



managed care

7 • 2003

17. Oktober

Der vergessene Patient – die vergessene Kraft

Managed Care und der vergessene Patient

Partizipation der Patienten an medizinischen Entscheidungen

«Patientenkompetenz hat immer zwei Seiten»

Patientenzufriedenheit verbessern – aber wie?

Empowerment fördern – Beispiel Psychiatrie

Selbsthilfegruppen: Bewegung der Vergessenen?

Demokratisierung der Medizin – Modelle der Bürgerbeteiligung

Seite der Pflege: Unternehmensentwicklung am Beispiel
Spitex Basel

Wie gelangt man zu tarifschutzkonformen Tarifierungen bei
stationären Behandlungen?

AP-DRGs in der Schweiz – eine Zwischenbilanz

www.fmc.ch

www.medpoint.ch

en français:

www.managedcareinfo.net

Der vergessene Patient: die vergessene Kraft

Heidi Schriber

Dem Wort «Patient» liegt das lateinische «patientia» zugrunde: Erleiden, Erdulden, Ertragen, aber auch Geduld, Langmut, Ausdauer. Der erste Teil des Titels dieser Schwerpunktnummer, «Der vergessene Patient», betont die passive Rolle und Aspekte wie Hilflosigkeit, Bedürftigkeit und Ausgeliefertsein. In diesem Heft fragen wir uns aber auch: Was braucht es, um das positive, aktive Potenzial, die Kraft der Patienten- und Versichertenrolle, zu erkennen, zu unterstützen und konstruktiv zu nutzen?

Zurzeit liegt die Macht der Patienten allzu oft noch in der Verweigerung. Ein Artikel in diesem Heft zeigt eindrücklich, was passiert, wenn die Managed-Care-Anbieter vergessen, die Patienten in angemessener Weise mit einzubeziehen: Keiner geht hin. Keiner macht mit. Dasselbe gilt auf der Ebene der therapeutischen Beziehung: In der aktiven Beteiligung von Patienten liegt ein enormes Potenzial für ein besseres therapeutisches Verständnis und für das Vermeiden unnötiger Kosten.

Allerdings können Patientinnen und Versicherte ihre Rolle nur aktiv gestalten, wenn alle Teile des Systems dies unterstützen und ihre eigene Rolle in Frage stellen. In diesem Heft werden Wege dazu aufgezeigt.

Wenn wir aufzeigen, wie Patientinnen und Patienten auf verschiedenen Ebenen aktiviert und an Prozessen beteiligt werden können, wenn wir Menschen davon überzeugen möchten, dass sich dieser Aufwand lohnt, so gelangen wir automatisch zur Frage der Ressourcen. Wer hat die Zeit und die Mittel, wer liefert das notwendige Know-how und die notwendigen Finanzen? Es gibt viel personenbe-

zogenes Engagement im Bereich der Aktivierung von Patienten. Forschungs-ideen, Instrumente und Visionen sind vorhanden.

Alle betonen heute die Wichtigkeit der Patientpartizipation. Trotzdem finden diese Absichtserklärungen keinen Nieder-

schlag auf der politischen und praktischen Handlungsebene. Wie liesse es sich sonst erklären, dass sogar Institutionen wie die Stiftung KOSCH (siehe Artikel Seite 20 ff.) jedes Jahr die Mittel für ihre anerkannte und professionelle Arbeit zusammenbetiteln und um ihr Überleben bangen müssen?

Brötchen kann man mit einem Engagement für Patiententhemen heute kaum verdienen, fachliche Lorbeeren holen schon gar nicht. So erstaunt es im Grunde auch nicht, dass zwei der für diese Schwerpunktnummer versprochenen Artikel nicht eingetroffen, nicht fertiggestellt worden sind. Die Patiententhemen kommen immer zuletzt, und oft reichen dann die Zeit oder die übrigen Ressourcen dafür nicht mehr.

Zum grössten Teil stehen hinter den Artikeln dieses Heftes Pioniere und Idealistinnen. Ihnen ist es zu verdanken, dass das Heft überhaupt zustande gekommen ist. Zu wünschen wäre uns allen, dass Patienten, Fachleute und Interessenvertreter gemeinsam ihre Macht zur Aktivierung der «vergessenen Kraft» auf politischer und strategischer Ebene entdecken würden.

Dr. sc. nat. Heidi Schriber

Apothekerin; Supervisorin IAP/ BSO
Coaching und Unternehmensentwicklung
Zürich

E-Mail: mail@heidischriber.ch



Heidi Schriber

SCHWERPUNKTTHEMA:

DER VERGESSENE PATIENT – DIE VERGESSENE KRAFT

- 7** **Managed Care und der vergessene Patient**
 Kurt Hess
 Die Managed-Care-Modelle haben sich auch deshalb noch nicht breit durchgesetzt, weil die Öffentlichkeitsarbeit für diese Modelle lange vernachlässigt wurde.
- 9** **Partizipation der Patienten an medizinischen Entscheidungen**
 David Klempere
 Wenn Patienten mitentscheiden, wirkt sich dies auf die Behandlungsentscheidungen und auf die Behandlungsergebnisse aus.
- 12** **«Patientenkompetenz hat immer zwei Seiten»**
 Interview mit Ulrike Heckl
 Im Modellprojekt «Second Opinion» der Klinik für Tumorbiologie Freiburg i.B. wird durch ein umfassendes Beratungsangebot die Patientenkompetenz gestärkt. Dadurch verändert sich die Situation der Patienten und jene des behandelnden Therapieteam.
- 15** **Patientenzufriedenheit verbessern – aber wie?**
 Werner Widmer
 Eine Patientenzufriedenheitsmessung in sechzehn Zürcher Spitälern ergab Hinweise darauf, welche Patientenerwartungen die Spitäler heute nicht erfüllen.
- 17** **Empowerment fördern – Beispiel Psychiatrie**
 Andreas Knuf
 Fachleute können das Empowerment Betroffener nicht bewirken; sie können es höchstens unterstützen. Im Psychiatriebereich entwickelten sich in den letzten Jahren in der Schweiz erste Ansätze dazu.
- 20** **Selbsthilfegruppen: Bewegung der Vergessenen?**
 Vreni Vogelsanger
 Engagieren sich Patientinnen und Patienten in Selbsthilfegruppen, weil sie vom Gesundheitssystem vernachlässigt werden? Dieser Frage geht eine Pionierin der Selbsthilfe-Förderung nach.
- 23** **Demokratisierung der Medizin – Modelle der Bürgerbeteiligung**
 Danielle Bütschi
 Die Spitzenmedizin wirft Fragen auf, welche die Gesellschaft als Ganzes betreffen. Das Zentrum für Technologiefolgen-Abschätzung erprobt Verfahren, die es ermöglichen, die BürgerInnen am Diskurs zu beteiligen.

SEITE DER PFLEGE

- 27** **Unternehmensentwicklung am Beispiel Spitex Basel**
 Peter Eichenberger
 Der Geschäftsführer der Spitex Basel über die Einführung einer Balanced Score Card und ihre Folgen.

SPITALFINANZIERUNG

- 28** **Wie gelangt man zu tarifschutzkonformen Tarifierungen bei stationären Behandlungen?**
 Pius Gyger
 Gemäss KVG dürften die Spitäler für KVG-Leistungen an zusatzversicherten Patienten nicht mehr verrechnen als für solche an nur grundversicherten. Doch der Tarifschutz wird nicht eingehalten. Wird sich das jemals ändern?

VERANSTALTUNGSBERICHT

32

AP-DRGs in der Schweiz – eine Zwischenbilanz

Brigitte Casanova

Bericht über die Tagung «Einführung der AP-DRGs in der Schweiz und Entwicklungsperspektiven von DRG-Klassifikationssystemen» vom 27. Juni 2003 in Interlaken.

RUBRIKEN

6

Feedback

Die Debatte ist lanciert (Leserbrief)

26

Seite von med-swiss.net

Wir bleiben dran!

37

Resonanz

Lassen Sie sich lotsen! • Gut, aber zu teuer • Ein Traumleben für Alte • Value for money

38

Veranstaltungskalender

Veranstaltungen/Weiter- und Fortbildung

40

In Kürze

Behindertenheime als Gatekeeper • Regionale Unterschiede am Lebensende • Mehr Medikamente, mehr Generika • Leistungsausweis der Spitäler ••• Vorschau: Medizinisches und betriebswirtschaftliches Controlling zusammenführen

managed
care

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

Verlag:

Rosenfluh Publikationen
Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen

Redaktioneller Beirat:

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

Redaktionsausschuss:

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

Betreuung des Schwerpunktthemas:

Heidi Schriber

Redaktion:

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

Redaktionssekretariat:

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

Anzeigenregie:

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

Anzeigenverkauf:

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

DTP und Layout:

Rosenfluh Publikationen, Regina Hauser

Druck:

stamm+co. Grafisches Unternehmen
8226 Schleithelm

Abonnemente, Adressänderungen:

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

Abonnementspreise:

Erscheint achtmal jährlich
Jahres-Abonnement: Fr. 90.–
(Westeuropa: Fr. 135.–)
Einzelheft: Fr. 15.– (zzgl. Porto, plus MwSt.)
Einzelheft-Bestellungen bitte an das
Redaktionssekretariat
Mitglieder des Forums Managed Care
erhalten die Zeitschrift gratis. Der Jahres-
beitrag für die Vereinsmitgliedschaft
beträgt Fr. 140.–. Kontaktadresse: Forum
Managed Care, Postfach, 8402 Winterthur
Diese Zeitschrift wird im
EMBASE/Excerpta Medica indexiert.
7. Jahrgang; ISSN 1422-6618

**© Copyright by Rosenfluh
Publikationen Neuhausen**

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



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

Leserbrief

Die Debatte ist lanciert

Replik zu: Pius Gyger: Integriertes Managed Care Thurgau: Überlegungen aus ökonomischer Sicht. MC 5/03

Eines der Ziele des Projekts «Integriertes Managed Care Thurgau» war es, Bewegung in die festgefahrene Entwicklung traditioneller Hausarztssysteme zu bringen. Dies ist – vorerst zumindest auf der Ebene der Diskussion – offensichtlich gelungen, wie der Artikel von Pius Gyger in «Managed Care» 5/2003 zeigt.

Die Kritik des Autors gegen das vorgestellte Modell richtet sich hauptsächlich gegen die Absicht, in einem Pilotversuch zunächst alle zur Zeit niedergelassenen Ärzte, die sich dafür interessieren, ins Netz aufzunehmen. Ärzte, die im Lauf der Zeit den im Vertrag definierten Qualitätskriterien nicht genügen, sollen wieder ausgeschlossen werden können. Dieses Vorgehen, so die Kritik, sei das Zementieren einer Monopolsituation der organisierten Ärzteschaft. Solche Netze könnten keinen wirklichen Beitrag zur Kostendämpfung leisten. Die Kassen müssten in den Netzen eine zahlenmässige Auswahl unter den Leistungserbringern treffen können. Dazu sind folgende Anmerkungen zu machen:

1. Die Argumentation ist aus der Diskussion über die Aufhebung des Kontrahierungszwangs bekannt. Es hat den Anschein, dass der Freiraum für die Krankenversicherer, der in der

KVG-Revision nicht erreicht wurde, nun über die Netze angestrebt wird. Das ist legitim. Aber die Probleme bleiben die gleichen: Auswahlkriterien, relative Versorgungsdichte, relative Wahlfreiheit der Versicherten und so weiter. Dass die Festschreibung der Ärztezahl als erster Schritt ein valables Ziel sein könnte, wird ausser Acht gelassen. Ausserdem zeigt der Stand der KVG-Revision, dass die Aufhebung des Vertragszwangs so löchrig formuliert ist, dass die im IMC TG vorgesehenen Regelungen durchaus ein Schritt in die richtige Richtung wären.

2. Die Argumentation verkennt, dass das Vorgehen in dieser Frage auch von geografischen und siedlungssoziologischen Gegebenheiten abhängig ist: Was für Städte und Agglomerationen gilt, braucht für ländliche Gebiete nicht zuzutreffen. Versorgungsdichte, Zugänglichkeit, Spezialisierungsgrad und so weiter sind in einem Flächenkanton wie dem Thurgau nicht vergleichbar mit Zürich, Basel oder Genf. Und unterschiedliche Gegebenheiten verlangen unterschiedliches Vorgehen.

3. Die Kritik lässt etwas einseitig ausser Acht, dass das IMC TG einen wichtigen Punkt anpackt: die Einbindung der Spitäler. Diese und

die in ihnen tätigen Ärzte sind bisher wenig oder gar nicht in die Managed-Care-Modelle eingebunden. Es ist durchaus denkbar, dass sich diese Einbindung in der Praxis in einzelnen Teilen anders entwickelt als angedacht. Aber dies kann nur die praktische Ausgestaltung und Erprobung zeigen – genau wie dies bei der Entwicklung der HMOs und Hausarztssysteme der Fall war. Dass ein Teil der praktischen Erprobung die konkreten Vertragsverhandlungen sein müssen, versteht sich.

4. Am grünen Tisch haben alle Recht, und das Gegenteil stimmt immer ebenfalls. Wer wissen will, wie eine Birne schmeckt, muss sie essen. Daher ist es wichtig, die Umsetzung eines Pilotprojekts an die Hand zu nehmen, in welchem im Verlauf der Umsetzung dann auch die Details festgelegt werden müssen und können. Der Thurgau eignet sich für einen solchen Pilot: Er ist nicht zu gross, aber auch nicht zu klein. Und die Leistungserbringer sind bereit, ihrerseits den Sprung ins kalte Wasser zu wagen. Dass die Kantonsbehörden das moderierend unterstützen, ist ein wichtiger Pluspunkt.

