinnen in der direkten Patientenbetreuung arbeiten, bieten ANP-Stellen klinische Karrieremög-

<sup>1</sup> Der Begriff «klinisch» bezieht sich auf alle Orte, an denen Patientinnen und Patienten gepflegt werden.

### Instrumente und Ziele der Abteilung Klinische Pflegewissenschaft

Die Abteilung setzt hauptsächlich drei Instrumente ein, um ihren Auftrag zu realisieren:

- Praxisentwicklung
- Pflegeforschung
- Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Mit dieser Ausrichtung kann sich die Abteilung Klinische Pflegewissenschaft in Zukunft zu einem Kompetenzzentrum entwickeln – mit folgenden Zielen:

1. Unterstützung des interdisziplinären Teams des USB bei
  - Verbesserung der Patientensicherheit und Pflegequalität v.a. bei Chronisch-kranken:
    - Einführung neuer Pflegemodelle und evidenzbasierter Pflege
    - Umsetzung von Forschungsergebnissen
    - kontinuierliche klinisch-orientierte Aus-, Fort- und Weiterbildung
  - Unterstützung einer fortschrittlichen Arbeitsumgebung in der Pflege
2. Sicherung einer professionellen Praxisentwicklung und Etablierung eines Kompetenzzentrums für «Advanced Nursing Practice<sup>2</sup>», das die schweizerischen Verhältnisse positiv beeinflusst und das extern anerkannt wird.
3. Partnerschaft mit dem Institut für Pflegewissenschaft, bei der Erfüllung seines Auftrags in Klinischer Entwicklung, Forschung und Lehre.
4. Zusammenarbeit bei der nationalen und internationalen professionellen Praxisentwicklung sowie mit Zentren für Pflegeexpertise (z.B. Inselspital Bern, Royal College of Nursing, London).

lichkeiten. Dabei ist zentral, dass die klinische Kompetenz von ANP-Pflegespezialistinnen dort eingesetzt wird, wo sie am meisten gebraucht wird: bei der direkten Patientenbetreuung.

Eine Partnerschaft des IPW mit der Abteilung Klinische Pflegewissenschaft unterstützt diese Ausrichtung, da Ressourcen gebündelt und evidenzbasierte Dienstleistungen gemeinsam erarbeitet werden können. Dies wiederum hilft, praxisrelevante Forschungsfragen zu generieren. [5, 6]. Im angelsächsischen Raum waren es Budgetkürzungen, Pflegepersonalnotstand, und suboptimale Arbeitsumgebungen, die die Entwicklung solcher Partnerschaften forcierten [7, 8]. Sie wurden als notwendiges Instrument betrachtet, um die Pflege zu stärken, Arbeitskräfte gezielt einzusetzen und finanzielle Ressourcen effektiv zu nutzen [9]. Sie bieten die Chance, sich neu zu orientieren und den Graben zwischen Wissenschaft und Praxis zu überbrücken [8, 10]. Eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Praxis und universitärem Bereich ist elementar, um genügend kompetente Pflegenden in den Spitälern halten zu können. Denn diese Art von Partnerschaft beeinflusst neben der Praxis auch die

Aus- und Weiterbildung und unterstützt vorteilhafte Arbeitsumgebungen, welche die Rekrutierung und die Verweildauer von Pflegenden positiv beeinflussen [10].

### Gründung der neuen Abteilung

Die Partnerschaft zwischen klinischer Praxis und Pflegewissenschaft führte 2001 zur Gründung der Abteilung Klinische Pflegewissenschaft am Universitätsspital Basel. Dies bedeutete eine Innovation im deutschsprachigen europäischen Raum.

Strukturell und finanziell ist die Abteilung Klinische Pflegewissenschaft dem Spital angegliedert. Die administrative Leitung hatte bisher die Pflegedirektorin, die fachliche Führung war seit 2001 ad interim durch die Leiterin des IPW gewährleistet. Ab Herbst 2005 übernimmt die Inhaberin des neuen Lehrstuhls Klinische Pflegewissenschaft die Leitung. Akademisch ist die Fachabteilung weiterhin dem IPW unterstellt. Der Aktionsradius der Fachabteilung reicht über das ganze Universitätsspital. Mitarbeitende der Fachabteilung sind ANP-Pflegespezialistinnen, Pflegeberaterinnen mit Fachausbildungen in Pflege Stufe II und universitäre Mitarbeiterinnen des IPW. Diese werden in verschiedene Gruppen zusammengefasst, mit dem Ziel, fachlich

orientierte Vernetzungen und Weiterentwicklungen zu ermöglichen.

Die Abteilung Klinische Pflegewissenschaft des USB geht damit in Richtung einer gut funktionierenden Partnerschaft von Pflegepraxis und Pflegewissenschaft. Sie zielt darauf ab, Führungspersonen und Mitarbeitende in beiden Systemen darin zu unterstützen, mit den Herausforderungen der Pflege proaktiv umzugehen und eine qualitativ hoch stehende und wirksame Pflege anzubieten, welche die Patientenresultate und die Betreuungsqualität am USB verbessert. ■

Autorin:

**Rebecca Spirig, RN, PhD,**

Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel & Abteilung Klinische Pflegewissenschaft, Universitätsspital Basel

Bernoullistrasse 28, 4056 Basel

E-Mail: Rebecca.Spirig@unibas.ch

### Literatur:

1. Hinshaw AS: Nursing Knowledge for 21<sup>st</sup> Century: Opportunities and Challenges. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 2000. 32(2): 117-123.
2. Spirig R et al.: Visionen und Perspektiven für die Zukunft: Die Pflege als Beruf im Gesundheitswesen der Deutschschweiz. *Pflege*, 2001. 14(3): 141-151.
3. Hamric AB, Spross J and Hanson M: *Advanced nursing practice. An integrative approach.* Philadelphia: W. B. Saunders, 3 ed. 2004.
4. Spirig R and De Geest s: «Advanced Nursing Practice» lohnt sich! *Pflege*, 17(4): p. 233-236, 2004.
5. Cronenwett LR: A present-day academic perspective on the Carolina nursing experience: building on the past, shaping the future. *J Prof Nurs* 2004. 20(5): 300-4.
6. Smith EL and Tonges MC: The Carolina nursing experience: a service perspective on an academic-service partnership. *J Prof Nurs*, 2004. 20(5): 305-9.
7. Aiken LH et al.: Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *Journal of the International Society For Quality in Health Care/Isqua*, 2002.14(1): 5-13.
8. Fralic MF: Hardwiring the «three-legged stool»: nursing's vital education/practice/research triad. *J Prof Nurs*, 2004. 20(5): 281-4.
9. Bleich MR et al.: Beyond tradition: synergizing intellectual and material capital to forge the new academic-service partnership. *J Prof Nurs*, 2004. 20(5): 285-94.
10. Kinnaman ML and Bleich MR: Collaboration: aligning resources to create and sustain partnerships. *J Prof Nurs*, 2004. 20(5): 310-22.

2 hier übersetzt mit wirksamer, resp. erweiterter, vertiefter Pflegepraxis

# Integrierte, videobasierte Parkinson-Versorgung

## Erfahrungen mit einem indikationsbezogenen integrierten Versorgungsmodell in Deutschland

**Um die medikamentöse Therapie für Parkinson-Patienten optimal einstellen zu können, müssen die Therapiewirkungen kontinuierlich beobachtet werden. Im Rahmen eines indikationsbezogenen integrierten Versorgungsmodells in Deutschland werden Parkinson-Patienten anstatt im Spital mittels Video im häuslichen Umfeld beobachtet. Ziele sind eine bessere Versorgung und weniger Hospitalisationen.**

**Hans-R. Hartweg**

Seit dem 1. Januar 2004 gilt in Deutschland das so genannte Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG). Dieses Gesetz hat insgesamt zu einer Wiederbelebung integrierter Versorgungsformen geführt. Leistungsanbieter und Krankenkassen haben die neuen gesetzlichen Möglichkeiten sowie die von der Regierung zur Verfügung gestellten zusätzlichen Mittel genutzt, um unterschiedlichste Modelle integrierter Versorgung umzusetzen. Im Folgenden wird ein solches Modell vorgestellt, in dessen Mittelpunkt telematische Anwendungen stehen: die integrierte, videobasierte Parkinson-Versorgung. Das Modell wird

vom Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK) und vom AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. sowie vom Universitätsklinikum Düsseldorf seit November 2004 im Rahmen von Integrationsverträgen umgesetzt.

### Was ist Parkinson?

Parkinson ist eine degenerative Erkrankung, unter der rund 1 Prozent der über 60-jährigen Bevölkerung leidet. Zu den klassischen Begleitsymptomen gehört eine ausgeprägte motorische Symptomatik (Bewegungslosigkeit [Akinese], eingefrorene, starr wirkende Bewegungsabläufe [Rigor] und Zittern der Gliedmassen [Tremor]). Krankheitsursache ist der bis dato nicht zu erklärende Abbau des Botenstoffs «Dopamin». Dieser Abbau ist medikamentös zu behandeln. Welche Medikamente genau in welcher Dosierung zu verabreichen sind, kann jedoch nur im Einzelfall durch kontinuierliche Beobachtung der Therapiewirkungen ermittelt werden.