*Dr. Alfred Muggli,
Kantonsarzt Thurgau;
Dr. Jürg Baumberger, Sirnach*

interessiert?

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



Managed Care und der vergessene Patient

Obwohl an der Kostenwirksamkeit und der Qualität der Managed-Care-Modelle heute kaum mehr Zweifel bestehen, haben sie sich als Versicherungsprodukte noch nicht breit durchgesetzt. Dies auch deshalb, weil die breite Öffentlichkeit, die Versicherer und die Patienten nicht genügend über diese Modelle informiert wurden.

Kurt Hess

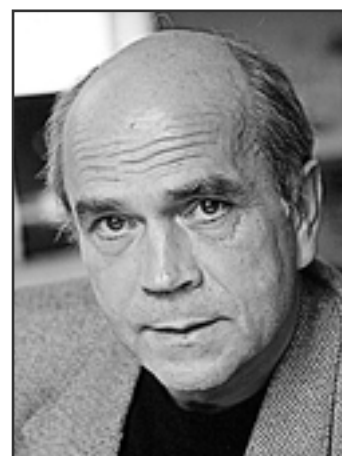
Als vor bald 14 Jahren, nach langer Vorarbeit und einem Fehlversuch, die erste HMO der Schweiz eröffnete, war dies gewissermassen die Geburtsstunde des schweizerischen Managed Care. Kaum jemand wusste damals, was Managed Care ist, und wohl niemand ahnte, welche Entwicklung und Ausstrahlung auf das Gesundheitswesen von diesem Ereignis ausgehen würde. Die HMO-Gruppenpraxis Zürich Wiedikon der damaligen IGAK (Interessengemeinschaft für alternative Krankenversicherungsmodelle) und heute der SanaCare, war sozusagen eine «Laborratte». Zunächst einmal als Pilotprojekt für fünf Jahre gedacht, war sie Gegenstand einer aufwändigen Begleitstudie durch das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV): Kann durch die blossen Anreizum-

kehr eine Kosteneinsparung erzielt werden?

Kostenwirksamkeit erwiesen, aber ...

Heute, nach dieser langen Zeit, ist die Kostenwirksamkeit dieses Urmodells des Managed Care kaum mehr ernsthaft bestritten [siehe auch 1]. Die erwähnte Begleitstudie des BSV erbrachte 1996 den Nachweis, dass gegenüber den konventionellen Versicherungsmodellen substanzielle Einsparungen erzielt werden können, dies risikobereinigt und ohne jede Qualitätseinbuss. Weitere Studien in jüngeren Jahren kamen zu ähnlichen Ergebnissen. Sind die Managed-Care-Modelle also inzwischen breit anerkannt und etabliert?

Dem ist nicht ganz so, zwar etwas mehr als zu den Pionierzeiten des schweizerischen Managed Care, aber weniger, als es für eine breite Erneuerung des Gesundheitswesens nötig wäre. Zunächst beschränkt sich das Wissen um die Zusammenhänge und Möglichkeiten dieser Steuerungsinstrumente auf einen Insiderkreis von Politikern, Ärzten und Gesundheitsökonomien. In solchen Gremien werden Konzepte diskutiert, entworfen und verworfen. Zwar geschieht dies oft ohne Blick von einer Metaebene; doch wissen alle, wenigstens in diesen Insiderkreisen: Es kann in der Diskussion um unser Gesundheitswesen nicht (mehr) um Retuschen gehen. Die Systeme können nur durch fundamental neue Anreize für alle Akteure wirksam verändert werden. Doch wer von diesen Akteuren hat den Anreiz, neue Anreize zu setzen? Die alten sind ihnen ja so genehm. Dennoch stellt sich die Frage:



Kurt Hess

Warum haben sich diese Modelle nicht rasant verbreitet, wenn doch ihr Beitrag zur Kostendämpfung wenigstens in Expertenkreisen mehr oder weniger unbestritten ist? Und wenn doch die Postulate und Prinzipien des Managed Care (mehr als die Modelle selbst) zum Argumentarium der Experten gehören und zunehmend in die Steuerung der Gesundheitsversorgung Eingang finden?

... Öffentlichkeitsarbeit vernachlässigt

Bei all diesen Diskussionen pro und (vorzugsweise) kontra solche Versorgungsmodelle, die nicht nach dem Einzelleistungstarif abrechnen, ist recht konsequent vergessen worden, jene Gruppe in den Diskurs einzubeziehen, um die es letztlich und zuallererst geht: die Patientinnen und Patienten. Man hat die Nutzniesser oder gelegentlich auch Opfer des einen oder anderen Systems nicht gefragt und sie nicht in die Prozesse einbezogen. Man hat sie nur ungenügend und oft einseitig über

die neuen Modelle und deren gesundheitspolitische Bedeutung informiert. Es ist den Versicherern und den Managed-Care-Organisationen überlassen worden, zu informieren und zu erklären. Jene Hand voll Idealisten einmal ausgenommen, die in den Anfängen das HMO-Versicherungsmodell gewählt haben und noch heute mit hoher Zufriedenheit «on board» sind, hat die Öffentlichkeit solche Systeme im besten Fall als Billigprodukte wahrgenommen, die von ihrer ärztlichen und sozialen Umgebung eher etwas diskreditiert wurden. So erstaunt es nicht, dass das erprobte Konzept des Managed Care sich zwar als Folge der ersten HMO-Zentren und Hausarztmodelle etabliert hat und weiter ausbreitet, dass aber die Modelle selbst eher stagnieren oder dann keine wirklich neuen Anreize setzen.

Auch in der HMO-Praxis selbst muss die Ärzteschaft feststellen, dass die Mehrzahl der Versicherten kaum oder nur ungenügend über das HMO-Prinzip Bescheid weiss, obwohl die meisten dieser Praxen in einem eigenen Magazin permanent darüber informieren. Das zeigte sich auch in Patientenbefragungen. Am besten kennt man den Prämienrabbatt (das Produkt wird vorzugsweise über den Preis verkauft), schon deutlich seltener das Gatekeeping. In einer neueren Befragung der SanaCare haben immerhin 40 Prozent der Versicherten angegeben, das HMO-Produkt wegen der Qualität gewählt zu haben. Dies ist wohl die Frucht der langjährigen Bemühungen von Ärzteschaft und Management, die medizinische Qualität zu leben, sie laufend zu verbessern und sie auch vermehrt zu kommunizieren. Die Kehrseite davon ist, dass manche Versicherten in einer HMO sozusagen das Ei des Kolumbus sehen: Tiefere Prämien, höhere Qualität, Ärztinnen und Ärzte mit mehr Aus- und Weiterbildung und mit mehr Zeit – und trotzdem Kosteneinsparungen. Dass diese Vorstellung realitätsfremd ist und gelegentlich korrigiert werden muss (was nicht selten zu Enttäuschungen führt), versteht sich von selbst.

Wie geht es weiter?

Um eine Breitenwirkung zu erzielen, muss künftig eine noch breitere öffentliche Diskussion in Gang gesetzt werden. Es gilt, die Funktionsweisen und unbestreitbaren Vorteile solcher Versorgungsmodelle in verständlicher Sprache zu kommunizieren. Die Versicherer verlangten, durchaus begreiflich, vor einer breiten Propagierung ihrer Modelle den konkreten Nachweis der Kostenwirksamkeit und der Qualität. Was die Modelle mit Pauschalabgeltung (Capitation) betrifft, dürfte dieser Nachweis heute aber erbracht sein; es ist nicht zu erwarten, dass er noch exakter gelingen wird. Sofern diese Erkenntnis in die entscheidenden politischen Gremien und in die KVG-Revisoren Eingang findet, wird sich der Fokus künftig wohl primär auf Netze mit finanzieller Mitverantwortung der Ärzteschaft richten, und hier wiederum vorzugsweise auf solche, die mit Pauschalabgeltung funktionieren. Denn nur bei Ärztenetzen besteht die Chance einer Breitenwirkung; die HMO-Zentren im engeren Sinn werden sich auch künftig auf grossstädtische Agglomerationen konzentrieren. Damit sich diese Breitenwirkung entwickeln kann, braucht es insbesondere öffentliche Präsenz; zudem gilt es, die bislang sorgsam aufgebaute und unterhaltene Skepsis der Versicherten, namentlich hinsichtlich der Qualität, zu korrigieren.

Öffentlichkeitsarbeit, aber wie?

Die Crux ist, dass die Funktionsweise gerade der heute favorisierten Capitationmodelle nur schwer und schon gar nicht in populistischer Form kommuniziert werden kann. Managed Care ist ein Trümmerfeld von Begriffen wie Capitation, Gatekeeping, Disease Management, Total Quality Management, Kontrahierungszwang, Risikoentmischung, monistische Spitalfinanzierung und so weiter. Selbst Experten und Medienleute blicken bei solchen Ausdrücken bisweilen nicht ganz durch und verstehen oft noch weniger das komplexe Zusammenspiel der genannten Mechanismen in einem Gesundheitssystem der Zukunft. Und selbst gewieften Gesundheitsökono-

men gelingt der Sprung zur Patientenschaft nur schlecht. Es ist wie häufig bei solchen komplizierten Sachverhalten: Die Gegenargumente können wesentlich lauter und volksnäher kommuniziert werden als noch so wahre und sorgfältige Sacherklärungen.

Ausblick

Auf politischer Ebene stehen die Zeichen für ein Umdenken heute besser als zuvor. Viele Akteure stützen die unverkennbaren Trends, allen voran innovative Politiker und Versicherer, die sich schon länger mit solchen Systemen auseinander setzen und auch längst solche Modelle anbieten. Die weniger innovativen werden mittel- bis längerfristig nicht darum herumkommen, sich mit dieser komplexen Materie intensiv zu beschäftigen.

Doch bereits jetzt müssen diejenigen, um die es geht, sachlich und verständlich informiert und in den Diskurs einbezogen werden: die Öffentlichkeit, die Versicherten, die Patientenschaft. Nur wenn wir die Basis breit, offen und koordiniert informieren, können wir sie dafür gewinnen, diesen Produkten zu vertrauen und sie auch nachzufragen. Dieses so triviale Postulat ist bislang in der Diskussion um neue Wege in der Gesundheitsversorgung etwas zu sehr vergessen worden. Oder noch genauer: Die Patienten sind vergessen worden. «Patient empowerment» (auch so ein schöner Ausdruck, der sich nahtlos in die Managed-Care-Terminologie einreicht) darf eben nicht erst dort beginnen, wo es um Entscheidungen über Krankheiten und um Befindlichkeiten geht. ■

Autor:

Dr. med. et lic. oec. Kurt Hess

Beauftragter der SanaCare AG
Projekte und Beratungen im Gesundheitswesen
Grossmünsterplatz 1
8001 Zürich
E-Mail: kurt.hess@sanacare.ch

Literatur:

1. Kostendämpfung dank Managed Care. NZZ, 24. Juli 2003, S. 23.

Partizipation der Patienten an medizinischen Entscheidungen

Die Arzt-Patient-Beziehung verändert sich. Patienten wollen – mehr oder weniger stark – in medizinische Entscheidungen einbezogen werden. Wenn Patienten mitentscheiden, wirkt sich dies auf die Behandlungsentscheidungen und auf die Behandlungsergebnisse aus.

David Klemperer

Patienten wollen gute, konkrete und verlässliche Informationen, mit denen sie ihre aktuelle Situation und den zu erwartenden Verlauf einer Erkrankung mit und ohne Behandlung beurteilen können. An den zu treffenden Entscheidungen möchten sie sich in mehr oder weniger grossem Ausmass beteiligen. Nur eine kleine Minderzahl möchte den Arzt allein entscheiden lassen beziehungsweise allein ohne den Arzt entscheiden. Die Patienten wünschen auch mehr Informationen über Ärzte, um sich für oder gegen einen Arzt als Behandler entscheiden zu können. Dies sind Ergebnisse zahlreicher empirischer Studien, die sich mit der Patientenperspektive befasst haben, zuletzt «The European Patient of the Future» der Picker-Foundation [1] und der Gesundheitsmonitor 2002 der Bertelsmann-Stiftung [2].

Die Tendenz zu mehr Partizipation ist Teil von übergeordneten gesellschaftlichen Tendenzen. So ist zum Beispiel

die Konsumentenbewegung stärker geworden; verschiedene gesellschaftliche Bereiche werden vermehrt auch unter den Gesichtspunkten Effizienz, Effektivität und Sicherheit kritisch beurteilt; und der Zugang zu Informationen aller Art, auch medizinischen, hat sich drastisch erweitert.

Vom väterlichen zum partnerschaftlichen Arzt

Das einmal vorherrschende Ideal des väterlich-benevolenten Arztes, der allein und im besten Wissen für den Patienten entscheidet, dem der Patient blind vertraut und folgt, ist im Rückzug begriffen. Patienten wünschen sich zunehmend Ärzte, die Empathie zeigen, sich Zeit nehmen, zuverlässig, beweisgestützt und verständlich informieren, sie in die Entscheidungen einbeziehen und sorgfältig und kompetent arbeiten. Das patientenzentrierte Modell der Arzt-Patient-Beziehung («Patient-Centred Clinical Model») geht noch einen Schritt weiter und beschreibt eine partnerschaftliche Beziehung zwischen Arzt und Patient, die stets gepflegt werden muss; der Arzt kennt den Patienten und dessen Vorstellungen und Konzepte von Krankheit und Gesundheit und bezieht Letztere in die Gespräche über Behandlungsentscheidungen ein.