### Herkömmliches Behandlungsschema

Damit die Therapiewirkung beobachtet werden konnte, mussten die Parkinson-Patienten bisher oft längere Zeit im Krankenhaus bleiben<sup>1</sup>. Im Rahmen solcher Krankenhausaufenthalte sollte mehrmals täglich die Beweglichkeit der Patienten dokumentiert werden, um daraus Rückschlüsse auf die Wirkung der verabreichten Medikation ziehen und allfällige Therapieanpassungen vornehmen zu können. In der Realität ist eine kontinuierliche Beobachtung jedoch schwierig in die Prozesse der neurologischen Stationen



Hans-R. Hartweg

zu integrieren. Stattdessen erfolgen die Beobachtungen oft nur stichprobenartig. Zudem erfuhren die Patienten bisher im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt häufig nicht die notwen-

**«Damit die Therapiewirkung beobachtet werden konnte, mussten die Parkinson-Patienten bisher oft längere Zeit im Krankenhaus bleiben.»**

dige Nachbetreuung. Sie wurden bei der weiteren Bewältigung ihrer Erkrankung nicht unterstützt. Oft nahmen sie die verordneten Medikamente nicht mehr regelmässig ein und führten die im Krankenhaus er-

<sup>1</sup> Seit Einführung der Fallpauschalvergütung (Pauschale pro Patientenaufenthalt/DRG-System) dürfte sich diese Situation verbessert haben, da sich längere Spitalaufenthalte für die Kliniken aus ökonomischer Sicht heute negativ auswirken, während sie sich früher, als die Kliniken eine Pauschale pro Pflgetag erhielten, lohnten.

lernten physio- und ergotherapeutischen Übungen nicht weiter. Nicht selten drohte deshalb nach dem Spitalaustritt sogar eine Verschlechterung des Gesundheitszustands, dem dann eine erneute Aufnahme ins Krankenhaus folgte. Ein «Drehtür-Effekt» stellte sich ein.

### **Integrierte, videobasierte Parkinson-Therapie**

Die Mängel der bisherigen Versorgung von Parkinson-Patienten sind einer der Gründe, weshalb das Modellprojekt «Ambulante Video-unterstützte Parkinsontherapie»<sup>2</sup>, die Ersatzkassenverbände (VdAK/AEV) sowie das Universitätsklinikum Düsseldorf das Modell der integrierten, videobasierten Parkinson-Therapie etabliert haben. Im Folgenden wird der mit dem Modell verbundene neue Behandlungsablauf vorgestellt.

### **Ablauf der Behandlung**

Die Eingangsuntersuchung und die Einschreibung zur integrierten, videobasierten Versorgung erfolgen in einer neurologischen Abteilung oder Klinik. Der aufnehmende Arzt un-

**«Die Aufnahmen werden an den behandelnden Klinikarzt übermittelt und von diesem ausgewertet.»**

tersucht den Patienten klinisch-neurologisch; er dokumentiert die Motorik mittels Video und erhebt den motorischen Befund. Danach folgt zunächst ein im Vergleich zur herkömmlichen Therapie verkürzter Spitalaufenthalt, der bis zu zehn Tagen dauern kann. In dieser Zeit wird ein Therapieplan erstellt; dabei werden allfällige (internistische) Begleiterkrankungen und andere Beeinträchtigungen des Patienten mit berücksichtigt.

Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus wird beim Patienten zu

Hause eine Videotechnik installiert. Mit dieser Apparatur werden täglich in regelmässigen Zeitabständen (und zusätzlich bei Bedarf zu anderen, vom Patienten bestimmten Zeitpunkten) Videoaufnahmen von der Körperbeweglichkeit gemacht. Es werden mindestens zehn Tagesprofile mit mindestens drei Videoaufnahmen pro Tag erhoben.

Die Aufnahmen werden an den behandelnden Klinikarzt übermittelt und von diesem ausgewertet. Vorteil für die behandelnden Ärzte ist, dass sie sich auch fernab des turbulenten (Stations-)Alltags mit der Auswertung der Videosequenzen beschäftigen können. Besonderer Vorteil für die Patienten ist, dass sie auch über grosse Distanz eine qualifizierte therapeutische Beratung erhalten. Aus den Beobachtungen kann der behandelnde Arzt Rückschlüsse im Hinblick auf die medikamentöse Therapie ziehen und den Patienten telefonisch oder per Fax darüber informieren.

Der behandelnde Klinikarzt nimmt mindestens einmal pro Woche per Voicemail, per Fax oder telefonisch mit dem Patienten Kontakt auf. Zudem erhalten die Patienten auf Veranlassung des behandelnden Arztes physiotherapeutische Leistungen entweder im häuslichen Umfeld oder in einer auf neurologische Erkrankungen spezialisierten physiotherapeutischen Praxis vor Ort oder in der Klinik.

### **Kooperation verbessern**

Ziel des Modells ist eine enge Kooperation zwischen der neurologischen Abteilung oder Klinik und dem ambulant-niedergelassenen Neurologen, um dem Patienten einen langfristigen Therapieerfolg zu sichern. Die Kliniken sind dabei als Vertragspartner der Krankenversicherer für die gesamte Therapie verantwortlich. Sie erhalten für die Therapie eine diagnosebasierte Fallpauschale (DRG-System). Der Neurologe in der Klinik plant und steuert die Behandlung mit Hilfe der Videosequenzen. Diese Tätigkeit kann er aber auch (z.B. bei Kapazitätsengpässen der Klinik) an kooperierende ambulant-niedergelassene Fachärzte

delegieren. Für diagnostische Massnahmen wird der Facharzt in diesen Fällen vom Spital entschädigt.

Die Bereitschaft zur Kooperation mit den niedergelassenen Neurologen ist Teilnahmekriterium für die

**«Ziel des Modells ist eine enge Kooperation zwischen der neurologischen Abteilung oder Klinik und dem ambulant-niedergelassenen Neurologen, um dem Patienten einen langfristigen Therapieerfolg zu sichern.»**

Krankenhäuser. Der niedergelassene Kooperationspartner erhält nach der erfolgten medikamentösen Neueinstellung, ähnlich wie der Krankenhausarzt, für jeden Patienten alle dokumentierten Videoaufnahmen und damit einen Überblick über den gesamten Therapieverlauf. Die Therapie wird für den Krankenhausarzt und für den einweisenden Kooperationspartner durch die integrierte, videobasierte Parkinson-Versorgung deutlich transparenter.

Dies soll es ermöglichen:

- einen Therapieplan zu erstellen, der die individuellen Besonderheiten des Patienten, seine wichtigsten Beeinträchtigungen, seine internistischen Begleiterkrankungen sowie die Komplikationen der bisherigen Therapie berücksichtigt
  - die Einhaltung der geltenden Qualitätsrichtlinien (Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Neurologie<sup>3</sup>) sowie die Überwachung der Gesamtbehandlung durch die neurologische Abteilung oder Klinik sicherzustellen
  - für die betroffenen Patienten vor Ort ein therapeutisches Umfeld aufzubauen, das die individuellen Gegebenheiten berücksichtigt.
- Erster Vertragspartner der beiden Ersatzkassenverbände (VdAK/AEV) ist wie erwähnt das Universitätsklinikum Düsseldorf. Die Ersatzkassenverbände haben aber vorgesehen, das Angebot auf ganz Deutschland

<sup>2</sup> Mehr Informationen im Internet: [www.mvb-parkinson.de](http://www.mvb-parkinson.de)  
<sup>3</sup> Internet: [www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/030-010.htm#4](http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/030-010.htm#4)

auszudehnen. Dabei sollen in erster Linie grosse Kliniken mit grossen Fallzahlen (mindestens 70 Patienten pro Kalenderjahr), aber nicht ausschliesslich Universitätskliniken, zum Zuge kommen. Bereits sind weitere Leistungsanbieter aus Hamburg und Münster dazugekommen. Krankenhäuser in Berlin und Tübingen (und später auch in München) werden folgen. Für die vertragliche Umsetzung ist ein Projektbeirat (bestehend aus Vertretern der beiden Vertragspartner) vorgesehen, der sich regelmässig austauscht.

### Evaluation

Eine Evaluation (voraussichtlich durch ein Universitätsinstitut) soll die Lebensqualität der Patienten, die Entwicklung der Behandlung (Ver-

gleich der ersten und letzten Videosequenzen), die Häufigkeit der physiotherapeutischen Behandlungen sowie die Qualität der Arzneimittelversorgung aufzeigen, wobei die letzten beiden Punkte mittels einer Patientenbefragung erhoben werden sollen.

Die folgenden Verbesserungen werden erwartet:

- Verbesserung der Therapie dank gezielterer Diagnostik
- weniger Nebenwirkungen
- kontinuierlichere Arzneimitteltherapie
- weniger Fehldosierungen
- standardisiertere, vollständigere Dokumentation
- bessere Lebensqualität der Parkinson-Patienten
- weniger Krankenhausaufhalte.

Die integrierte, videobasierte Parkinson-Versorgung soll also im Vergleich zur herkömmlichen Krankenhausbehandlung sowohl die Patientenorientierung als auch die Wirtschaftlichkeit verbessern. ■

**Autor:**

**Hans-R. Hartweg**

Dipl. Gesundheitsökonom (univ.)  
 Abteilung Vertrags- und Versorgungsmanagement  
 Referat Versorgungsoptimierung  
 Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) e.V.  
 AEV – Arbeiter-Ersatzkassenverband e.V.  
 Frankfurter Strasse 84  
 D-53721 Siegburg  
 E-Mail: Hans.Hartweg@vdak-aev.de  
 Internet: www.vdak-aev.de

## Spitalaufenthalte häufig unbefriedigend Kommentar aus Sicht eines Facharztes aus der Schweiz

Die Einführung von neuen Pharmaka hat in den letzten 40 Jahren die therapeutischen Möglichkeiten zur Behandlung der Parkinsonschen Krankheit deutlich verbessert. Mit der Levodopa-Therapie konnte die Lebenserwartung der Patienten in den Siebzigerjahren von fünf auf über zehn Jahre erhöht werden. Die Kombinationsbehandlung mit Dopaminagonisten hat die therapeutische Breite der Antiparkinson-Medikation deutlich verbessert. Die Parkinson-Patienten können heute mit einer Lebenserwartung von über 20 Jahren rechnen.

Mit der Verlängerung der Krankheitsdauer sind aber neue, bis jetzt unbekannt Probleme hinzugekommen. Die Lebensqualität kann insbesondere durch die Nebenwirkungen der eingesetzten Medikamente deutlich beeinträchtigt werden. Es sind vor allem pharmakodynamisch bedingte motorische Komplikationen wie Blockierungserscheinungen und überschüssige Bewegungen, die den Patienten im Alltag stören.