Wenn Patienten mitentscheiden

Den Wunsch der Patienten nach Partizipation integriert das zunehmend ins Blickfeld rückende Konzept der gemeinsamen Entscheidungsfindung («shared decision making», SDM). SDM erfordert die Bereitschaft und Fähigkeit zur Kooperation sowohl von Seiten des Arztes als auch von Seiten des Patienten. Der Patient



David Klemperer

muss darüber hinaus willens und in der Lage sein, Verantwortung für sich und seine Krankheit zu übernehmen. Arzt und Patient durchlaufen nun einen gemeinsamen Prozess des Informationsaustausches, der Abwägung und der Entscheidung. Dabei wird auch geklärt, in welchem Umfang der Patient informiert und in die Entscheidung einbezogen werden möchte. Die Entscheidung, die letztlich gefällt wird, muss nicht notwendigerweise von beiden Seiten für die beste Wahl gehalten werden – es geht vielmehr darum, dass beide dazu bereit sind, die Entscheidung umzusetzen [3].

Grundsätzlich sind sich Ärzte darin einig, dass SDM ein neues Konzept ist, das von ihren gewohnten Vorgehensweisen abweicht [4]. Manche Ärzte sind nicht dazu bereit, dem SDM-Konzept zu folgen, unter anderem, weil sie den Patienten keine Entscheidung zutrauen. Andere Ärzte hingegen betrachten SDM als Entlastung und Chance, fühlen sich aber trotzdem überfordert, weil sie sich nicht ausreichend in den erforder-

derlichen Kommunikationsfertigkeiten ausgebildet fühlen. Diese Fertigkeiten sind jedoch erlernbar, wie in einer Übersichtsarbeit kürzlich dargelegt wurde [5].

Andere Entscheidungen

Wenn die Patienten einbezogen werden, wirkt sich das sowohl auf die Behandlungsentscheidungen als auch auf die Behandlungsergebnisse aus. Erhalten beispielsweise Patienten mit Bluthochdruck konkrete Informationen über ihre kardiovaskulären Risiken (z.B. Herzinfarktrisiko innerhalb der nächsten 5 Jahre) und darüber, wie viele Patienten behandelt werden müssen, um einen Herzinfarkt zu verhindern (number needed to treat), so kommen sie zu Entscheidungen, die sich von denen ihrer Ärzte unterscheiden [6, 7]. Die Schwelle, von der an eine Behandlung für lohnend erachtet wird, liegt für die Patienten in diesen Studien höher als für die Ärzte. Die Patienten erwarten also einen grösseren potenziellen Benefit als die Ärzte, um die Unbequemlichkeiten, Kosten und unerwünschten Wirkungen einer Therapie auf sich zu nehmen. Hierin kommt auch zum Ausdruck,

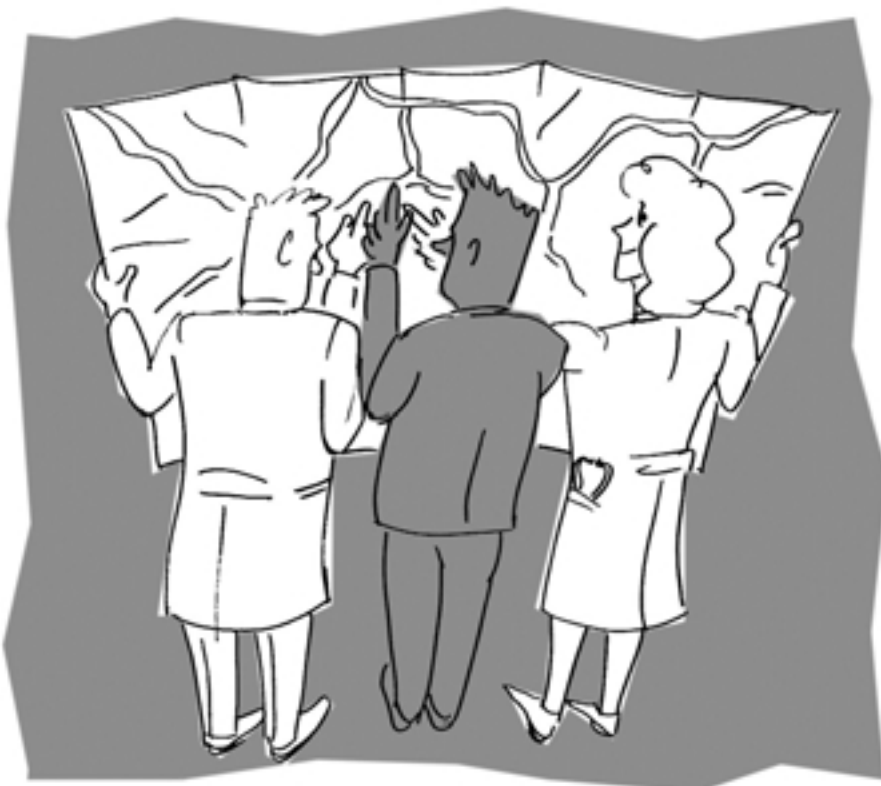


dass sich eine Entscheidung zwar auf wissenschaftliche Daten gründet, letzten Endes aber individueller, subjektiver und nichtwissenschaftlicher Natur ist. Unterschiedliche Patienten können in vergleichbaren medizinischen Situationen zu unterschiedlichen Entscheidungen gelangen.

Die Auswirkungen umfassender Informationen auf die Entscheidung sind auch Teil der aktuellen Debatte um die Untersuchung zur Brustkrebs-Früherkennung [8]. Die Anbieter des Mammografie-Screenings wollen die Frauen mit ihren Informationen für eine Teilnahme gewinnen. Bemerkenswerterweise enthalten ihre Broschüren keine Informationen über das absolute Risiko, an Brustkrebs zu erkranken beziehungsweise zu sterben, oder darüber, wie viele Frauen untersucht werden müssen, um einen Todesfall zu verhindern (number needed to screen to prevent one death). Ebenso werden Informationen über mögliche gravierende Schäden weitgehend vorenthalten [9]. Partizipation auf der Grundlage vollständiger und konkreter Informationen dürfte den Anteil der Frauen senken, die eine Brustkrebsfrüherkennung für sich persönlich für lohnend erachten.

Andere Ergebnisse

Partizipation wirkt sich auch auf die Behandlungsergebnisse aus. Behandlungsergebnisse sind auf unterschiedliche Weise darstellbar. Neben physiologischen Parametern (z.B. Blutdruckwert) sind auch psychologische Ergebnisse bedeutsam, zum Beispiel Angstminderung, Zufriedenheit, Lebensqualität und das Gefühl, mit der Krankheit leben zu können. Die



Illustrationen: Peter Wanner

vorliegenden empirischen Untersuchungen bestätigen den wenig überraschenden Sachverhalt, dass gerade diese psychologischen Ergebnisse dann besser sind, wenn der Patient in dem Masse an der Entscheidung partizipiert hat, wie er es wünschte [10, 11]. Ebenso wenig überrascht es, dass sich Patienten eher an eine Therapie halten, wenn die Entscheidung im Konsens getroffen wurde [12].

Nachteile und Vorteile

Kann die Partizipation auch mit Nachteilen oder Gefahren einhergehen? Konflikte können entstehen, wenn Patienten ihre Ärzte mit konkreten Forderungen konfrontieren – in einer gerade veröffentlichten amerikanischen Studie geschieht dies bei einem Viertel der hausärztlichen Kontakte [13]. Denkbar ist stets, dass die Suche nach einer von beiden Seiten akzeptierten Entscheidung erfolglos bleibt. Schliesslich könnte die Forderung, auch über teure Behandlungsoptionen umfassend zu informieren, in Zeiten knapper Ressourcen und ausgeschöpfter Budgets beim Arzt zu einem Interessenkonflikt führen.

Zu den Vorteilen der Partizipation zählen Entscheidungen, die den Bedürfnissen der Patienten besser entsprechen, sowie bessere subjektive und objektive Outcomes. Vielleicht bietet die Partizipation der Patienten im Rahmen einer patientenzentrierten und beweisgestützten Medizin auch ein Instrument auf der Mikroebene der Leistungserbringung, um das allgegenwärtige Problem der Über-, Unter- und Fehlversorgung zu mindern. ■

Autor:

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. David Klemperer

Seybothstrasse 2

D-93053 Regensburg

E-Mail: david.klemperer@soz.fh-regensburg.de

Internet: www.klemperer.de.ms

Hinweis: Eine ausführlichere Publikation zu diesem Thema erscheint in Kürze: Klemperer D: Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, P03-

302, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Oktober 2003. Bestellung/Download: <http://skylla.wz-berlin.de/pdf/2003/i03-302.pdf>

Literatur:

1. Coulter A, Magee H (Eds.): *The European Patient of the Future*. Maidenhead, Philadelphia: Open University Press, 2003.
2. Streich W, Klemperer D, Butzlaff M: Partnerschaftliche Beteiligung an Therapieentscheidungen. in: Böcken J, Braun B, Schnee M (Hrsg.) *Gesundheitsmonitor 2002*. Gütersloh: Verl. Bertelsmann Stiftung, 2002.
3. Charles C, Gafni A, Whelan T: Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med* 1999; 49: 651-661.
4. Elwyn G, Edwards A, Gwyn R, Grol R: Towards a feasible model for shared decision-making: perceptions and reactions of registrars in general practice. *BMJ* 1999; 319: 753-756.
5. Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J: Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 3, 2003*. Oxford: Update Software.
6. McAlister FA, O'Connor AM, Wells G, Grover SA, Laupacis A: When should hypertension be treated? The different perspectives of Canadian family physicians and patients. *CMAJ* 2000; 163: 403-8.
7. Steel N: Thresholds for taking antihypertensive drugs in different professional and lay groups: questionnaire survey. *BMJ* 2000; 320: 1446-1447.
8. Thornton H, Edwards A, Baum M: Women need better information about routine mammography. *BMJ* 2003; 327: 101-103.
9. Slaytor E, Ward JE: How risks of breast cancer and benefits of screening are communicated to women: analysis of 58 pamphlets. *BMJ* 1998; 317: 263-4.
10. Howie JGR, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ, Freeman GK, Rai H: Quality at general practice consultations: cross-sectional survey. *BMJ* 1999; 319: 738-743.
11. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J: Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *The Lancet*. 2001; 357: 757-762.
12. Mullen PD: Compliance becomes concordance. *BMJ* 1997; 314: 691-692.
13. Kravitz RL, Bell RA, Azari R, Kelly-Reif S, Krupat E, Thom DH: Direct Observation of Requests for Clinical Services in Office Practice. *Arch Intern Med*. 2003; 163: 1673-1681.

**Inserat
WIG**

«Patientenkompetenz hat immer zwei Seiten»

Interview mit **Ulrike Heckl, Psychologische Psychotherapeutin an der Klinik für Tumorbiologie in Freiburg im Breisgau***

Welche Erwartungen haben Krebspatienten an ihre Ärztinnen, Ärzte und andere Therapeuten?

Wir begegnen in den letzten Jahren immer häufiger Patientinnen und Patienten, die das starke Bedürfnis haben, sich in eigener Sache kompetent zu machen. Sie wollen verstehen, welche Behandlungsschritte ihnen mit welchem Ziel vorgeschlagen werden, um diese besser mittragen zu können. Diese Patienten haben ein grosses Informationsbedürfnis. Sie wünschen sich verständliche Informationen zu den wissenschaftlich belegten Standardverfahren, zu experimentellen Therapieformen, vor allem aber auch zu unkonventionellen oder naturheilkundlichen Arzneimitteln. Zwar ist es heute möglich, über die verschiedenen Medien in Kürze an eine Fülle von Informationen zu gelangen. Doch die Patienten äussern sich eher ratlos und verwirrt angesichts des Überangebots.

Oft äussern Patientinnen und Patienten, dass sie sich einen ärztlichen «Lotsen» wünschen, auf den sie sich verlassen können, der den Überblick behält und als Partner immer ansprechbar ist. Sie wünschen sich auch, dass ihre Ärzte ihnen zuhören und sich für sie Zeit nehmen. Sie möchten, dass ihre individuellen Fragen ernst genommen werden; dass persönliche Vorstellungen wie auch psychische und soziale Aspekte ihrer Lebenssituation in diagnostische und therapeutische Entscheidungen mit einfließen.

Inwiefern werden diese Erwartungen im Rahmen des herkömmlichen schulmedizinischen Krebstherapie-Angebots erfüllt?