In der Praxis muss eine optimale Behandlung für jeden Patienten gefunden werden. Diese sollte dem Krankheitstyp und der Tätigkeit des

Patienten sowie dem Tagesablauf angepasst werden. Ein Spitalaufenthalt zur Optimierung der Medikation ist, wie Studien gezeigt haben, häufig unbefriedigend, da die häusliche Situation in der Klinik meistens nicht «simuliert» werden kann. Alternative Methoden zur aufwändigen Optimierung der Antiparkinson-Therapie, wie sie im Artikel von Hans-R. Hartweg vorgestellt werden, sind deshalb sicher zu begrüssen.

**Dr. med. Carlo Albani**

Facharzt für Neurologie FMH,  
 Zürich

# Einmal Rente – immer Rente!

**Ein kürzlich erschienenenes Buch zeigt Wege auf, wie Menschen mit psychischen Problemen und Problemen am Bewegungsapparat beruflich besser reintegriert werden könnten. Im Folgenden stellt ein Vorkämpfer der beruflichen Reintegration die Empfehlungen vor und fragt, was von ihnen zu halten ist und wieweit sie in die Botenschaft des Bundesrats zur Revision des Invalidenversicherungsgesetzes eingeflossen sind.**

**Hans Schmidt**

Wir Schweizer sind Weltmeister im Recycling von Industrieprodukten. Wenn es aber darum geht, Arbeitskräfte mit gesundheitlicher Beeinträchtigung zu «rezyklieren», also zu reintegrieren, versagen wir kläglich. Wer einmal eine Rente der Invalidenversicherung bezieht, behält sie meist, bis sie bei Erreichen des Pensionierungsalters durch eine AHV-Rente ersetzt wird. Das Buch «Einmal Rente – immer Rente?»\*, das im Rahmen des Nationalen Forschungsprogrammes 45 (Probleme des Sozialstaats) geschrieben wurde, hält fest, dass pro Jahr bloss knapp 2 Prozent der Rentenbe-

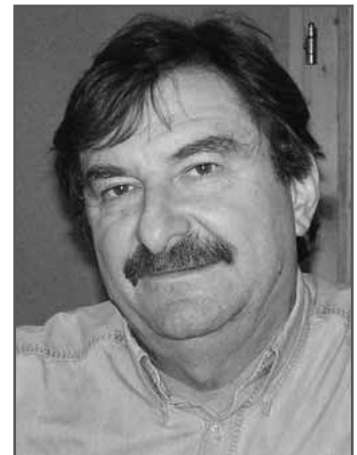
zuger wieder in die rentenfreie Arbeitswelt zurückfinden. Anhand von 47 Interviews mit Personen, die sich bei der IV angemeldet hatten, wird darüber nachgedacht, wie die Reintegration von potenziellen IV-Rentnern künftig vermehrt gefördert werden könnte. Befragt wurden nur Personen mit psychischen Problemen und/oder mit Beschwerden am Bewegungsapparat.

## Vier Rentenbezüger-Typen

Interessanterweise erfolgte nur bei wenigen Befragten in den ersten zwei Jahren nach dem erstmaligen Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung eine Anmeldung bei der Invalidenversicherung (IV). Die meisten meldeten sich erst viel später bei der IV an, als die Erkrankung schon weit fortgeschritten war. Die AutorInnen unterscheiden vier Gruppen von Spätmeldern:

- Personen, bei denen bereits im Jugendalter eine psychische Beeinträchtigung auftritt, mit schwierigem Berufseinstieg und ohne abgeschlossene Berufsausbildung. Die Reintegration dieser Personen erweist sich als besonders schwierig, weil bei der IV gilt: Wer keine Erstausbildung vorweisen kann, hat in der Regel keinen Anspruch auf eine längere Umschulung in einen anderen Beruf.

- Personen, bei denen bereits im Jugendalter eine psychische Beeinträchtigung auftritt, die aber eine Ausbildung abgeschlossen haben und eine kontinuierliche Erwerbstätigkeit aufweisen. Die Reintegration solcher Personen ist eher möglich, weil ein Anspruch auf eine Umschulung besteht, falls der Betroffene in der bisherigen Tätigkeit zu mindestens 20 Prozent im Ver-



Hans Schmidt

dienst beeinträchtigt ist.

- Personen mit körperlicher Krankheit oder Unfall, unklarem Ausmass der Beeinträchtigung, geringer Ausbildung, diskontinuierlicher Erwerbsbiografie. Diese Personen melden sich meist erst bei der IV an, wenn die berufliche Desintegration weit fortgeschritten ist. Nachteilig wirkt sich hier auch der instabile Gesundheitszustand aus: Die wechselnde Schmerzintensität und wiederholte Erschöpfungszustände führen zunehmend auf eine Rutschbahn der Verzweiflung.

- Personen mit körperlichen Beschwerden unklaren Ausmasses, die aber eine abgeschlossene Ausbildung aufweisen und auch beruflich verankert waren und/oder über eine ausgeprägte Berufsidentität verfügen. Diese Personen haben wiederum bessere Chancen auf eine be-

\* Ruth Bachmann, Franziska Müller, Andreas Balthasar: Einmal Rente – immer Rente? Wege in und aus der Invalidenversicherung: Prozesse und Bedingungen. Reihe: Nationales Forschungsprogramm Nr. 45 (Probleme des Sozialstaats). Verlag Rüegger, Zürich/Chur 2005. ISBN-Nr.: 3-7253-0795-4. 44 Franken.

rufliche Reintegration als diejenigen der vorgenannten Gruppe.

### Empfehlungen der AutorInnen

Aus den Interviews leiten die AutorInnen unter anderem folgende Empfehlungen ab, die zum Teil bereits in die Botschaft des Bundesrates zur 5. Revision der IV-Gesetzgebung eingeflossen sind:

– Die IV muss die *Früherkennung* fördern. Dazu braucht es auch die Zusammenarbeit mit Taggeldversicherern und *Arbeitgebern*.

– Die IV muss *nachhaltiger* werden: Qualifikationsverbesserungen sind zu ermöglichen – als *Investitionen*, welche sich auch für die IV auszahlen.

– Die IV muss *flexibler* werden: Berufliche Reintegration nach der Rentensprechung ist mit finanziellen *Anreizen* und der Einführung einer Übergangsförderung zu fördern.

– Die IV muss arbeitgebergerechter werden: Die *Unterstützung von Unternehmen* bei der Integration von behinderten Personen ist zu fördern.

### Was von den Empfehlungen zu halten ist

Die Vorschläge und Überlegungen der AutorInnen scheinen mir interessant und wichtig. Ein Teil davon geht aber aus meiner Sicht noch zu wenig weit, und viele werden in der Botschaft des Bundesrates zur IVG-Revision zu wenig berücksichtigt:

– Die vermehrte *Früherkennung* ist heute zu Recht in aller Munde; dabei wäre es wichtig, auch die *Arbeitgeber* in irgendeiner Art in die Pflicht zu nehmen (denn bisher ist alles freiwillig und deshalb auch beliebig).

Doch auch die Zusammenarbeit mit Arbeitgebern wird die wichtigste Zielgruppe kaum erfassen: Vor allem die Personen mit häufigem Arbeitsplatzwechsel, insbesondere im Niedriglohnsegment, müssten nämlich, wie verschiedene Interviews im Buch deutlich machen, früh entdeckt werden. Bei dieser Personengruppe fehlt aber oft das Interesse des Arbeitgebers, und/oder die Arbeitsunfähigkeit wird «unbemerkt» zwischen zwei Beschäftigungsverhältnissen erlitten.

– Richtig ist sicher auch die Forderung nach *Nachhaltigkeit*, die der Invalidenversicherung neue Aufgaben auferlegt. Zur Diskussion stehen beispielsweise Sprachkurse und länger dauernde Umschulungen für Personen ohne Erstausbildung. Es ist an der Zeit, jene Personen, die bisher benachteiligt waren (schlechte Schul- und Sprachkenntnisse) und die auch den Hauptharst der Invaliden stellen, endlich bevorzugt zu behandeln. In der Botschaft des Bundesrates ist davon aber wenig zu spüren; die fehlende Schulbildung und die mangelhaften Sprachkenntnisse werden als invaliditätsfremd beiseite geschoben.

Nachhaltig ist die IV heute auch deshalb nicht, weil sie nicht darauf vorbereitet ist, dass sich gesundheitliche Beschwerden mit der Zeit wieder zurückbilden können – oder dass sich die Betroffenen mit dem Gesundheitsschaden «arrangieren» und dadurch wieder arbeitsfähiger werden können. Hier wären längerfristig angelegte Integrationskonzepte und eine längerfristige Beratung und Begleitung gefragt. Dazu müsste das Personal bei der Invalidenversicherung ganz erheblich aufgestockt werden, wie man das in den Neunzigerjahren erfolgreich bei der Arbeitslosenversicherung gemacht hat. Die Arbeitslosenversicherung verfügt heute über ein halb so grosses Budget wie die Invalidenversicherung, hat aber dreimal mehr Personal. Die AutorInnen haben also Recht: Ohne *Investitionen* in die potenziell Behinderten lässt sich kein Sparprogramm durchziehen. Leider nimmt die im Juni 2005 veröffentlichte Botschaft des Bundesrates diese Erkenntnis aber kaum auf.