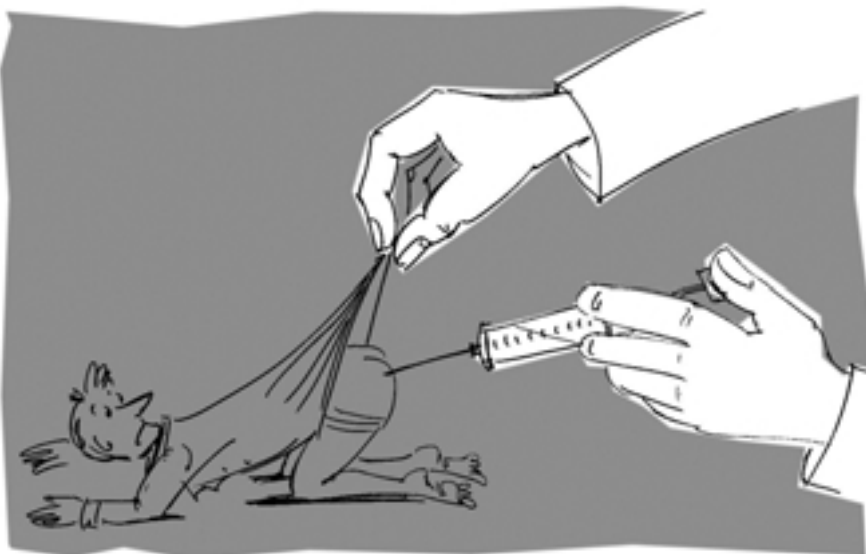
Die wissenschaftliche Begleitung unseres Beratungsprojekts «Second Opinion» (siehe *Kasten*) hat gezeigt, dass die Patientinnen und Patienten, die hier eine zweite Meinung einholen, mit der fachlichen Betreuung ih-

rer behandelnden Ärztinnen und Ärzte überwiegend zufrieden waren. Hingegen empfanden sie die Zusammenarbeit und den Informationsaustausch zwischen den behandelnden Einrichtungen als ungenügend. Sehr unzufrieden äusserten sie sich zudem darüber, dass sie von ihren Ärzten zu wenig und oft nur unter Zeitdruck oder zwischen Tür und Angel informiert wurden.

Viele Tumorkrankpatienten möchten über die tumorspezifische Therapie hinaus etwas Zusätzliches für sich, für ihr Immunsystem tun. Auf entsprechende Fragen erhalten sie aber häufig die Antwort: «Sie können gar nichts tun. Leben Sie weiter wie bisher.» Oft ist die Motivation, unkonventionelle Therapien in Anspruch zu nehmen, psychologischer Art: nicht alles den Ärzten überlassen, sondern selbst etwas zur Besserung beitragen wollen; jede Chance nutzen, um nichts unversäumt zu lassen.

Ist das Bedürfnis nach mehr Information und mehr Kompetenz bei Krebspatienten besonders stark ausgeprägt oder handelt es sich um ein Therapiegebiet-übergreifendes Phänomen?

Ob das Bedürfnis auch bei Patienten mit anderen schwerwiegenden Erkrankungen ebenso stark ausgeprägt ist, kann ich nicht beurteilen. Ich könnte mir aber vorstellen, dass das Gefühl von Kontrollverlust bei Tumorkrankpatienten angesichts des unkontrollierten Zellwachstums besonders stark ausgeprägt ist und ein wesentliches Motiv darstellt für das ausgeprägte Mass an Eigeninitiative. Zudem müssen sich viele Krebspa-



* Das Interview wurde schriftlich geführt.



Dr. Ulrike Heckl ist Psychologische Psychotherapeutin und arbeitet an der Klinik für Tumorbilogie in Freiburg im Breisgau unter anderem am Modellprojekt «Second Opinion».

tientinnen und -patienten damit auseinander setzen, dass ihnen ihre BehandlerInnen kein eindeutig richtiges Therapiekonzept empfehlen können; und die Therapien sind oft sehr invasiv und mit ausgeprägten Neben- und Folgewirkungen verbunden, was die Patienten nach therapeutischen Alternativen suchen lässt.

Informationssuche kann eine Krankheitsverarbeitungsstrategie sein. Patienten können so ihre Autonomie und ihr Gefühl der Kontrolle wiedererlangen; zudem fällt es ihnen leichter, Entscheidungen zu treffen oder eine belastende Therapie auszuhalten, wenn sie ihre Probleme besser erkennen und einschätzen können. Natürlich halten aber nicht alle Krebspatienten das Ideal des «kompetenten» Patienten für erstrebenswert. Manche wünschen nur sehr wenig Informationen und empfinden ein Mehr als belastend. Dies ist zu respektieren; denn es gibt keine Norm im Umgang mit einer Tumorerkrankung. Man könnte sogar die Meinung vertreten, dass jemand, der Grenzen ziehen kann, weil er beispielsweise spürt, dass ihm mehr Informationen nicht gut täten, sich durchaus als kompetent im Umgang mit sich und seiner Erkrankung erweist.

Meiner Meinung nach sollte man mit dem Appell, als Patient oder Patientin selbst aktiv zu werden, vorsichtig umgehen. Denn dieser Appell vernachlässigt die wichtige andere Seite: auch

Kasten:

Das Modellprojekt «Second Opinion» der Klinik für Tumorbilogie Freiburg i.B.

Seit Anfang des Jahres 1999 wird an der Klinik für Tumorbilogie in Freiburg im Breisgau der ambulante Beratungsdienst «Second Opinion» angeboten. Er wurde vom Wissenschaftlichen Leiter dieses Instituts, Gerd Nagel, ins Leben gerufen. Die Beratung wird von den Patienten selbst angefordert und ist keine Leistung der Krankenversicherungen, sondern muss von den Patienten selbst getragen werden (Preis: 850 Euro). Sie erstreckt sich über anderthalb Tage.

Inhalt der Beratung: Die Beratung beinhaltet keine Basisdiagnostik. Die Patientinnen und Patienten bringen ihre neusten Berichte, Befunde und Bilder mit, und es erfolgt eine sorgfältige Begutachtung. Durch intensive Gespräche mit dem Patienten und das Einholen weiterer Facheinschätzungen wird herausgefunden, welche Therapien in der momentanen Situation des Patienten am ehesten mit einem Nutzen verbunden sind.

Das Beratungsangebot berücksichtigt alle Lebensbereiche, die von der Erkrankung tangiert sein können. Die Patientinnen und Patienten erhalten neben der internistisch-onkologischen Beratung auch eine Beratung, in der die Wirkweisen, Möglichkeiten und Grenzen unkonventioneller Verfahren für die individuellen Fragestellungen erläutert werden. Im Gespräch mit einer Psychologin bekommen die Patienten Anregungen, wie sie mit ihren sehr verständlichen Ängsten und Befürchtungen umgehen oder auf nichtmedikamentöse Weise etwas gegen ihre Schlafstörungen und andere belastende Folgesymptome der Erkrankung oder der Behandlung unternehmen können. In der Ernährungsberatung erhalten die Patienten Empfehlungen zu einer gesünderen und ausgewogeneren Ernährung sowie Hinweise zur Umsetzbarkeit zu Hause. Zudem können sich die Patientinnen und Patienten von einer Physiotherapeutin beschwerdespezifische Übungen zeigen lassen; eine Masseurin bietet Beratung zur Behandlung eines möglichen Lymphödems; und in der Pflegeberatung werden die Patienten unter anderem über Möglichkeiten der Selbsthilfe zur Linderung von Neben- oder Folgewirkungen der tumorspezifischen Therapien informiert.

Das Mosaik an konkreten Empfehlungen und Anregungen eröffnet den Patienten Handlungsspielräume. In das umfassende Abschlussgespräch fließen die Empfehlungen aller beteiligten Fachpersonen ein. Auf Wunsch kann dieses Gespräch auf eine Tonbandkassette aufgenommen werden, die zu Hause noch einmal in Ruhe angehört werden kann. Ausserdem erhalten die Patienten ein ausführliches schriftliches Gutachten, das an sie selbst gerichtet und in einer patientennahen Sprache geschrieben ist.

Insgesamt befasst sich das «Second Opinion»-Team durchschnittlich 10 Stunden mit jedem Patienten.

Zielgruppe: Die Hauptmotive, warum sich Patienten am Modellprojekt beteiligen, sind Unsicherheit in kritischen Entscheidungssituationen und der Wunsch nach einer Orientierungshilfe angesichts der Fülle an Informationen aus den Medien.

Konkret suchen jene PatientInnen den Beratungsdienst «Second Opinion» auf,

- die sich in einer unsicheren Entscheidungslage befinden, beispielsweise aufgrund widersprüchlicher Informationen über das richtige diagnostische oder therapeutische Vorgehen
- die nicht oder noch nicht mit voller Überzeugung den Therapievorschlag annehmen können, der ihnen gemacht wurde
- die vor einer endgültigen Entscheidung mehr über mögliche Alternativen wissen möchten, insbesondere auch über unkonventionelle und naturheilkundliche Therapieverfahren
- die den Behandlungsplan selbst mitgestalten wollen und dafür Zeit und ausführliche Gespräche mit Fachleuten brauchen
- die ein Selbsthilfeprogramm suchen, das auf sie ganz persönlich zugeschnitten ist
- bei denen Zweit- oder Dritterkrankungen bestehen, sodass die Therapie mit besonderen Risiken verbunden ist.

schwach und hilflos sein zu dürfen. Vertrauen in den behandelnden Arzt oder in das «Behandlungsteam» gefunden zu haben, kann sich entlastend auswirken und das Gefühl von «Aufgehobensein» verstärken. In einer solchen Situation kann die Aufforderung, sich kompetenter zu machen,

Verunsicherung, Druck und Überforderungsgefühle auslösen. Patientenkompetenz ist in meiner Auffassung ein kontinuierlicher Prozess, der immer zwei Seiten hat: bewusst und aktiv Hilfe zu holen, aber diese auch annehmen und auf fremde Kompetenz vertrauen zu können und dürfen.

Im Modellprojekt «Second Opinion» (siehe Kasten) wird durch ein umfassendes Beratungsangebot die Patientenkompetenz gestärkt. Dadurch dürfte sich die Situation des Patienten grundlegend verändern. An der Klinik für Tumorbilogie Freiburg wird dieser Aspekt untersucht. Können Sie dazu schon gewisse allgemeine Aussagen machen?

Als allgemeine Aussage lässt sich festhalten, dass der Begriff Patientenkompetenz für eine Grundhaltung eines Patienten oder einer Patientin steht, selbst aktiv zu werden, sich zu informieren und eigene Kräfte zur Bewältigung der Krankheit einzusetzen. Ein kompetenter Patient versucht sich im Bedarfsfall Hilfestellungen von aussen zu holen, sei es aus seinem sozialen Umfeld oder von

einer Fachperson. Diese Haltung hat nichts mit dem in der populärwissenschaftlichen Literatur propagierten positiven Denken zu tun.

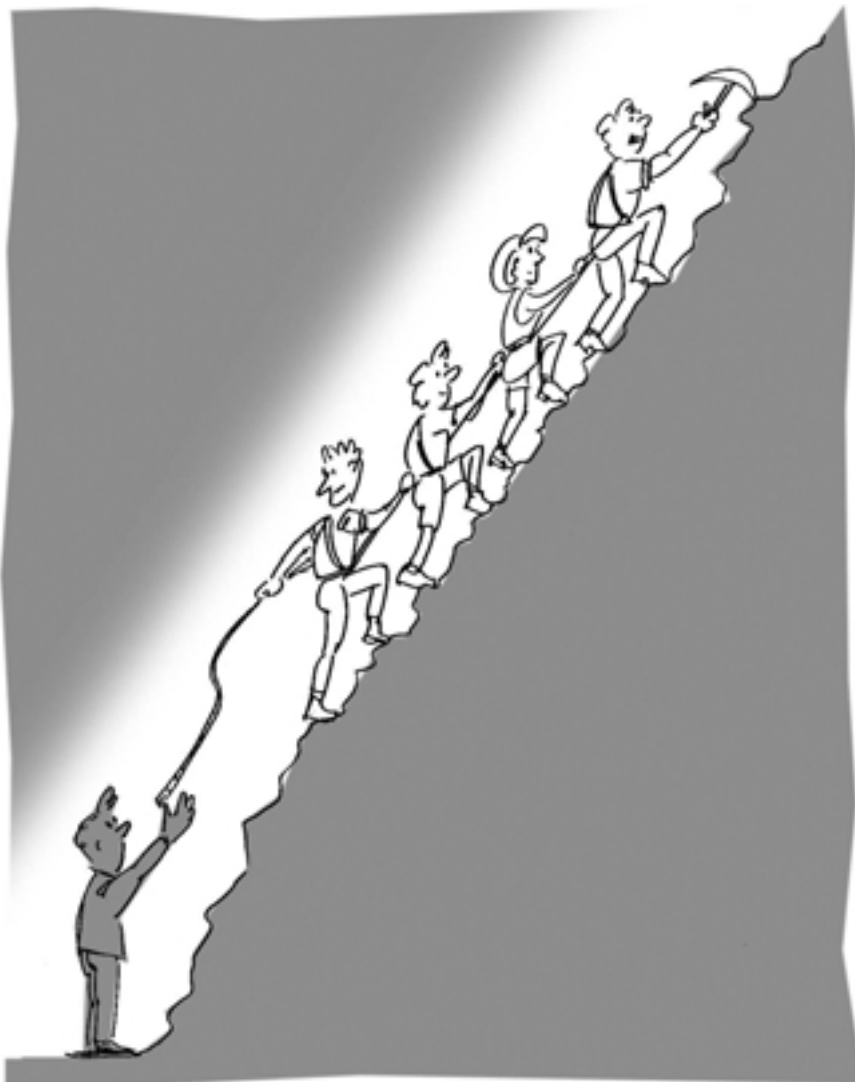
An der Klinik für Tumorbilogie sollen im Rahmen des Forschungsprogramms «Patientenkompetenz und Prognose» aussagekräftige Daten darüber gewonnen werden, welchen Stellenwert die Patientenkompetenz für den Verlauf von Krebserkrankungen hat.