– Berechtigt ist auch die Forderung der AutorInnen nach mehr Flexibilität: Heute erhalten die gegen 300 000 Rentenbezüger von der IV neben der Rentenzahlung nur alle paar Jahre ein Formular mit der Frage: «Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Vergleich zu früher?» Eine Frage, auf die natürlich fast alle antworten: «Mir geht es gleich schlecht oder schlechter.» Wie die AutorInnen fordern, wären *Anreize* zu

schaffen für den Wiedereinstieg (z.B. freiwilliger Jahreskurs zur Vorbereitung auf den ohnehin immer härter werdenden Arbeitsmarkt). Dabei müsste aber gleichsam eine Besitzstandsgarantie gewährt werden: Der arbeitswillige Behinderte müsste davon ausgehen dürfen, dass er auch bei Wiederaufnahme einer (Teilzeit-)Arbeit finanziell unter dem Strich nicht schlechter gestellt wird. In der Botschaft zur 5. IV-Revision ist diese Besitzstandsgarantie für Wiedereinsteiger ansatzweise vorgesehen – eine der wenigen interessanten Neuerungen des sonst wenig innovativen Gesetzesvorschlags.

– Von zentraler Bedeutung ist für die AutorInnen auch der letztgenannte Punkt: die «Bereitschaft der *Unternehmen*, Personen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung anzustellen oder weiter zu beschäftigen». Damit wieder mehr «Nischenarbeitsplätze, Schonarbeitsplätze oder beschützte Arbeitsstellen» geschaffen würden, brauche es Anreize und Entlastungen für Unternehmen, welche behinderte Personen einstellen. Diese Forderung ist sicher richtig. Das Problem ist nur: Gesucht sind vor allem «leichte, einfache» Arbeiten für das Heer von schlecht ausgebildeten Ausländerinnen und Ausländern, die mit einem Bevölkerungsanteil von rund 20 Prozent einen Anteil an den IV-Renten von 35 Prozent aufweisen. Solche Stellen fehlen heute. Und welcher Unternehmer wird heute schon neue Stellen für leistungsgeminderte Personen schaffen, wenn er gleichzeitig im Zusammenhang mit Restrukturierungen Gesunde entlassen muss (von denen wir übrigens einen Teil in ein paar Jahren, nach 500 erfolglosen Bewerbungen, im Invalidensystem wiedersehen werden ...)? ■

**Autor:  
Hans Schmidt**

Rechtsanwalt lic. oec.

Schmidt Eugster Rechtsanwälte  
Bahnhofstrasse 10/Postfach 1491  
8700 Küsnacht

E-Mail: H.Schmidt@rehafirst.ch

# Qualität sichern, aber mit welchen Mitteln?

**Die Qualität unserer Gesundheitsversorgung ist gut. Sie könnte aber besser sein, darüber waren sich die meisten Teilnehmer einig, die sich am 2. Schweizerischen Kongress für Gesundheits- und Pharmakonomie trafen. Weniger Einigkeit bestand darin, mit welchen Mitteln die Qualität verbessert werden kann und wie Kosten und Qualität zusammenhängen. Entsprechend lebhaft und teilweise kontrovers gestalteten sich die Diskussionen der Experten.**

**Karin Diodà**

**R**und 150 Fachleute aus dem Gesundheitswesen trafen sich am 22. Juni 2005 in Bern zum Meinungsaustausch über das Thema «Arzt und Krankenversicherung: Kostenkontrolle zulasten der Qualität?» Exponenten aus Medizin, Wirtschaft, Recht und Politik stellten ihre Position engagiert und teils pointiert dar. Qualität und Qualitätssicherung, diese beiden Begriffe standen im Zentrum der Diskussionen. Verantwortlich für deren Umsetzung ist der Bund. Er hat die Aufgabe, gemeinsam mit den Kantonen,



Interessierte Zuhörer aus dem Gesundheitswesen.

Leistungserbringern (Ärzte und Spitäler), Krankenversicherern und Patientenorganisationen einen Rahmen zu schaffen, der dies ermöglicht. Das Parlament hatte im März 2005 gefordert, der Bund müsse seine normative Rolle im Bereich Qualitätssicherung und Patientensicherheit verstärkt wahrnehmen. Der im Krankenversicherungsgesetz (KVG) verankerte Auftrag sei noch immer nicht umgesetzt. Manfred Langenegger, Leiter der Fachstelle Qualitätssicherung beim Bundesamt für Gesundheit (BAG) nahm dazu Stellung. Er anerkenne, dass diesem Thema eine hohe Prioritätsstufe zukomme, die Umsetzung von Seiten des BAG solle deshalb klar beschleunigt werden.

## **Ansätze zur Bewertung von Qualität**

Dass der Auftrag zur Qualitätssicherung noch nicht umgesetzt ist, hängt auch damit zusammen, dass Qualität im Gesundheitswesen nur schwer fassbar ist. Die Fachleute am

Kongress waren sich zwar einig, wie wichtig Qualität ist, doch bei der Definition dieses Begriffs gingen die Meinungen auseinander. Die Idee einer normativen Wertvorstellung, was genau unter Qualität zu verstehen ist, wie man diese im Gesundheitswesen verbessern kann und was schlussendlich erreicht werden soll, fiel je nach Perspektive der Interessenvertreter unterschiedlich aus. Manfred Langenegger erläuterte das Verständnis von Qualität, indem er sich auf die Definition des Institute of Medicine (US National Academy of Sciences) stützte: Die Leistungen im Gesundheitssystem erfolgen demnach:

1. sicher
2. effektiv
3. zeitgerecht
4. patientenzentriert
5. effizient (Verhältnis Output/Input)
6. gerecht (gleicher Zugang zu den medizinischen Leistungen).

Das Qualitätsmanagement aus ärztlicher Sicht beleuchtete Dieter Co-



Manfred Langenegger vom BAG nimmt Stellung und definiert Qualität.



Robert Leu, Volkswirtschaftliches Institut der Universität Bern: Entscheidend sind Anreize.

nen, Chefarzt der medizinischen Klinik des Kantonsspitals Aarau und Professor der medizinischen Fakultät der Universität Basel. Er versteht Qualitätsmanagement als Steuerungsinstrument, aber auch als Interventionstechnik. Diese findet auf allen Betriebsebenen statt und beinhaltet auch eine analytische Komponente. Die Analyse der Prozesse und Ergebnisse sollte dann ermöglichen, die Abläufe zu verbessern. Anschließend müssen diese Verbesserungen überprüft werden: «Das heisst, Qualitätsmanagement hat immer mit Evaluation, Zahlen und feststellbaren Differenzen in der Intervention zu tun», erklärte Dieter Conen.

Ansätze zur Bewertung von Qualität sind laut dem Mediziner der Zugang zur Gesundheitsversorgung, die Zufriedenheit der Patienten, das Resultat sowie die Angemessenheit. Doch sei es wichtig, dass die Ärzte selbst formulieren, was sie unter gesundheitlicher Qualität verstehen. Conen weist darauf hin, dass eine Verbesserung des Systems auf einem möglichst günstigen Weg erreicht werden muss.

Dies sei nur möglich, wenn das System, in dem die Ärzte ihre Leistungen erbringen, geändert wird.

### Anreize für die Anbieter

Im Zentrum der wirtschaftlichen Überlegungen stand die Frage, wie sich die eine bestimmte Art von Gesundheitssystem auf Kosten und Qualität der Versorgung auswirkt. «Dies hängt unter anderem von den Anreizen für die einzelnen Anbieter ab», erklärte Robert Leu vom Volkswirtschaftlichen Institut der Universität Bern. Dabei können Gesundheitssysteme grundsätzlich planwirtschaftlich (mit einem Globalbudget) oder wettbewerbsorientiert ausgestaltet werden. Während die Qualitätskontrolle bei einem Globalbudget auf hierarchisch-administrativem Weg erfolgt, sorgt beim anderen Modell der Wettbewerb für Kontrolle und Qualität.

Das zentrale Problem sieht Leu bei beiden Modellen in der einseitigen Verteilung der Information. So habe der Patient dem Arzt gegenüber nur wenig Information, ähnlich verhalte es sich beim Versicherer gegenüber den Versicherten. Dadurch würde sowohl das Qualitäts- wie auch das Kostenmanagement erschwert. Entscheidend seien auch die Anreize für die einzelnen Akteure in Form von Entschädigungssystemen und Kontrollmechanismen. Doch seien die Zusammenhänge der Abhängigkeiten im Gesundheitswesen so komplex, dass pauschale Aussagen nur beschränkt möglich sind. Trotzdem, unter den Gesundheitsökonomien dominiert die Ansicht, dass Wettbewerbsmodelle, die sich stärker an den Präferenzen der Bevölkerung orientieren, eine qualitativ bessere Versorgung gewährleisten.

### Fragen der Transparenz

Eine Vision stellte die Referentin Petra Busch an einer Workshop-Veranstaltung in den Raum. Die Geschäftsführerin der Nationalen Koordinationsstelle für Qualitätsförderung stellt sich vor, wie es wäre, wenn Spitäler und Kliniken Qualität einheitlich messen würden, nach partnerschaftlich ausgehandelten Regeln. «Die Qualitätsmessungen könnten



Dieter Conen, Chefarzt der medizinischen Klinik des Kantonsspitals Aarau: Qualitätsmanagement als Steuerungsinstrument.



Petra Busch, Geschäftsführerin Nationale Koordinationsstelle für Qualitätsförderung: Verantwortung übernehmen und Entscheidungen treffen.



Beat Künzi, Leiter des Swisspep und Hausarzt: zehn Jahre Forschung in der Qualitätsentwicklung.

dann für die interne Evaluation und zur Verbesserung von Prozessen und Strukturen genutzt werden», fügt Petra Busch hinzu.