Die wissenschaftliche Begleitforschung des Beratungsmodells «Der kompetente Patient – Evaluation der Beratungsleistung (Second Opinion)» richtet sich unter anderem auf die Fragen, welche Patientinnen und Patienten diese Beratung aufsuchen, welche Bedürfnisse und Wünsche an die BehandlerInnen diese Patienten haben und in welchem

Umfang sie unsere Empfehlungen umsetzen konnten oder wollten.

Ich stelle mir vor, dass das umfassende Beratungsangebot dazu führen kann, dass ein Patient zu bestimmten Therapie- und Pflegeoptionen eine klarere Meinung hat als zuvor. Das wirkt sich vermutlich auch auf die Situation des behandelnden Arztes und/oder anderer Mitglieder des Therapieteams aus. Was wissen Sie darüber?

Ein niedergelassener Onkologe äusserte sich vor kurzem ungefähr so: «Kompetente Patienten mit ihrer Fragerei sind zwar anfangs belastend – die daraus entstehende gute Zusammenarbeit ist jedoch langfristig entlastend.» Unsere Erfahrung ist, dass Patientinnen und Patienten schon dadurch, dass ein zweiter Therapeut den vorbestehenden Therapievorschlag bestätigt, mehr Sicherheit gewinnen und dass sich dies positiv auf die Krankheitsverarbeitung auswirkt. Möglicherweise wird dadurch das Vertrauen in die behandelnden Ärzte vor Ort zunehmen, und damit auch die Bereitschaft, unangenehme Therapien mitzutragen. Vor allem für die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen sind gut informierte Patienten eine Herausforderung. Patienten, die mehr wissen, können sich an Entscheidungen beteiligen. Untersuchungen zeigen, dass immer mehr Patientinnen und Patienten ein solches Shared Decision Making für die Wahl ihrer medizinischen Behandlung bevorzugen. Patienten, die ihre Situation aktiv angehen, können auch zu einer Qualitätsverbesserung in der medizinischen Versorgung beitragen. Diese Patienten möchten nicht nur als «Fall», sondern als Menschen angesprochen werden und fordern hiermit von ihren Ärztinnen und Ärzten nicht nur fachliche Kompetenz, sondern auch eine patientenorientierte Sozialkompetenz. Hier liegt leider immer noch ein Defizit im Ausbildungsgang für Mediziner, der dringend einer Reformierung bedarf. ■



Illustrationen: Peter Wanner

Interview:
Rita Schnetzler
Redaktion «Managed Care»

Patientenzufriedenheit verbessern – aber wie?

Erkenntnisse aus Patientenzufriedenheitsmessungen

Die Verbesserungsbemühungen der Spitäler führen nicht unbedingt zu einer grösseren Zufriedenheit der Patienten. Dies zeigen die Ergebnisse einer Patientenzufriedenheitsmessung in sechzehn Zürcher Spitälern. Eine Sekundäranalyse der Ergebnisse gibt Aufschluss über die Ursachen der scheinbar paradoxen Situation.

Werner Widmer¹

Sechzehn Spitäler im Kanton Zürich messen die Patientenzufriedenheit mit dem Fragebogen der Firma Picker². Die Auswertung zeigt dem einzelnen Spital, wie es aus Sicht der Patienten im Vergleich zum Vorjahr und im Vergleich zu den anonymisierten anderen Spitälern abschneidet.

Verbesserungsmassnahmen unfruchtbar?

Die Zürcher Spitäler führen nicht nur Ergebnismessungen und Patientenbefragungen durch, sondern bemühen sich auch intensiv, ihre Leistungen und damit die Ergebnisse

zu verbessern. Dies sollte eigentlich dazu führen, dass der Anteil der unzufriedenen Patienten von Jahr zu Jahr abnimmt. Der Anteil der unzufriedenen Patienten in den 16 Zürcher Spitälern insgesamt ist jedoch in den letzten drei Jahren nicht geringer geworden: Er liegt konstant bei rund 20 Prozent (siehe *Tabelle 1*). Die Spitäler sind also aus Sicht der Patienten trotz verschiedener Massnahmen und trotz von Jahr zu Jahr steigender Kosten nicht besser geworden.

Als Erklärungsansatz drängt sich die Vermutung auf, dass viele Verbesserungsbemühungen der Spitäler an den relevanten Erwartungen der Patienten vorbeiziehen, weil sie von veralteten Vorstellungen über den Patienten ausgehen. Viele Patienten wollen heute als Kunden und Mitproduzenten ihrer Gesundheit ernst genommen und in die Behandlung miteinbezogen werden (siehe *Kasten*). Möglicherweise erfüllen die Spitäler die Erwartungen dieser Patienten nicht.

Eine Sekundäranalyse der Picker-Daten erlaubt es, diese Hypothese zu prüfen.

Sekundäranalyse der Picker-Resultate

Der Picker-Fragebogen zur Patientenzufriedenheit beruht zunächst auf der Grundhaltung, dass Patienten als Kunden ernst zu nehmen sind. Er enthält 47 Fragen zur Beurteilung



Werner Widmer

einzelner Spitalleistungen durch die Patienten.

In einer Sekundäranalyse lassen sich diese 47 Leistungen zwei Gruppen zuordnen:

1. Leistungen und Informationen, die der Patient als Kunde auch ausserhalb des Gesundheitswesens von einer Dienstleistungsfirma erwartet. Hier ist der Patient konsumierender Kunde. (Entsprechende Fragen bezeichnen wir als «konsumbezogene Fragen».)

2. Leistungen und Informationen, die der Patient (oder seine Angehörigen) für ein aktives Mitwirken am Gesundungsprozess oder für eine aktive Auseinandersetzung mit der Krankheit benötigen. Es handelt sich um patientenspezifische Ansprüche, die für gesunde Kunden ausserhalb des Spitals inhaltlich nicht besonders

¹ Der Text entspricht einer gekürzten Fassung eines Referats anlässlich des Fachsymposiums des Picker-Instituts vom 20. Juni 2003 in Nottwil.

² Der Fragebogen des Picker-Instituts wurde aus der Sicht der Patienten, das heisst von Patienten, entwickelt. Er wird in den USA und in verschiedenen europäischen Ländern verwendet.

Tabelle 1: Prozentsatz der nicht zufriedenen Patienten in den 16 Zürcher Spitälern insgesamt

Jahr	2000	2001	2002
Anteil unzufriedene Patienten	20,7%	20,6%	20,9%

Kasten:

Das Bild vom Patienten im Wandel der Zeit

Das Bild, das sich die Spitäler vom Patienten machen, hat sich im Lauf der Jahrzehnte geändert: Bis weit ins letzte Jahrhundert hinein sahen die Spitäler den Patienten als «bedürftigen Empfänger ihrer Fürsorge». Danach wurde der Patient angesichts der vielen neuen, faszinierenden Diagnose- und Therapiemöglichkeiten zum «medizinischen Fall». In jüngster Zeit verstehen sich nun immer mehr Patienten als «Kunden». Selbstverständlich bleibt der Patient in einer gewissen Abhängigkeit vom Spital, aber er fordert zunehmend auch Autonomie. Allerdings kann er diese Autonomie nicht in der sonst üblichen Art eines Kunden (Wahl des Anbieters, Wahl des Produkts, Beurteilung des Preis-Leistungs-Verhältnisses) wahrnehmen; in diesen drei Aspekten erlebt er sich eher als abhängig. Aber er wehrt sich dagegen, «Zuschauer der eigenen Bedürftigkeit zu werden»³. Er will verstehen, was im Spital abläuft, und mitentscheiden, was im Spital mit ihm geschieht; denn er versteht sich als «Mitproduzent» seiner Gesundheit. Die zentrale Frage, die sich die Spitäler heute stellen müssen, lautet daher: Wie können Patienten gleichzeitig Unterstützung und Autonomie erfahren?

Tabelle 2:

Unzufriedene Patienten in den 16 Zürcher Spitälern 2002

Art der Fragen	Anteil unzufriedener Patienten
Konsumbezogene Fragen	11%
Partizipationsbezogene Fragen	30%

relevant sind. (Entsprechende Fragen bezeichnen wir als «partizipationsbezogene Fragen».)

Der ersten Gruppe können 22 konsumbezogene Fragen zugeordnet werden, zum Beispiel:

- Wie organisiert war das Aufnahmeverfahren in der Notfallstation?
- Finden Sie, Sie mussten unnötig lange warten, bis Sie Ihr Spitalzimmer beziehen konnten?

In die zweite Gruppe gehören 25 partizipationsbezogene Fragen, zum Beispiel:

- Erhielten Sie genügend Informationen über Ihren medizinischen Zustand?
- War es leicht, jemanden unter dem Spitalpersonal zu finden, der mit Ihnen über Ihre Sorgen und Bedenken sprach?
- Hat Ihnen ein Arzt oder eine Schwester genau gesagt, wie Sie sich nach der Operation fühlen werden?
- Hat Sie jemand über die zu beachtenden Nebenwirkungen dieser Medikamente aufgeklärt, bevor Sie entlassen worden sind?
- Haben die Ärzte und Schwestern Ihrer Familie oder anderen Angehörigen alle nötigen Informatio-

nen gegeben, damit sie Ihnen bei Ihrer Genesung helfen können?

Die Sekundäranalyse zeigt: Bei den allgemein üblichen Konsumentenansprüchen schneiden die Zürcher Spitäler gar nicht so schlecht ab; die partizipationsbezogenen Erwartungen der Patienten stellen sie dagegen wesentlich weniger zufrieden (siehe *Tabelle 2*).

Die schlechten Ergebnisse bei den partizipationsbezogenen Fragen sind noch alarmierender, als sie auf den ersten Blick erscheinen mögen, betreffen die meisten dieser Fragen doch erst die Voraussetzungen für eine Partizipation, noch nicht die eigentliche Partizipation selber. Es geht darin um Informationen, die der Patient haben muss, um überhaupt partizipieren zu können. Im Fragebogen spricht nur eine Frage die Partizipationsmöglichkeiten direkt an: «Konnten Sie bei Ihrer Behandlung genügend mitbestimmen?» Der durchschnittliche Anteil der in dieser Hinsicht unzufriedenen Patienten im Kanton Zürich liegt bei 37 Prozent!

Autonomieverlust überschattet Serviceverbesserungen

Die Sekundäranalyse der Picker-Resultate zeigt also, dass die Spitäler die spezifischen Erwartungen des

Patienten als eines Mitproduzenten nur zu 70 Prozent erfüllen. Hier liegt möglicherweise eine Antwort auf das am Anfang erwähnte Phänomen, dass die erfasste Patientenzufriedenheit trotz der Verbesserungsbemühungen der Spitäler stagniert: Wenn die Patienten den Eindruck haben, sie würden als Subjekte zu wenig ernst genommen und miteinbezogen, bringt es nicht viel, wenn sie als Objekte noch ein bisschen besser bedient werden. Die unbefriedigende Erfahrung des Patienten, bei der Wiederherstellung seiner Gesundheit selber nicht mitbestimmen und autonom mitwirken zu können, überschattet alle andern Verbesserungsbemühungen des Spitals.

Die Zufriedenheit wirksam erhöhen

Wenn die Spitäler die Patientenerwartungen besser erfüllen wollen, nützt es also wenig, wenn sie weiter in Komfort-, Technik- und Organisationsverbesserungen investieren. Viel wirkungsvoller und kostengünstiger ist es, wenn die Pflegenden und die Ärzte eine vermehrte Sensibilität für die Spannung zwischen Autonomie und Abhängigkeit der Patienten entwickeln; wenn sie ihre Grundhaltung gegenüber den Patienten und das sie implizit leitende Patientenbild ändern.

Konkret bestehen zum Beispiel folgende Optimierungsmöglichkeiten:

- Die Zeiten sind endgültig vorbei, in denen die Eltern kranker Kinder während der Arztvisite aus dem Patientenzimmer gebeten wurden. «Visite» heisst «Besuch». Wenn wir jemanden besuchen, so benehmen wir uns in der Regel als Gast, sodass der Gastgeber unsere Wertschätzung spürt.
- Patienten sollten gefragt werden, ob sie eine schriftliche Patientenverfügung verfasst haben. Heute wird dies oft unterlassen mit der Begründung, dadurch verunsichere man nur die Patienten und stelle ihr Vertrauen zu den Ärzten in Frage. In Wirklichkeit ist eine Patientenverfügung ein geeignetes Mittel, mit dem

3 Richard Sennett: Respekt im Zeitalter der Ungleichheit, Berlin Verlag 2002, S. 213 ff.

Fortsetzung auf Seite 19

Empowerment fördern - Beispiel Psychiatrie

Alle Fachleute schmücken sich heute gerne mit dem Begriff «Empowerment» – auch in der Psychiatrie. Doch wie weit ist das damit verbundene Konzept in der psychiatrischen Arbeit realisiert? Und: Was können professionell Tätige überhaupt dazu beitragen?

Andreas Knuf

Der Begriff «Empowerment» ist heute in aller Munde. Derzeit gibt es in der sozialpsychiatrischen und gemeindepsychologischen Konzeptdebatte kaum ein häufiger verwendetes Schlagwort. Dabei ist das damit verbundene Konzept in der psychiatrischen Arbeit noch kaum realisiert. «Empowerment» ist nur «ein modisches Fortschrittsetikett, das auf die Verpackungen altvertrauter und schon angestaubter Handlungskonzepte und Praxisrezepturen aufgeklebt wird» [1]. Die Worte sind wieder einmal schneller gewesen als ihre Umsetzung. Welcher professionell Tätige würde denn schon nicht von sich behaupten, längst selbsthilfe- und ressourcenorientiert zu arbeiten, partnerschaftlich zu behandeln? Doch ist das bereits «Empowerment»? Was heisst überhaupt «Empowerment»?

Begriffsdefinition

Historisch entstammt der Begriff «Empowerment» der amerikani-

schen Emanzipationsbewegung der Frauen und der Befreiungsbewegung der Schwarzsamerikaner. In beiden Fällen ging es um eine Auflehnung gegen Unterdrückung und Machtlosigkeit. Dazu war es erforderlich, Stärke und Kraft zurückzugewinnen, um sich für die eigenen Rechte einzusetzen und sich nicht länger unterlegen zu fühlen.

Im Psychiatriebereich heisst «Empowerment», dass die Betroffenen Möglichkeiten der Einflussnahme auf ihr eigenes Leben zurückgewinnen – indem sie die psychische Erkrankung bewältigen, vermehrt bei der Behandlung und den Behandlungsstrukturen mitbestimmen oder auf politischer Ebene Einfluss nehmen.

Selbsthilfe machts möglich

Empowerment ist also ein Akt der Selbsthilfe. (Nebenbei bemerkt: Ich persönlich finde den Begriff «Empowerment» schrecklich, vor allem weil sich viele Betroffene nicht spontan damit identifizieren können. Ein Betroffener nannte es einmal «ein Wort in Lederkluft». Und auch die deutschen Übersetzungen «Selbstbefähigung» oder «Selbstbemächtigung» sind nicht viel besser.)

Seit etwa zehn Jahren gibt es im deutschsprachigen Raum eine Selbsthilfebewegung im Psychiatriebereich. Diese wächst stetig und besteht inzwischen aus Hunderten von Selbsthilfegruppen und verschiedenen grösseren Selbsthilfeorganisationen. Auch in der Schweiz haben Betroffene zahlreiche Selbsthilfeorganisationen im Psychiatriebereich gegründet; Equilibrium (Verein zur Bewältigung von Depressionen; www.depressionen.ch) ist wohl die grösste dieser Organisationen.



Andreas Knuf

Selbsthilfe macht möglich, was im klinischen Selbstsicherheitstraining oder in der Einzeltherapie oftmals nicht gelingen will: Betroffene gewinnen ein neues Selbstbewusstsein, werden aktiv, entwickeln Kampfgeist und Durchsetzungskraft. Und das alles ohne professionelle Unterstützung. Ja, die Abwesenheit von Fachpersonen scheint das Aufblühen der Selbsthilfebewegung gerade zu ermöglichen. Psychiatrisch Tätige sollten sich daher nur mit äusserster Vorsicht an diese Empowerment-Bewegung der Betroffenen annähern.

Rolle der Fachleute

Fachleute missverstehen Empowerment oft als professionelles Handlungskonzept und Methodenreservoir. Dabei ist Empowerment ursprünglich kein Konzept professioneller Arbeit. Empowerment heisst *Selbstbefähigung* und ist damit zunächst Sache des Betroffenen. Wie kann es einem psychiatriee erfahrenen Menschen gelingen, sein Selbstbewusstsein zu stärken, seine eigenen Selbsthilfemöglichkeiten und sein

Recht auf Selbstbestimmung zu nutzen? Man könnte auch sagen: Es geht darum, Stolz, Würde und Mut zurückzugewinnen.

Professionell Tätige können Empowerment unterstützen, begleiten, fördern, aber sie können es nicht bewirken. Wem es als Betroffenen gelingt, seine Selbsthilfefähigkeiten zu entdecken, der kann verdammt stolz auf sich selber sein. Das hat *er* erreicht, niemand anders. Das ist dann *nicht* das Ergebnis einer guten Therapie, sondern jenes einer mutigen Auseinandersetzung des Betroffenen mit sich selber und mit seiner Erkrankung.

Ich habe es mir deshalb angewöhnt, klar zwischen dem Empowerment Betroffener und der Empowerment-Unterstützung (als einer Aufgabe professionell Tätiger) zu unterscheiden. «Aufgabe professioneller Arbeit ist es, Bedingungen bereitzustellen, die es den betroffenen Menschen ermöglichen, sich ihrer ungenutzten, vielleicht auch verschütteten Ressourcen und Kompetenzen (wieder) bewusst zu werden, sie zu erhalten, zu kontrollieren und zu erweitern, um ihr Leben selbst zu bestimmen und ohne «expertendefinierte Vorgaben» eigene Lösungen für Probleme zu finden.» [2]

Empowerment unterstützen

Empowerment-Unterstützung, wie ich sie hier beschreibe, ist eher eine Haltung als eine Methode, eher eine Atmosphäre als eine Tätigkeit. Daher beschränkt sie sich nicht auf den Kontakt zwischen Fachpersonen und Klienten. Eine auf die Förderung von Selbstbefähigung ausgerichtete Atmosphäre zeigt sich ebenso im Kontakt der Mitarbeitenden untereinander und im Umgang zwischen Leitungsebene und Mitarbeitenden. Empowerment ist auch keine «Spezialdisziplin», sondern eine Haltung, die sich in jeder Alltagshandlung professionell Tätiger manifestiert.

Grob lassen sich die Möglichkeiten zur Unterstützung von Empowerment in drei Bereiche aufteilen [3]:

1. *Steine aus dem Weg räumen: Empowerment nicht behindern; zum Beispiel:*

- erlernte Hilflosigkeit und Traumatisierungen vermeiden
- behindernde Medikation vermeiden
- zu viel professionelle Aktivität und Verantwortungsübernahme vermeiden.

2. *Ermutigung zur Selbsthilfe und Selbstbestimmung; zum Beispiel:*

- Selbstsicherheits- und Selbstwirksamkeitsgefühl fördern
- Absprachen und Selbstbestimmung für die akute Krisenbehandlung ermöglichen
- selbsthilfeorientierte Krisenvorsorge fördern [4].

3. *Gemeinschaftliches und politisches Empowerment fördern; zum Beispiel:*

- Ressourcen wie Geld, Wissen, Räumlichkeiten und so weiter für Selbsthilfeaktivitäten anbieten
- Bereitschaft, «Macht» zu teilen, zum Beispiel in Gremien oder auf institutioneller Ebene
- Partizipation von Betroffenen in

Bereichen wie Forschung und Öffentlichkeitsarbeit

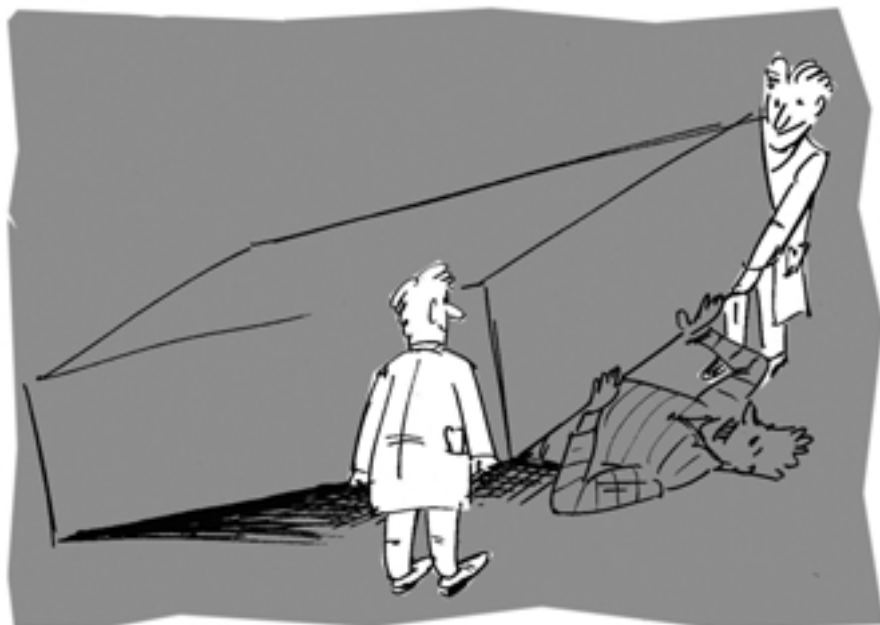
- Beteiligung von Betroffenen an Behandlungsangeboten (Peer Specialists), nutzerinitiierte und nutzerkontrollierte Einrichtungen wie etwa Weglaufhäuser.

Beispiele aus der Schweiz

In den letzten Jahren wurden erste emanzipatorische und partizipative Ansätze im Psychiatriebereich in der Schweiz verwirklicht, die jedoch weit davon entfernt sind, für das Gros der psychiatrischen Klienten nutzbar zu sein. Trotzdem sind diese Schritte beachtlich und zeigen eine Perspektive für die Zukunft. Einige wichtige Ansätze sind:

- Von der Direktion für Sozial- und Gemeindepsychiatrie der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern wurde ein Klinikbeirat initiiert, der paritätisch von Betroffenen, Angehörigen und Fachleuten besetzt ist und die Klinikleitung berät.





Illustrationen: Peter Wanner

kann, das alte Prinzip der professionellen Aktivität hat hier ausgedient. Wenn es Fachpersonen gelingt, durch eine Veränderung ihrer Haltung die oben beschriebene Empowerment-unterstützende Atmosphäre zu schaffen, wird sich ein Engagement von Betroffenen und Angehörigen entfalten können, wie es zuvor niemand für möglich gehalten hat. Mit der Trialog-Bewegung wurde dies eindrücklich bewiesen! ■

Autor:

Andreas Knuf

Diplom-Psychologe und
Psychologischer Psychotherapeut
Projektbeauftragter für
Selbsthilfeförderung bei der
Schweizer Stiftung Pro Mente Sana
Hardturmstrasse 261
8031 Zürich
Internet: www.promentesana.ch

Literatur:

1. Herriger, N. (1997): Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Stuttgart: Kohlhammer.
2. Weiss, H. (1992): Annäherung an den Empowerment-Ansatz als handlungsorientierendes Modell in der Frühförderung. Frühförderung Interdisziplinär, 157-169.
3. Knuf, A., Seibert, U. (2001): Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
4. Knuf, A., Gartelmann, A. (2003): Bevor die Stimmen wiederkommen. Vorsorge und Selbsthilfe bei psychotischen Krisen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
5. Dietz, A., Pörksen, N., Voelzke, W. (1998): Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Massnahmen in der Akutpsychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
6. Bock, T., Buck, D., Esterer, I. (2000): Es ist normal, verschieden zu sein. Psychose-Seminare - Hilfen zum Dialog. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

■ Auch zahlreiche kantonale Psychiatriekommissionen wurden für Betroffenen- und Angehörigenvertreter geöffnet, zum Beispiel in Zürich und im Kanton Solothurn.

■ In einigen psychiatrischen Kliniken der Schweiz wurde die so genannte Behandlungsvereinbarung [5] eingeführt. Patienten erhalten so die Möglichkeit, mit der Klinikleitung zu vereinbaren, wie sie im Fall einer erneuten Krise behandelt werden möchten. Diese Vereinbarung bezieht sich auch auf die heiklen Themen «Umgang mit Medikamenten» und «Gewalt und Zwang».

■ Seit 1996 wurden mit Unterstützung von Pro Mente Sana an 13 Orten in der Schweiz so genannte Psychoseseminare [6] gegründet, das sind gleichberechtigte Aussprache- und Austauschforen für Betroffene,

Angehörige und Fachleute. Sie haben unter anderem das Ziel, eine gemeinsame Sprache für das Reden über Psychosen zu finden, gegenseitige Vorurteile abzubauen und eine nutzerorientiertere Behandlung zu ermöglichen.

Vor allem die Idee des «Trialogs», das heisst des partnerschaftlichen Austauschs und der Zusammenarbeit von Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen, kann für andere Medizinbereiche Vorbildfunktion haben. Lokale Trialoggruppen sind heute mitbeteiligt an der Erarbeitung etwa von Psychiatriekonzepten oder von Behandlungsstandards. Auch die oben schon vorgestellte Behandlungsvereinbarung wurde trialogisch erarbeitet. Wichtig ist dabei, dass der Trialog nicht von Fachleuten «verordnet» oder «gemacht» werden

Fortsetzung von Seite 16

der Patient seine Autonomie in zentralen Fragen der Behandlung ausdrücken kann. Ein Spital, das nach der Patientenverfügung fragt, zeigt damit, wie ernst es den Patienten als Mitproduzenten nimmt.

■ Statt sich über das «Halbwissen der Patienten» zu beklagen, das sie durch TV-Sendungen und im Inter-

net gewonnen haben, wäre es besser, dieses Halbwissen (im Sinne des halbvollen Glases) als Ressource im Gesundungsprozess zu nutzen. Ärzte, Pflegende und Therapeuten können auf dem Wissen der Patienten aufbauen, sie noch besser informieren und ihr Wissen in der Zusammenarbeit mit ihnen produktiv einsetzen. ■

Autor:

Dr. rer. pol. Werner Widmer

Direktor
Stiftung Diakoniewerk
Neumünster – Schweizerische
Pflegerinnenschule
Trichtenhauserstrasse 24
8125 Zollikerberg
E-Mail: werner.widmer@diakoniewerk-neumuenster.ch

Selbsthilfegruppen - Bewegung der Vergessenen?

Engagieren sich PatientInnen in Selbsthilfegruppen, weil sie vom Gesundheitssystem vernachlässigt werden?

Ist also die Selbsthilfe-Bewegung eine Bewegung der Vergessenen? Dieser Frage geht eine Pionierin der Selbsthilfe-Förderung nach. Sie unterscheidet dabei zwischen der Ebene der individuellen therapeutischen Betreuung und der Ebene des Gesundheitssystems.