Da diese Vision noch nicht umgesetzt ist, bleiben Fragen der Transparenz bei der Qualität, beim Qualitätsmanagement, bei Ergebnissen, Prozessen und Strukturen nach wie vor ein Thema. Die letzten Jahre haben gezeigt, wie schwierig es ist, sich

### Qualitätssicherung und Patientensicherheit

Um Transparenz bei der Qualität der Leistung im Gesundheitswesen zu schaffen, bereitet das BAG eine Verordnung vor, die noch 2005 verabschiedet werden soll. In der Verordnung «Qualitätssicherung und Patientensicherheit» sind folgende Elemente enthalten:

1. Die Spitäler sind aufgefordert, lokale Fehlermeldesysteme einzuführen. Ein minimaler Datensatz für Fehlermeldesysteme soll ermöglichen, die Daten in ein nationales Monitoring- und Feedback-System zu melden und dabei einen Lernprozess über die Institutionen hinaus ermöglichen.
2. Die Spitäler sollen verpflichtet werden, ihre klinisch tätigen Mitarbeitenden periodisch durch eine externe Institution zum Umgang mit Fehlern zu befragen.
3. Um die Patientensicherheit zu evaluieren, soll zusätzlich ein kontinuierliches Monitoring auf die Erfahrungen der Patientinnen und Patienten angewendet werden.
4. Mit der Vorgabe von minimalen Fallzahlen soll verhindert werden, dass medizinische Leistungen in Institutionen erbracht werden, die ungenügende Fallzahlen aufweisen.
5. Eine Evaluation, ob der Einsatz von medizinischen Leistungen angemessen ist, soll die Probleme der Überversorgung angehen. Insbesondere soll bei Interventionen, für die minimale Fallzahlen vorgeben werden, eine Mengenausweitung verhindert werden.
6. Der Bund hat heute schon die gesetzliche Grundlage, bei Spitälern und Heimen Daten zur Qualität der erbrachten Leistungen zu erheben. Mit einem systematischen Monitoring von einigen wenigen, aber problemsensitiven Qualitäts- und Performance-Indikatoren will das BAG eine erhöhte Transparenz zur Qualität der medizinischen Leistungen anstreben.

in Sachen Qualität zu einigen, vor allem bei den beiden Kontrahenten Spitäler und Krankenversicherern. Mit dem KVG Art. 58 ist eine Grundlage geschaffen worden. Spitäler und Krankenversicherer sind aufgefordert, gemeinsam den Weg zur Qualität zu definieren. Die Spitäler argumentieren, Qualität sei vielfältig und betreffe Strukturen, Prozesse und Ergebnisse in einem fortwährenden Lernprozess. Es sei deshalb nicht möglich, eine gesamte Institution anhand eines einzelnen Resultats zu beurteilen. Das Anliegen der Versicherer wiederum besteht darin, anhand von einfachen Indikatoren Aussagen über Qualität zu treffen, um die Tarife effizient gestalten zu können.

Inzwischen habe aber ein Umdenken stattgefunden, denn man überlege Möglichkeiten, umfassender vorzugehen. Allein die Klinikebene und Ergebnisindikatoren zu betrachten, genüge nicht, da sie nur ein Teil des Systems darstellen. Die konzeptuelle

Stossrichtung sollte umfassend sein, das heisst mit einer nationalen Koordination und einer Steuerung über Institutionen. Dabei könnte man die Aktivitäten in einzelne Fächer einteilen, die Aufgaben aufteilen, um anschliessend Analysen dieser Massnahmen durchzuführen. Um dies umsetzen zu können, so erklärte Petra Busch, seien Partner gefragt, die Verantwortung übernehmen und Entscheidungen treffen. Da sei nun das BAG gefordert, weil es jetzt vom Beobachterstatus weg in die Verantwortung gezogen wurde und zu mehr Input verpflichtet ist. Das Fazit von Petra Busch lautet: «Wir stehen am Anfang eines Weges und nun geht es um die konkrete Umsetzung, wir sind gespannt, ob wir das hinkriegen.»

### Die Sicht der Hausärzte

Beat Künzi, Leiter des Swisspep, Institut für Qualität und Forschung im Gesundheitswesen, ist Hausarzt in Bern und betreibt seit zehn Jahren engagierte Forschung in der Qualitätsentwicklung. Der Mediziner ist sich sehr bewusst, dass die Ärzte die gesetzliche Aufgabe haben, Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nachzuweisen.

Doch sei dies eine politische Forderung, die nie der Komplexität Rechnung trage, die das Gesundheitswesen tatsächlich aufweise.

Um die Management-Qualität von Hausarztpraxen messen zu können, hat Beat Künzi die wissenschaftliche Entwicklung von EPA<sup>1</sup> in der Schweiz geleitet. EPA unterstützt den kontinuierlichen Qualitätsprozess in Hausarztpraxen mit einem internetbasierten Managementsystem, das die Praxis als «lernendes System» versteht. Das EPA-Indikatorenset ermöglicht den Ärzten ein multidimensionales Assessment von fünf Praxisdomänen. Diese Domänen wurden in dreijähriger Arbeit entwickelt und sie beinhalten: Infrastruktur, Menschen, Informationsmanagement, Finanzen sowie Qualität und Sicherheit. Sie dienen als Selbstevaluation des Arztes und der Praxisteammitglieder, als Fremdevaluation durch Patienten und einen Praxisbesucher und durch den Vergleich mit anderen Praxen. «Es gibt heute insgesamt 200 Indikatoren, die zusammengeführt werden und eine Interpretation erlauben», sagt Künzi. Dabei könne jeder Hausarzt innerhalb des Domänen-Fünfecks den Stand seines Qualitätsmanagements überprüfen.

### Bei den Patienten nachfragen

Entscheidend sei, dass auch die Patienten in die Qualitätsbeurteilung miteinbezogen werden, argumentiert Beat Künzi. Patienten seien auch als Laien durchaus in der Lage, zu erkennen, ob ein Arzt gut arbeitet. Man könnte bei den Patienten nachfragen, was genau der Arzt während der Behandlung gemacht hat, wie er vorgegangen ist. Das Feedback des Patienten ist dann ein Kriterium für die Beurteilung des Arztes. Beat Künzi versteht diese Vorgehensweise als das wahre Empowerment: Indem man den Patienten Instrumente in die Hand gibt, mit denen sie mithelfen können, das System effizient zu gestalten und weiter zu entwickeln. ■

Bericht:  
Karin Diodà

Redaktion «Managed Care»

<sup>1</sup> EPA steht für europäisches Praxis-Assessment, eine schweizerisch und international wissenschaftlich geprüfte Methode zur Dokumentation der Indikatoren. An der Pilotstudie in der Schweiz beteiligten sich die Verbindung der Schweizer Ärzte FMH, die Schweizerischen Ärztenetzwerke sowie EQUAM, die Stiftung für Externe Qualitätskontrolle in Managed Care.

# Stimmen zu Entwicklungen im Gesundheitswesen

## Nur Kantone am Sparen interessiert

«Wer via Prämie den Eintritt ins Gesundheitssystem bezahlt hat, kann am Buffet essen, so viel er will. Und der Arzt, der die Speisen reicht, kann theoretisch mit jedem zusätzlichen Happen seinen Lohn aufbessern. Ich will damit keineswegs sämtliche Patienten und Ärzte als verantwortungslos bezeichnen. Aber das jetzige System gibt überhaupt keine Sparanreize. Auch die Krankenkassen verdienen primär am Umsatz. Letztlich sind nur die Kantone am Sparen interessiert, weil sie mit Steuergeldern das System mitfinanzieren müssen.» (kd)

Quelle: Markus Dürr, Präsident der kantonalen Gesundheitsdirektoren: «Gesundheit ist nicht das höchste Gut». Interview Tages-Anzeiger, 12. September 2005.

## Ganz normale Einkäufer

Auf die Frage, ob der Vertragszwang zwischen Krankenkassen und Ärzten aufgehoben werden müsse, antwortet der Gesundheitsökonom Peter Zweifel: «Ja. Die Versicherer müssen ganz normale Einkäufer werden. Damit sie die Preise für die medizinischen Leistungen aushandeln können, wie dies auch sonst üblich ist. Die Gallenoperation macht für die Kasse X dann vielleicht das Spital Uster, die Herzoperation exklusiv das Unispital. Damit bringen wir über den Markt jene Spezialisierung hin, welche die staatliche Planung vergeblich anstrebt.» (kd)

Quelle: Peter Zweifel: «Der Versicherungszwang muss weg». Interview NZZ am Sonntag, 18. September 2005

## Fast jedes 3. Kind per Kaiserschnitt

«Von Zeit zu Zeit bringt die eine oder andere Studie des Bundesamtes für Statistik etwas Licht in den wuchernenden Gesundheitssektor. Neuestes Beispiel: Ein Kaiserschnitt ist doppelt so teuer wie eine natürliche Geburt. 30 Prozent der Frauen in der Schweiz bringen ihre Kinder mittels Kaiserschnitt auf die Welt. Tendenz steigend. In Schattendorf und Herrliberg

gibt es dreimal so viele Kaiserschnitte wie in der Surselva oder im Entremont. Und in den privaten Kliniken werden doppelt so viele Operationen vorgenommen wie in öffentlichen Spitälern. Alle Kaiserschnitte werden von den Krankenkassen bezahlt. Jeder Kaiserschnitt wird von einem Arzt als medizinisch notwendig verordnet. (...) Über die Anzahl der Komplikationen nach Kaiserschnitten – aufgliedert nach Kantonen und Spitälern – geben die Statistiken aber keine Auskunft.» (kd)

Quelle: Peter Bodenmann, ehemaliger Präsident der SP Schweiz: «Operieren geht über studieren». Weltwoche Nr. 33, 2005.

## Wenigstens den eigenen Bedarf decken

«In diesem Kontext erscheint es doch eher als kurzsichtig, aus Spargründen die Zahl der Medizinischen Fakultäten in der Schweiz reduzieren zu wollen. Wäre es nicht viel eher angezeigt, die Zahl der Studienplätze zu erhöhen, damit wir wenigstens unseren eigenen Bedarf decken können und damit aufhören würden, ausgebildetes Gesundheitspersonal aus anderen Ländern zu rekrutieren? Viel mehr verdienen die Fakultäten Unterstützung bei der Fortführung der Studienreform, welche neue, vielfältige Ärztenprofile vorschlägt, die den heutigen gesellschaftlichen Erwartungen noch besser entsprechen.» (kd)

Quelle: Peter M. Suter, Präsident SAMW: The great brain robbery. SAMW Bulletin 3/05.