Vreni Vogelsanger

Vergessen werden kann nur jene, die passiv wartet, bis jemand an sie denkt. Eine solche Haltung widerspricht der Motivation von Selbsthilfegruppen ganz grundsätzlich. Selbsthilfegruppen repräsentieren eher jene PatientInnen, die sich aktiv zu Worte melden. In diesem Sinn sind die Mitglieder von Selbsthilfegruppen keine vergessenen Patienten.

Dennoch spielen Gefühle des «Vergessenwerdens» bei Selbsthilfegruppen sicher eine Rolle.

Gefühle des «Vergessenwerdens» bei Selbsthilfegruppen

Wer rundherum glücklich ist, kommt nicht auf die Idee, eine Selbsthilfegruppe zu gründen. Insofern haben

Selbsthilfegruppen etwas mit dem Erleben von Mangel zu tun.

Schwer wiegende und lang dauernde Gesundheitsprobleme bedeuten eine Konfrontation mit den Grenzen des Lebens und eine Beschränkung der Lebensperspektiven. Die Auseinandersetzung mit dem, was man nicht mehr, vielleicht nie mehr kann, ist besonders hart, wenn davon auch wichtige soziale Kontakte betroffen sind, weil man zum Beispiel den Arbeitsplatz verliert oder aus einem Verein austreten muss. «Was tauge ich überhaupt noch?», «Wo bin ich überhaupt noch gefragt?»: Dies sind gerade in unserer leistungsorientierten Gesellschaft Fragen von einiger Brisanz. Das Gefühl, an den Rand der Gesellschaft gedrängt oder eben «vergessen» zu werden, ist nahe liegend.

Menschen, die sich einer Selbsthilfegruppe anschliessen, wollen jedoch genau nicht in dieser Gemütslage der «Vergessenen» verharren. Sie erkennen die Gefahr des passiven Erduldens, das in eine zunehmende Resignation und Isolation führen kann. Eine ganze Reihe zentraler Motive für das Engagement in Selbsthilfegruppen beziehen sich nicht auf das, was andere tun müssten, sondern auf das, was die Betroffenen selber und in gegenseitiger Hilfe tun können:

- sich an Gleichbetroffenen orientieren: Wie machen es andere? Gibt es Leute, die einen gangbaren Weg gefunden haben? Was kann ich von ihnen lernen?

- die Gemeinschaft jener Menschen suchen, die aufgrund eigener Erfahrung vieles ohne lange Erklärungen verstehen und keine Angst vor den Sorgen und Abgründen haben, die sie schliesslich auch selber kennen

- Informationen zu Hintergründen,



Vreni Vogelsanger

Behandlungsmöglichkeiten und -erfolge sammeln; eine eigene Urteilskraft erreichen, nicht vollständig von ExpertInnen abhängig sein

- einen Ort finden, wo die eigene Kompetenz gefragt und das persönliche Engagement notwendig ist

- eine kritische Distanz gewinnen zu den Fachleuten, um erst einmal eine eigene Position zu finden

- nach einer Phase grosser Abhängigkeit den bewussten Schritt tun, die Selbstverantwortung wieder zu übernehmen.

Gefühle des «Vergessenwerdens» tauchen bei vielen Menschen mit ernststen gesundheitlichen Problemen auf und müssen sich nicht unbedingt auf Mängel im Gesundheitswesen beziehen (siehe auch *Kasten 1*). Selbsthilfegruppen bieten eine wichtige Hilfe, dass aus diesen Gefühlen nicht eine umfassende Verlassenheit und soziale Isolation entsteht.

Betroffene als ErfahrungsexpertInnen

Im Gespräch mit Mitbetroffenen finden PatientInnen heraus, welche

Kasten 1:

Versorgungslücken – Voraussetzung für Selbsthilfegruppen?

«Sind Lücken in der professionellen Versorgung nicht gerade Chancen für Selbsthilfegruppen?», so könnte man sich fragen. Denn tatsächlich: Eine ideale professionelle Versorgung ist keine lückenlose. Lücken im Sinne von Freiräumen für Leistungen, die von den Betroffenen selber kommen, sind eine wichtige Voraussetzung für das Empowerment der Betroffenen. Dies zeigen gerade Selbsthilfegruppen, die ja bewusst auf die Leitung durch eine Fachperson verzichten. Sie wollen ihre eigenen Erfahrungen machen und eigene Visionen realisieren. Was sie dabei erleben, stärkt ihr Selbstbewusstsein und ihr Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit.

Selbsthilfegruppen nehmen einen speziellen Platz im Gesundheitssystem ein. Der Professor für Medizinsoziologie Christian von Ferber hat dafür in Deutschland den Begriff der «dritten Säule» (neben den Gesundheitsinstitutionen und den Privatpraxen) geprägt. Was Selbsthilfegruppen tun, ist etwas spezifisch Eigenes unter der Voraussetzung der freiwilligen gegenseitigen Hilfe. Professionelle Versorgung findet unter anderen Voraussetzungen statt: Es besteht ein Auftrag, eine Entlohnung sowie eine Rechenschaftspflicht. Man kann das eine nicht durch das andere ersetzen, also nicht das den Selbsthilfegruppen überlassen oder an sie delegieren, was in eine professionelle Verantwortung gehört. Wenn sich Selbsthilfegruppen vom Prinzip der gegenseitigen Hilfe und gemeinsamen Verantwortung entfernen und Versorgungsleistungen übernehmen, überschreiten sie eine Grenze, was nicht nur für das Bestehen der Gruppe, sondern auch für alle Beteiligten gefährlich werden kann.

Betroffene müssen die Wahl haben, sich für die Selbsthilfe bewusst entscheiden zu können. Wenn professionelle Angebote fehlen, ist dies nicht gegeben. Dann entsteht bei den Selbsthilfegruppen der Druck, Mitbetroffene zu unterstützen, auch wenn diese zur Selbsthilfe nicht bereit oder nicht in der Lage sind. Versorgungslücken sind also eher schlechte als gute Voraussetzungen für Selbsthilfegruppen.

generellen Problemen, die zum Beispiel mit Versorgungsmängeln zusammenhängen können.

Zum Beispiel:

■ Eine Frau ist enttäuscht, dass es ihr beim letzten Arztbesuch wieder nicht gelungen ist, ihre Fragen zu stellen. Sie stehe dann draussen und fühle sich als Versagerin. Im weiteren Verlauf des Gesprächs stellt sich heraus, dass andere Mitglieder in derselben Poliklinik dieselben Erfahrungen machen.

■ Ein Mann wurde nach überstandener schwerer Krankheit als geheilt aus dem Spital entlassen. Seither plagten ihn grosse, unverständliche Ängste, wie er sie damals, als sie angebracht gewesen wären, nicht hatte. Die Gruppe ist empört darüber, dass PatientInnen noch immer kaum über die seelische Verarbeitung eines Krankheitsgeschehens informiert werden.

■ In einer Selbsthilfegruppe geht es um eine seltene Erkrankung. Die Mitglieder wissen von wahren Odysseen bis zur richtigen Diagnose zu berichten und wundern sich darüber, wie oft Fehldiagnosen mit der Verabreichung von Beruhigungsmitteln einhergehen.

Kasten 2:

Die Stiftung KOSCH

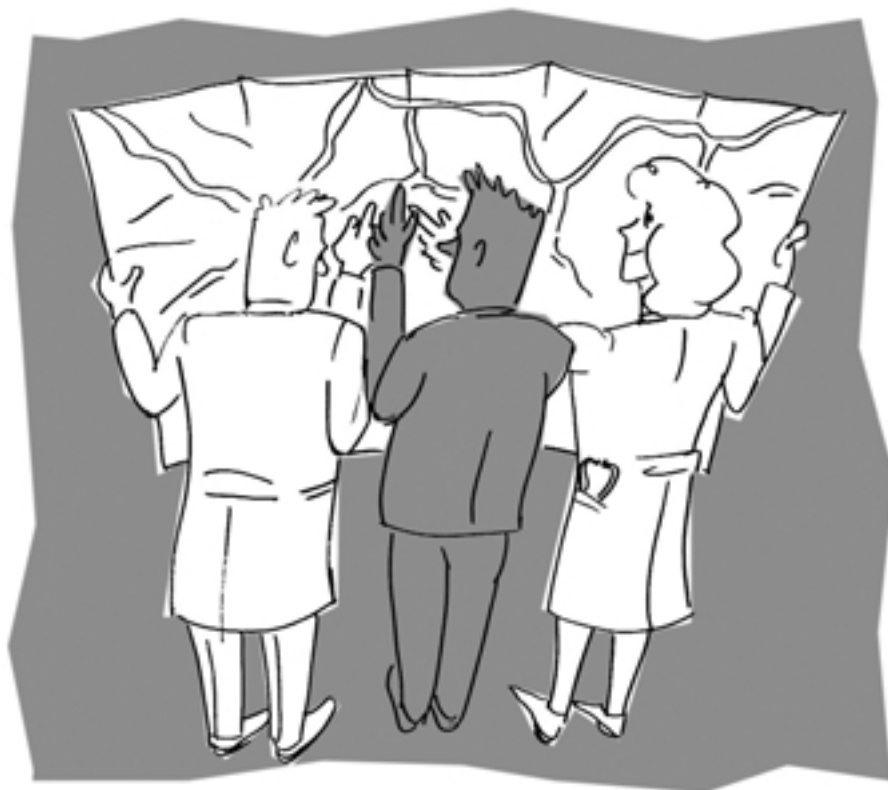
In der Schweiz gibt es rund 2000 Selbsthilfegruppen zu 330 verschiedenen Themen und gegen 180 Selbsthilfeorganisationen (viele davon sind Zusammenschlüsse von Selbsthilfegruppen).

Die Stiftung KOSCH ist das Dach der 16 regionalen Kontaktstellen für Selbsthilfegruppen in der Schweiz. Auskunft zum Anschluss an eine Selbsthilfegruppe erhalten Sie unter Tel. 0848 810 814 (Normaltarif), weitere Informationen finden Sie im Internet unter www.kosch.ch

Dies sind Ausgangspunkte für Selbsthilfegruppen, sich über persönliche Belange hinaus auch mit generellen Fragen des Gesundheitssystems auseinander zu setzen. Auf diese Weise bildet sich in jeder Gruppe ein Schatz an Erfahrungen, Analysen und Erkenntnissen.

Das Potenzial nutzen

Der Erfahrungs- und Erkenntnis-schatz der Selbsthilfegruppen könnte genutzt werden, um das Gesundheitssystem zu verbessern. Doch er liegt nach meiner Einschätzung noch viel



Probleme andere genauso haben wie sie und welche nicht. Dadurch erkennen sie den Unterschied zwischen persönlichen Problemen und

zu oft brach, weil sich die Fachleute wenig oder zumindest nicht aktiv dafür interessieren. Fachleute gehen selten auf Selbsthilfegruppen zu, um einen Erfahrungsaustausch anzuregen. Es ist also an den Gruppen, die Schwelle (Was ist wichtig genug? Wann ist der richtige Zeitpunkt, um nicht den Betrieb zu stören? ...) zu überwinden. Dies wiederum führt dazu, dass Gespräche dann stattfinden, wenn der Druck bei Selbsthilfegruppen gross genug ist – was dann leicht zu einem Anklage- und Abwehrdialog führt.

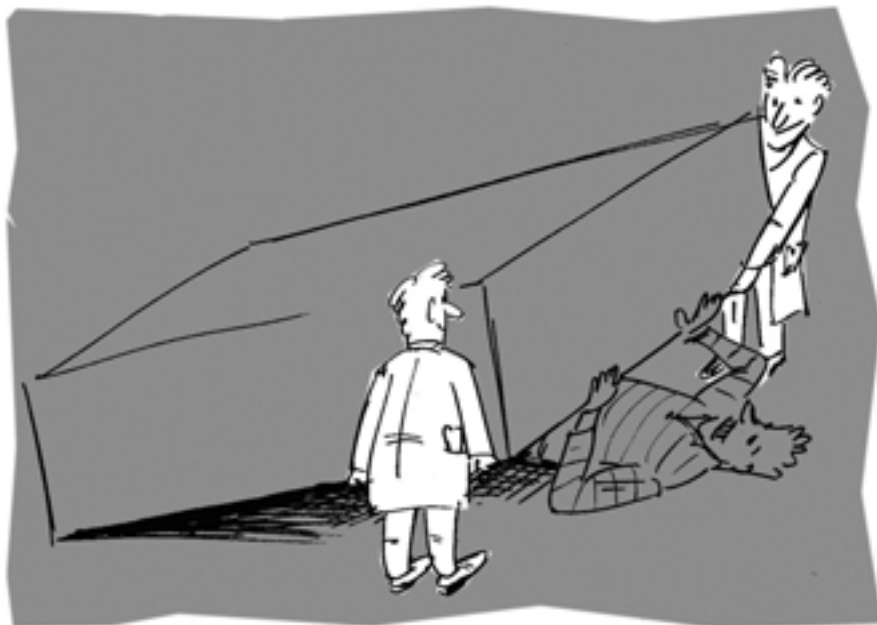
Viel günstiger ist es, einen regelmässigen Austausch zu institutionalisieren. Zum Beispiel:

■ In Basel findet vierteljährlich eine Sitzung zwischen VertreterInnen der staatlichen psychiatrischen Dienste (BS und BL), Freipraktizierenden und Betroffenen sowie Angehörigen aus Selbsthilfegruppen der «Demokratischen Psychiatrie» statt. Dort werden Informationen und Erfahrungen ausgetauscht und strittige Themen diskutiert. Auch hier kam zwar die Initiative von den Selbsthilfegruppen, unterdessen basieren diese Sitzungen aber auf gegenseitigem Interesse.