## Wer kann ein Spital führen?

Bundesrat Pascal Couchepain zur Frage, wie seiner Meinung nach die Spitalkosten gesenkt werden können: «Ich weiss nicht, wieviele Spitäler es in der Schweiz genau gibt, aber es müssen gegen 350 sein. In Holland, das etwa 17 Millionen Einwohner zählt, gibt es ein Dutzend. Es sind also Skaleneinsparungen erforderlich. Kennt unser derzeitiges Spitalsystem Skaleneinsparungen? Denken wir nur an den Einkauf von Material. Ich bin zum Beispiel nicht sicher, ob die Kantonsspitäler ihr Material zusammen

einkaufen, um bessere Preise auszuhandeln. Ausserdem sind die Verantwortlichen auf Kantonsebene zwar oft sehr gute Politiker, aber haben sie durch ihre Wahl in den Staatsrat auch die Fähigkeit, ein so immenses Unternehmen wie ein Spital zu führen? Ich persönlich wäre nicht in der Lage, ein Unispital zu leiten.» (kd)

Quelle: Pasacal Couchepain: «Getraut euch auszuberechnen!». Interview in H+, die Spitäler der Schweiz, 10/2005.

## Den Versicherten den Durchblick ermöglichen

«Deswegen ist eine Reorganisation der Krankenkassen, die den Versicherten die Stimme wiedergibt, die ihnen jetzt fehlt, dringend erforderlich. Wenn die Verwaltungsräte von den Versicherten und nicht von Klüngeln oder machiavellistischen und taktisch agierenden Seilschaften gewählt würden, liefen die Dinge anders. Ein demokratisches System mit vertikalem Informationsfluss würde den Versicherten Durchblick und den Direktionen Einblick in deren Erwartungen ermöglichen. Darüber hinaus würden die sozialen und partnerschaftlichen Aspekte der obligatorischen Krankenversicherung viel deutlicher.» (kd)

Quelle: Yves Guisan, Vizepräsident der FMH, Nationalrat: Prämienhöhung bei den Krankenkassen: Die Toleranzschwelle ist erreicht! Schweizerische Ärztezeitung 41, 12.10.05.

## Freiberufliche Strukturen für die Pflege

Elisabeth Rüedi, ehemalige Pflegedirektorin des Inseleospitals Bern erklärt, für die Pflege brauche es radikale Lösungen: «Die Pflege muss aus allen Betrieben hinaus, sich in freiberuflichen Strukturen organisieren. Aus dieser Position kann sie bis zur Qualitätsüberprüfung alle Kompetenzen anbieten, die sie hat.» Inwiefern dies für die Pflegenden besser wäre, begründet Elisabeth Rüedi wie folgt: «Dann könnten sie tun was sie gelernt haben und wofür sie kompetent sind.» (kd)

Quelle: Elisabeth Rüedi: «Ich hatte immer den Willen, aktiv mitzugestalten». Interview Krankenpflege 10/2005.

# Krankheitsausfälle vermeiden – ein Leitfaden für Betriebe

**K**rankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeiten («Krankenstände») werden in Betrieben – ebenso wie in der Öffentlichkeit – meist nicht systematisch betrachtet, sondern eher zufällig thematisiert. In Betrieben werden sie «immer dann zum Thema, wenn ein spektakulärer Einzelfall die betriebliche Öffentlichkeit erreicht, oder wenn jemand aus der Führungsetage das Thema für sich «entdeckt». Oft wird dann übersehen, dass nur etwa 3 bis 5 Prozent aller Krankengeschriebenen so genannten «Krankenstandsmissbrauch» betreiben. Folge sind unüberlegte Massnahmen, die den

**«Das Rückkehrgespräch ist aufgrund seines «Doppelcharakters» nicht unumstritten.»**

Missbrauch bekämpfen mögen, aber bei all den ehrlichen Mitarbeitenden erheblichen Ärger und in der Folge «Demotivation und suboptimale Arbeitsergebnisse» bewirken. Solche Eigentore will Oskar Meggeneder mit seinem Leitfaden für Betriebe, «Krankenstände vermeiden – Fehlzeiten reduzieren», verhindern. Im ersten Teil des Buches stellt er Instrumente vor, die im Krankenstandsmanagement eingesetzt werden können, und er fragt nach der Evidenz (d.h. nach dem wissenschaftlich erwiesenen Nutzen) dieser Instrumente. Am häufigsten wird das Rückkehrgespräch eingesetzt. Aber dieses Instrument ist aufgrund seines «Doppelcharakters» – «einerseits stützend und helfend und andererseits disziplinierend» – nicht unumstritten; es besteht nämlich die Gefahr, dass «die Gesprächsführer die unterstützende Absicht des

Rückkehrgesprächs nicht überzeugend vermitteln können». Neben den Kontrollmassnahmen, die das Unternehmen alleine oder in Zusammenarbeit mit dem Kranken(taggeld)versicherer durchführen kann, räumt der Autor auch motivierenden Massnahmen wie den «Anreizen für die Anwesenheit im Betrieb» sowie der «Erweiterung des Handlungsspielraums» der einzelnen Mitarbeitenden einen wichtigen Platz ein.

Im zweiten Teil werden verschiedene Diagnoseinstrumente (Krankenstandsauswertungen, MitarbeiterInnenbefragung, Kurzdiagnose des einzelnen Krankenstands) vorgestellt, die der Betriebsleitung mögliche Probleme im Gesamtbetrieb sowie beim individuellen Arbeitnehmer aufzeigen. Für die Praxis besonders wertvoll ist dabei sicher der Leitfaden zur Kurzdiagnose, der hilft, aus der Konstellation (z.B. häufige Kurzkrankenstände nach Wochenenden, häufige Krankenstände von ein bis zwei Wochen Dauer, Langzeitkrankenstände) auf mögliche Ursachen (z.B. Verdacht auf Alkoholmissbrauch, chronische Krankheit, innere Kündigung) zu schliessen. Es folgen ein Kapitel über die betriebliche Gesundheitsförderung als Ansatz, der «das Krankenstandsmanagement nicht ersetzen, wohl aber unterstützen kann», und ein praxisorientierter Exkurs über den Umgang mit Alkohol im Betrieb. Das Schlusskapitel macht noch einmal deutlich, dass die Ursachen der Krankenstände nicht nur bei der Person, sondern vor allem auch in der gesellschaftlichen und in der betrieblichen Situation zu suchen sind. Der Anhang schliesslich enthält unter anderem einen Musterfragebogen für die Gesundheitsbefragung im Unternehmen und ein

Muster einer Betriebsvereinbarung für den Umgang mit Suchtmitteln. Der Autor nimmt das Bedürfnis der Betriebe nach einer Reduktion der Fehlzeiten ernst und stellt ihnen nützliche Instrumente vor, ohne das Problem des Krankenstandsmiss-

**«Um gegen solche Krankenstände vorzugehen, müssen Betriebe nicht die Mitarbeitenden sanktionieren, sondern die Arbeitsorganisation verbessern.»**

brauchs und hiermit auch das Potenzial von Kontrollmassnahmen hochzuspielen. Zwar sei es tatsächlich so: «Je geringer die Arbeitsmotivation ist, desto eher bleibt man zu Hause.» Dabei handle es sich aber «keinesfalls um Krankenstandsmissbrauch». Vielmehr könnten normale Befindlichkeitsstörungen bei unbefriedigender Arbeitssituation «plötzlich dazu führen, dass sich die Betroffenen krank fühlen». Um wirksam gegen solche Krankenstände vorzugehen, müssen Betriebe nicht die Mitarbeitenden sanktionieren, sondern die «Arbeitsorganisation, Arbeitsabläufe und Arbeitsumwelt» verbessern. (rs)

*Oskar Meggeneder: Krankenstände vermeiden – Fehlzeiten reduzieren. Ein Leitfaden für Betriebe. Linde Verlag, Wien 2005*

# Ökonomie in Sorgesituationen

**D**as Pflegesystem ist volkswirtschaftlich wichtig. Dennoch wurde es bisher kaum wirtschaftswissenschaftlich untersucht. Diese Situation störte Günter Thiele (Professor für Krankenhausbetriebslehre im Fachbereich Pflege in Freiburg/Deutschland) und veranlasste ihn dazu, der «Ökonomik des Pflegesystems» ein Buch zu widmen.

Im ersten Teil versucht er, die volkswirtschaftliche Bedeutung des Pflegesystems mit Hilfe der in Deutschland verfügbaren Daten herauszuarbeiten. Anhand von insgesamt zwölf Indikatoren zeigt er auf, dass das Pflegesystem tatsächlich eine grosse volkswirtschaftliche Bedeutung hat. So waren 2001 rund 953 000 Personen im deutschen Pflegesystem beschäftigt. Sie erbrachten Leistungen im Wert von über 40 Milliarden Euro. Die Wertschöpfung, das heisst der Bruttowert der Pflegeleistung abzüglich der von anderen Branchen geleisteten Vorleistungen, betrug über 35 Milliarden Euro. Die Wertschöpfungsquote, das heisst der Anteil der Wertschöpfung des Pflegesystems an der Bruttowertschöpfung aller Wirtschaftsbereiche, betrug 1,8 Prozent. Die Pflege schaffte also mehr Wert als die Land-/Forstwirtschaft und Fischerei (Wertschöpfungsquote 2001: 1,22%) und nur unwesentlich weniger als der Wirtschaftszweig der Energie- und Wasserversorgung (Wertschöpfungsquote 2001: 1,9%). Die Pflege trug auch wesentlich zur Wertschöpfung des Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesens bei, dessen Wertschöpfungsquote 2001 in Deutschland 6,25 Prozent betrug.

Der erste Buchteil umfasst mehr als hundert Seiten und legt auch ausführlich dar, wie die Daten über das Pflegesystem heute in Deutschland erfasst werden und wo Datenlücken

bestehen. Die Informationen über die Datenlage in Deutschland sind (obwohl die Situation in der Schweiz nicht grundlegend anders sein dürfte) für LeserInnen aus der Schweiz sicher nur von begrenztem Interesse. Hingegen liest sich der zweite Teil des Buches wie ein Krimi – sofern man gegenüber der ökonomischen Sprache und Denkweise keine Berührungsängste hat.

Der Autor zeigt hier auf, dass sich trotz der grossen volkswirtschaftlichen Bedeutung der Pflege «die Gesundheitsökonomik ... mit dem Pflegesystem, wenn überhaupt, nur am Rande befasst» und dass die herkömmliche Wirtschaftslehre «kaum Ansatzpunkte bietet, um ... die ökonomischen Probleme des Pflegesystems zu bearbeiten». Und er stellt alternative Ansätze vor, die als Grundlage für eine Ökonomie des Pflegesystems herangezogen werden können. Ein solcher Ansatz ist der Institutionalismus. Dieser Ansatz berücksichtigt – wie es eine der über hundert ausgesprochen aussagekräftigen Abbildungen im Buch veranschaulicht – insbesondere die «bislang vernachlässigten Faktoren Institutionen, Macht, Recht, Werte und Partizipation». Weil sich der Institutionalismus nicht konkret mit der pflegerischen Arbeit auseinandersetzt, zieht Thiele zusätzlich ein weiteres Konzept heran: das Konzept des vorsorgenden Wirtschaftens. Gemäss diesem Konzept gibt es neben den marktökonomischen weitere Handlungsprinzipien: die Vorsorge, die Kooperation und die Orientierung am Lebensnotwendigen, wie sie in der Sorge um Mitglieder der Familie, weitere Betroffene, die natürliche Mitwelt und zukünftige Generationen zum Tragen kommen. Auch die Arbeit der Pflegeberufe ist eine Arbeit in Sorgesituationen: Pflegende sor-

gen für Menschen, die teilweise oder ganz handlungsunfähig und deshalb von anderen abhängig sind. Diese Menschen sind darauf angewiesen, dass die Sorgesituation aus ihrer Perspektive adäquat gemanagt wird. Im Unterschied zu mechanischen Produktionsprozessen ist die «Arbeit mit Menschen am Menschen» nämlich «ein laufendes Experiment», das «erfolgreich verlaufen kann, aber auch die Gefahr des Scheiterns in sich birgt». Für den Erfolg ist es wichtig, dass der/die Gepflegte sich am Heilungsprozess aktiv beteiligt, denn «der Behandlungsverlauf wird zwischen Pflegekraft und Patient beziehungsweise Bewohner ausgehandelt». Gefragt ist also eine konstruktive Interaktion zwischen Pflegenden und Gepflegten. Diese Interaktionsarbeit kann laut Thiele nur gelingen, wenn genügend Ressourcen bereitgestellt werden, und zwar «auf der sozialstaatlichen Ebene wie auch auf der institutionell-organisatorischen Ebene». Dabei habe sich die Ressourcenbereitstellung am Bedarf zu orientieren, und «nicht umgekehrt, wie es derzeit der Fall ist».

Die letztgenannte Forderung von Seiten der Pflege ist keineswegs neu. Neu ist, dass sie hier mittels ökonomischer Theorien begründet wird. Das macht die Lektüre anspruchsvoll, aber auch lohnenswert – für Pflegenden und Angehörige anderer Gesundheitsberufe wie für (Gesundheits-)Ökonomen. Während Erstere sich mit der Denk- und Argumentationsweise der Ökonomie vertraut machen können, erschliesst sich für Letztere die – in der klassischen Wirtschaftstheorie vernachlässigte – Denkweise von Menschen in Sorgesituationen, wie es Pflegenden und Gepflegte sind. (rs)

*Günter Thiele: Ökonomik des Pflegesystems. Economica Verlag, Heidelberg, 2004.*

Datum, Ort	Veranstaltung	Kontaktadresse
22. November, Olten	Jugend und Alter – die beiden Pole der Demografie	Bundesamt für Gesundheit, Sektion Umwelt und Gesundheit, Bern, Tel. 031-323 06 01. Fax 031-324 90 32. E-Mail: colette.grant@bag.admin.ch, Internet: www.apug.ch
23. November, Zürich	Wachstumsmarkt Gesundheitswesen: Befreit das schweizerische Gesundheitswesen von den Fesseln staatlicher Zwangswirtschaft	Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis, Universität St. Gallen, Bodanstrasse 4, 9000 St. Gallen. Tel. 071-224 24 24. Fax 071-224 28 83. E-Mail: irp-ch@unisg.ch; Internet: www.irp.unisg.ch
23. November, Bern	Workshop santésuisse zum Thema «Qualität in der Arztpraxis»	Santésuisse, Römerstrasse 20, Postfach, 4502 Solothurn. Tel. 032-625 41 41. Fax 032-625 41 51. E-Mail: mail@santesuisse.ch; Internet: www.santesuisse.ch Für Rückfragen: Peter Marbet, Tel. 032 625 42 57, E-Mail: peter.marbet@santesuisse.ch
25. November, Zürich	Selbsthilfe-Tagung	Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana, Hardturmstrasse 261, Postfach, 8031 Zürich. Tel. 044-563 86 00. Fax 044-563 86 17. E-Mail: kontakt@promentesana.ch; Internet: www.promentesana.ch
26. November, Winterthur	Evidence based Medicine	WIG Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, Im Park, St. Georgenstrasse 70, Postfach 958, 8401 Winterthur. Tel. 052-267 78 97. Fax 052-268 78 97. E-Mail: wig@zhwin.ch; Internet: www.wig.ch
29. November, Luzern	Disability Management: Eine Investion in die Zukunft	HSA Hochschule für Soziale Arbeit Luzern, Werftstrasse 1, 6002 Luzern. Tel. 041-367 48 98. Fax 041-367 48 49
1.–2. Dezember, Dresden (D)	1. Nationaler Präventionskongress in Deutschland	Forschungsverbund Public Health Sachsen und Sachsen-Anhalt FVPHS/SA, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden, Fidlerstrasse 33, D-01307 Dresden. Tel. 0049-351-458 44 90. Fax 0049-351-458 53 38. E-Mail: Public.Health@mailbox.tu-dresden.de; Internet: www.public-health.tu-dresden.de
2.–3. Dezember, Luzern	Rationierung im Gesundheitswesen – sozialwissenschaftliche, medizinische, rechtliche und ethische Aspekte	Markus Zimmermann-Acklin, Institut für Sozialethik, Gibraltarstrasse 3, Postfach 7763, 6000 Luzern 7. Tel. 041-228 67 22. Fax 041-228 73 37. E-Mail: markus.zimmermann@unilu.ch; Internet: www.unilu.ch/tf/6743.htm
11.–14. Dezember, Orlando (USA)	17 <sup>th</sup> Annual National Forum on Quality Improvement in Health Care	IHI Institute for Health Care Improvement, 375 Longwood Avenue, 4 <sup>th</sup> Floor, Boston MA 02215. Tel. 001-888 320 6937. Fax 001-617 754 4830. Internet: www.ihl.org
19. Januar 2006, Interlaken	8. Tagung Forum Santé – Gesundheit, Thema: «Das Gesundheitswesen im Zeitalter des konsumierenden Patienten»	Sanofi-Synthelabo (Schweiz) AG, Jean-Louis Franzetti, Postfach 361, 1217 Meyrin 1. Fax 022 783 93 54. E-Mail: forumgesundheit@sanofi-aventis.com; Internet: www.forumgesundheit.ch
26.–27. Januar 2006, Aarau	8. Nationale Gesundheitsförderungs-Konferenz Herausforderung «Gesundes Körpergewicht» und «Psychische Gesundheit-Stress»	Gesundheitsförderung Schweiz, Silvia Moser Luthiger, Im Leemann 6, 8805 Richterswil. Tel. 043-888 07 81. Fax 043-888 07 82. Internet: www.gesundheitsfoerderung.ch/konferenz
23.–24. Februar 2006, Hamburg (D)	4. Hamburger Forum Qualität im Gesundheitswesen: «QM bei Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen»	HAW Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Berliner Tor 5, D-20099 Hamburg, Quant GmbH, Forum 2006. Tel. 0049-40 25 40 78 40. Fax 0049-40 24 40 78 48. E-Mail: forum2006@quant-forum.de; Internet: www.quant-forum.de
24.–26. April 2006, Washington DC (USA)	The 18 <sup>th</sup> Annual National Managed Health Care Congress	Megan Antonelli, Tel. 212 661-3500 ext. 3013. E-Mail: Mantonelli@IIRUSA.com; Internet: www.nmhcc.com
26.–28. April 2006, Prag (Cz)	11 <sup>th</sup> European Forum on Quality Improvement in Health Care	European Forum on Quality Improvement in Health Care, BMJ Quality, BMA House, Tavistock Square, London WC1H 9 JR. Tel. 0044-20-7383 6409. Fax: 0044-20-7383 6869. E-Mail: quality@bmjgroup.com

Datum, Ort	Veranstaltung	Kontaktadresse
27.–28. April 2006, Berlin (D)	13. Jahrestagung der GQMG 2006 Qualität – Sicherheit – Transparenz, Gesundheitspolitik in der zweiten Hälfte des Jahrzehnts	Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V., Prof. Dr. Ulrike Toellner Bauer c/o Universitätsklinikum Giessen und Marburg Standort Marburg. Tel. 0049-64 21 286 63 92 4510. E-Mail: sekretaeer@gqmg.de
15.–17. Mai 2006, Köln (D)	Strategic Options for the Hospital Market	MCC, The Communication Company, Scharnhorstrasse 67a, D-52351 Düren. Tel. 0049-2421 121 770. Fax: 0049-2421 121 77 27. E-Mail: mcc@mcc-seminare.de, Internet: www.mcc-seminare.de
12.–14. Juni 2006, Atlanta, GA (USA)	2 <sup>nd</sup> Annual International Summit on Redesigning Hospital Care	Institute for Healthcare Improvement. Internet: www.ihl.org/IHI/Programs/ConferencesAndTraining
30. August–1. September 2006, Genf	Geneva Forum – Towards Global Access to Health	MCI Suisse, P.O. Box 502, 1211 Genève 13. Tel. 022-33 99 581. Fax 022-33 999 601. E-Mail: genevahealthforum2006@mci-group.com, act.humanitaire@hcuge.ch

Datum, Ort	Weiter- und Fortbildung	Kontaktadresse
Beginn: 12. Januar 2006 (3 Module, bis 18. März 2006), Winterthur	Case Management in Theorie und Praxis	WIG (s, oben)
Beginn: 20. Januar 2006, Nottwil	Nachdiplomkurs eHealthcare, Weiterbildungskurse eHealthcare und Business Engineering im Gesundheitswesen	eHealthCare.ch, Josef Müller-Weg 2, 6210 Sursee. Tel. 041-925 76 89. Fax 041-925 76 80. E-Mail: info@ehealthcare.ch; Internet: www.ehealthcare.ch
23.–24. Januar 2006, Frankfurt (D)	Euroforum-Seminar, Integrierte Versorgung, Von der Planung zur praktischen Umsetzung	Euroforum GmbH, Prinzenallee 3, D-40549 Düsseldorf. Tel. 0049-211 9686 30 00. Fax 0049-211 9686 40 00. E-Mail: info@euroforum.com
13.–17. Februar 2006, Basel	The 12 <sup>th</sup> Swiss International Short Course on Travellers' Health	Swiss Tropical Institute, Course Secretariat, Socinstrasse 57, P.O. Box, 4002 Basel. Tel. 061-284 82 80. Fax 061-284 81 06. E-Mail: courses-sti@unibas.ch; Internet: www.sti.ch
Beginn: April 2006, St. Gallen	Nachdiplomkurs Planung und Führungsinstrumente im Gesundheitswesen	FHS Hochschule für Technik, Wirtschaft und Soziale Arbeit St. Gallen, Management-Weiterbildungszentrum, Teufenerstrasse 2, Postfach 630, 9001 St.Gallen. Tel. 071-228 63 28. Fax 071-228 63 20. E-Mail: management@fhsg.ch; Internet: www.fhsg.ch/management
Beginn: 21. September 2006, Aarau	Seminar: Führen einer Stations-/Heimapotheke mit H+ Diplom	Hplus, Bildung, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. E-Mail: bildung@hplus.ch, Internet: www.kurse.hplus.ch

Hinweise erwünscht:

Hinweise auf Publikationen und Veranstaltungen rund um Managed Care, Care Management und Public Health senden Sie bitte an: Redaktion «Managed Care», Stampfenbrunnenstrasse 40, 8048 Zürich. Fax 044-431 73 56. E-Mail: k.dioda@rosenfluh.ch. Über die Aufnahme in die Hinweisseite entscheidet die Redaktion.

## Statt IV wieder eine Arbeitsstelle

Schnell und unbürokratisch den Weg zurück in die Arbeitswelt finden ist das Ziel einer neuen Dienstleistung für psychisch kranke Menschen. Angeboten wird sie von der Case Management Arbeitsintegration der Integrierten Psychiatrie Winterthur (IPW). Eine Sozialarbeiterin und Pflegefachfrau führt mit den Klienten, die ihr von Psychiatern überwiesen werden, Gespräche, sucht nach Lösungsansätzen und bietet Trainingsstellen, um sie auf die Rückkehr in die Arbeitswelt vorzubereiten. Während eines Pilotprojektes letztes Jahr wurden 14 Klienten, darunter Krankenschwestern, Hilfsarbeiter, Buchhalter und Techniker betreut. Sechs von ihnen arbeiten heute wieder 100 Prozent, drei sind wieder teilweise arbeitsfähig. Mit dieser Form von Arbeitsintegration für psychisch kranke Menschen nimmt Winterthur eine nationale Vorreiterrolle ein. Die Kantone bezahlen nichts für dieses neue Angebot. Die Kosten übernehmen Arbeitgeber und Taggeldversicherer. Häufig überweisen diese ihre Mitarbeiter und Versicherten direkt zur Case Managerin. (kd)

Quelle: K.Fischer, S. Anderegg: Arbeit statt IV-Rente für psychisch Kranke. Tages-Anzeiger, 10.10.05

## Die Versicherten hätten gern den Fünfer und ds Weggli

Eine Umfrage der Schweizer Krankenversicherer (santésuisse) fördert Widersprüchliches zu Tage. So befürworteten 86 Prozent der befragten Versicherten sehr oder eher eine Weiterführung des bisherigen Systems mit Kopfprämien und individuellen Prämienverbilligungen. Bei der Frage, ob einkommensabhängige Prämien eingeführt werden sollen, sind 61 Prozent sehr oder eher dafür. Hingegen sind konkrete Umsetzungsvorschläge für einkommensabhängige Prämien, wie zum Beispiel Lohnabzug oder eine Finanzierung über die Mehrwertsteuer, nicht mehrheitsfähig. Werden den Befragten aber die Konsequenzen einer einkommensabhängigen Finanzierung aufgezeigt (neue Steuern oder Lohnabzüge), ist die Skepsis grösser und die Vorzüge des

bisherigen Systems werden höher eingeschätzt. Ähnlich die Einstellung zum Problem der hohen Kosten im Gesundheitswesen: 68 Prozent der Befragten wollen keine Qualitätseinbußen in Kauf nehmen und 45 Prozent finden, man solle nicht sparen. (kd)

Quelle: Peter Marbet: Die Verwaltungskosten werden massiv überschätzt. Info santéuisse 10/05.

## Mangelnde Mobilität

Eine Fallstudie aus Basel untersucht die Mobilität von Managed-Care-Versicherten am Beispiel von HMO-Patienten. Die Firma HMO Gesundheitsplan in Basel betreut ihre Patienten in der eigenen Gruppenpraxis sowie auch in einem Ärztenetzwerk. Dieses bestand 2002 aus rund 70 Ärzten, von denen sechs per Ende Jahr austraten. Insgesamt waren 800 HMO-Mitglieder vom Austritt betroffen. Sie mussten sich entscheiden, ob sie auch 2003 dem HMO Gesundheitsplan treu bleiben oder lieber austreten wollten. Für einen Verbleib entschieden sich 47 Prozent, wobei es eher Männer waren, die ihrer Versicherungsform treu blieben als die Frauen. Mit einem Durchschnittsalter von 55 Jahren gegenüber 44 sind die Ausgetretenen deutlich älter als die Verbleiber. Anders verhält es sich mit den Kosten, da diese tendenziell mit dem Alter korreliert sind. So kostete eine im Netzwerk verbleibende Person durchschnittlich rund 48 Prozent weniger als eine austretende. Auch wenn sich von einer Fallstudie nicht unbedingt auf das ganze Krankenversicherungssystem schliessen lässt, verdeutlicht sie nach Ansicht des Autors doch eine zentrale Problematik. Diese ist die mangelnde Mobilität der Versicherten, die für das Funktionieren eines marktwirtschaftlich ausgerichteten Gesundheitssystems notwendig ist. Managed-Care-Organisationen können nur wachsen und damit Wettbewerbsdruck auf die traditionellen Versicherungsformen beziehungsweise Krankenkassen ausüben, wenn die Versicherungsnehmer auf Preis- und Qualitätsunterschiede entsprechend reagieren. (kd)

Quelle: Markus A. Ziegler: Mobilität von Managed-Care-Versicherten – eine Fallstudie. Schweizerische Ärztezeitung 2005; 86: Nr. 24

## VORSCHAU

**Schwerpunktthema:**  
**PSYCHISCHE GESUNDHEIT**

Erscheinungsdatum: 20. Januar 2006

**Daten und Fakten über psychische Gesundheit**

**Früherkennung von Depressionen**

**Psychotherapie im HMO-Modell**

**Balance zwischen stationärer und ambulanter Versorgung**

**Stigmatisierung von psychisch Kranken**

**Möglichkeiten der Suizidprävention**

**Bericht zur Tagung der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP)**

## Deutschland: zu wenig Medikamente für schwache Herzen

Herzschwäche ist eine Erkrankung, bei der Patienten an Atemnot, Ödemen und Erschöpfung leiden. Sie ist zwar nicht heilbar, doch gibt es Medikamente, die den Erkrankungsverlauf verzögern und teure Spitalbehandlungen verhindern können. Doch viele Patienten mit Herzschwäche (Herzinsuffizienz) erhalten diese Medikamente nicht, selbst wenn sie von Fachärzten behandelt werden. Dies ergab eine Studie, die in sechs EU-Ländern durchgeführt wurde. Dort wurde jeweils bei 25 Kardiologen überprüft, ob sie sich bei Diagnose und Behandlung der Herzinsuffizienz am aktuellen Stand der ärztlichen Kunst orientieren. «Die Leitlinienkonformität der deutschen Ärzte betrug in der Diagnose nur 67 Prozent», beklagt Studienleiter Erland Erdmann von der Universität Köln. Das Nichtbeachten kommt die Krankenkassen und damit die Versicherten teuer zu stehen. Die Studie ergab nämlich auch, dass die Zahl der Spitaleinlieferungen um ein Drittel niedriger ist, wenn die Patienten alle notwendigen Medikamente erhalten (kd)

Quelle: M. Flesch et al.: Leitliniengerechte Herzinsuffizienzbehandlung in Deutschland. Deutsche Medizinische Wochenschrift 2005; 130 (39): 2191-2197.