■ Zum zweiten Mal sollte Ende August 2003 eine Dialog-Tagung für Betroffene und HausärztInnen stattfinden. Das Patronat und die Organisation oblagen dem Teilprojekt Ärztinnen und Ärzte des nationalen Alkoholprogramms «Alles im Griff?», der Gesellschaft für Allgemeinmedizin SAGM sowie der Stiftung KOSCH (siehe *Kasten 2*). Leider musste diese Tagung mangels Anmeldungen, vor allem aus der Ärzteschaft (4 Anmeldungen, mit etwa 50 wurde gerechnet), auf das Frühjahr 2004 verschoben werden.

■ Ebenfalls aus der Psychiatrie sind mir Gremien bekannt, wo die Interdisziplinarität – also die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen – schon lange und selbstverständlich auch auf Betroffene und VertreterInnen von Selbsthilfegruppen erweitert wurde.

Im Rahmen des Projekts «Nationale Gesundheitspolitik Schweiz» hat sich eine Arbeitsgruppe gebildet, die der Frage nachgehen will, wie Pati-



Illustrationen: Peter Wanner

entInnen in offiziellen Gremien des Gesundheitswesens vertreten sind, welche Erfahrungen sie dort machen und was man tun müsste, um diese Art der «Nutzerbeteiligung» zu fördern. Eine Frage ist zum Beispiel: Wieweit haben Betroffenen- und Selbsthilfe-VertreterInnen Zugang zu Infrastrukturen, zu Beratung und Information, wie sie für Delegierte von Fachorganisationen selbstverständlich vorhanden sind? Die Arbeitsgruppe geht davon aus, dass die «Nutzerbeteiligung» heute in der Schweiz eher selten und zufällig stattfindet.

Im geschilderten Sinn kann man sagen, dass Betroffene als ErfahrungsexpertInnen noch wenig zur Kenntnis genommen und einbezogen werden. Vor allem dürfte es nicht den PatientInnen überlassen werden, sich anzubieten. Die Initiative müsste auch von Fachleuten kommen. Institutionalisierte Formen des Erfahrungsaustausches (weil man sich etwas zu sagen hat) sind günstiger als Treffen, die unter Druck zu Stande kommen.

Bewegung der Vergessenen?

Selbsthilfegruppen entstehen nicht, weil ihre Mitglieder von den Fachleuten vergessen werden, sondern aus einer persönlichen Haltung der

Selbstverantwortung heraus. Sie haben aber in der Schweiz ihren spezifischen Platz im Gesundheitssystem noch zu wenig gefunden. Sie werden vom Gesundheitssystem vergessen im Sinn, dass die Chancen einer starken Selbsthilfe-Bewegung besser erkannt und genutzt werden könnten, gerade im Hinblick auf gesundheitspolitische Diskussionen. ■

Autorin:
Vreni Vogelsanger

Geschäftsleiterin
Stiftung KOSCH
Koordination und Förderung von
Selbsthilfegruppen in der Schweiz
Laufenstrasse 12
4053 Basel
E-Mail: v.vogelsanger@kosch.ch

Demokratisierung der Medizin - Modelle der Bürgerbeteiligung

Die Spitzenmedizin weckt zahlreiche Hoffnungen, wirft aber auch Fragen ethischer, juristischer und ökonomischer Natur auf, welche die Gesellschaft als Ganzes betreffen. Das Zentrum für Technologiefolgen-Abschätzung TA-SWISS gibt den Bürgerinnen und Bürgern das Wort, indem es neue Formen von Bürgerbeteiligungen erprobt.

Danielle Bütschi

Über die Rechtmässigkeit oder Unrechtmässigkeit medizinischer Techniken, welche Fragestellungen ethischer und moralischer Natur aufwerfen, können weder Mediziner noch Patienten alleine entscheiden. Entscheide dieser Art müssen demokratisch legitimiert sein.

Gegenwärtig werden im schweizerischen Parlament unter anderem Gesetze ausgearbeitet, welche die Organtransplantation, genetische Untersuchungen, die Forschung an embryonalen Stammzellen und die Forschung am Menschen regeln sollen. Bei derart emotionalen und ethisch heiklen Themen gestaltet sich die Aufgabe des Gesetzgebers nicht einfach. Um seine Beschlüsse zu legitimieren, wird er sich bestimmt zu einem grossen Teil auf Gutachten von

Forschenden und Medizinerinnen abstützen. Doch in Bereichen, wo sich die Moral kontinuierlich verändert und wo die Gefahr von Missbrauch besteht, ist es wichtig, dass die Gesellschaft als Ganzes mitdiskutieren kann. Bürgerkonsultationen in Form eines Referendums oder einer Volksinitiative wären zeitraubend und unbefriedigend – Ersteres würde im Fall einer Annahme die Anstrengungen des Gesetzgebers zunichte machen, Letztere würde Anwendungen im entsprechenden Gebiet ganz verbieten.

Neue Formen von Bürgerkonsultationen ermöglichen es, Meinungen, Hoffnungen und Befürchtungen in ihrer Vielfalt und Nuanciertheit einzufangen. Gerade im Zusammenhang mit der Reglementierung der Spitzenmedizin lohnt es sich, diese neuen Methoden zu erforschen und zu erproben. Das Zentrum für Technologiefolgen-Abschätzung TA-SWISS beschäftigt sich seit mehreren Jahren mit neuen Formen der Bürgerbeteiligung und führt partizipative Verfahren durch. Auch in anderen Ländern werden solche Verfahren regelmässig von Behörden oder Stellen angewandt, die bestrebt sind, den Dialog zwischen Wissenschaft und Gesellschaft zu fördern [1].

PubliForum: Wenn Bürgerinnen und Bürger Vorschläge machen

Das PubliForum ist ein partizipatives Verfahren und basiert auf dem vom dänischen Technologierat (Teknologi-Rådet) entwickelten Modell der «Konsensus-Konferenzen». Das Ziel solcher Verfahren ist es, Fachpersonen und Laien miteinander ins Gespräch zu bringen. So wird garantiert, dass einerseits die wissen-



Danielle Bütschi

schaftliche und technologische Entwicklung für die Bevölkerung transparent verläuft und dass andererseits die öffentliche Debatte, die mit diesen Entwicklungen einhergeht, durch Fachleute begleitet wird [2].

Im Rahmen eines PubliForums trifft sich ein möglichst heterogenes Panel von 30 zufällig ausgewählten Bürgerinnen und Bürgern zu mehreren Sitzungen, um Fragestellungen rund um den Fortschritt von Wissenschaft und Technologie in einem bestimmten Bereich (z.B. Organtransplantation, gentechnisch veränderte Organismen) zu diskutieren. In einer ersten Phase entscheidet das Bürgerpanel, welche Fragen es anlässlich des PubliForums erörtern möchte (z.B. Definition des Todes, Umgang mit dem Organmangel, Kriterien für die Zuteilung von Organen usw.), und es wählt «Auskunftspersonen», die diese Fragen beantworten sollen. Während eines Hearings von zwei Tagen hört sich das Panel die Erläuterungen dieser Auskunftspersonen an. Aufgrund der gewonnenen Informationen ver-

fasst das Bürgerpanel einen Bericht mit seinen Einschätzungen und Schlussfolgerungen. Auch wenn diese Einschätzungen weit gehend auf Konsens basieren, enthält der Bericht doch auch die abweichenden Meinungen sowie Meinungen von Minderheiten innerhalb des Bürgerpanels.

«publifocus»: Argumente und Meinungen erfassen

TA-SWISS organisiert auch Fokusgruppen («publifocus»), wie sie aus dem Marketing und aus den Sozialwissenschaften bekannt sind. Solche Diskussionsgruppen erlauben es, herauszufinden, wie bestimmte Personen ein bestimmtes Thema wahrnehmen, welche Bedeutung sie ihm beimessen und wie sie darüber mit weiteren Personen diskutieren. Der «publifocus» erlaubt es auch, herauszufinden, welche Faktoren bei der Meinungsbildung eine Rolle spielen, und Gründe allfälligen Misstrauens zu verstehen [3].

Im konkreten Fall lädt TA-SWISS jeweils mehrere Gruppen zu etwa zehn Personen ein, an einem Diskussionsabend zu einem bestimmten Thema (z.B. Forschung an menschlichen Stammzellen, In-vitro-Fertilisation) teilzunehmen. Die verschiedenen Gruppen in den drei grossen Sprachregionen werden bewusst nach unterschiedlichen Kriterien zusammengestellt. Eine Gruppe kann zum Beispiel aus Personen bestehen, welche die PatientInnen repräsentieren, oder aus Personen, die sonst ein bestimmtes Kriterium (z.B. bezüglich Glaube oder Geschlecht) erfüllen und als Gruppe eine eigene Sichtweise der Problematik vertreten. Nach einer Einführung in die Thematik durch einen oder zwei Spezialisten debattieren die Teilnehmenden unter der Leitung eines Moderators oder einer Moderatorin. Jede Gruppe diskutiert dieselben Fragen, sodass die Argumente und Meinungen der verschiedenen Gruppen anschliessend verglichen werden können.

Die Meinung der Bürgerinnen und Bürger: Wozu?

Es wäre illusorisch, zu glauben, dass die im PubliForum oder im «publi-

Kasten 1:

PubliForum über die Transplantationsmedizin

Im November 2000 fand ein PubliForum über die Transplantationsmedizin statt. Es wurde vom Zentrum für Technologiefolgen-Abschätzung TA-SWISS, vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) und vom Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der Wissenschaftlichen Forschung (SNF) organisiert. Ziel war es, die Befürchtungen und Hoffnungen der Bevölkerung anlässlich der Vorbereitung eines neuen Gesetzes zur Transplantation von Organen in Erfahrung zu bringen.

Im Schlussbericht wird verschiedentlich erwähnt, dass mit der Transplantation von Organen sorgfältig umgegangen werden muss. Das Bürgerpanel akzeptiert den Hirntod beispielsweise als medizintechnisches Kriterium für die Entnahme von Organen, erachtet es aber als wichtig, dass man den Hirntod keinesfalls mit dem geistigen Tod gleichsetzt. Es bestand deshalb darauf, dass die individuelle Überzeugung respektiert werden soll, und empfahl, den Entscheid einer Person, die ihre Organe nicht spenden möchte, zu akzeptieren.

Die Bürgerinnen und Bürger waren ausserdem der Auffassung, dass die erweiterte Zustimmungslösung (die Angehörigen entscheiden über die Organspende, falls der Betroffene zu Lebzeiten seinen Willen nicht geäussert hat) den Wunsch und die Würde der Organspender am besten berücksichtigt und gleichzeitig den Bedürfnissen der Patienten auf den Wartelisten Rechnung trägt.

Schliesslich machten die Bürgerinnen und Bürger aufmerksam auf die psychologische Dimension der Transplantation für die OrganempfängerInnen, die Angehörigen der hirntoten SpenderInnen, die LebendspenderInnen sowie das medizinische Personal.

focus» formulierten Vorschläge von Politikern und anderen betroffenen Kreisen eins zu eins übernommen würden. Es handelt sich um Meinungen «aufgeklärter» BürgerInnen, die sich die Zeit genommen haben, ihren Alltag und ihre Wertvorstellungen mit einem wissenschaftlichen oder technologischen Fortschritt zu konfrontieren. Diese Meinungen haben an sich keine demokratische Legitimität, können jedoch Entscheidungsträger inspirieren oder gewisse

Beschlüsse stützen. Dies war beispielsweise beim PubliForum über die Transplantationsmedizin der Fall, dessen Resultate in die Botschaft zum Gesetzesprojekt aufgenommen wurden: Entsprechend dem Wunsch der BürgerInnen (siehe *Kasten 1*) sieht das Gesetzesprojekt die explizite Zustimmungserklärung der SpenderInnen oder der Angehörigen zur Organentnahme vor, und nicht eine implizite Zustimmungserklärung, wie sie von der



Nach intensiven Diskussionen verfassen die Teilnehmenden des PubliForums ihren Bürgerbericht.

Bild: Walter Grossenbacher, TA-SWISS

Kasten 2:

«publifocus» über die Forschung an Stammzellen

Im Frühjahr 2002 wurden Personengruppen aus der deutschen, aus der französischen und aus der italienischen Schweiz – praktizierende Gläubige, Frauen und betroffene Patienten – eingeladen, sich zur Forschung an embryonalen Stammzellen zu äussern.

In allen Gruppen stürzten die Fragen rund um die Forschung an embryonalen Stammzellen die Bürgerinnen und Bürger in einen Zwiespalt. «Der Kopf sagt Ja, das Herz Nein», brachte es eine Person auf den Punkt. Etliche Teilnehmende taten sich schwer damit, das Lebensrecht von einige Tage alten Embryonen und die Hoffnung Schwerverkrankter gegeneinander abzuwägen.

Das Meinungsspektrum war gross, die Ansichten waren vielfältig; doch in einer Frage herrschte unter den Teilnehmenden Einigkeit: Sollte es in der Schweiz verboten werden, embryonale Stammzellen zu erzeugen, so muss auch deren Einfuhr aus dem Ausland untersagt werden. Ein Herstellungsverbot im eigenen Land durch den Import zu umgehen, fanden die Teilnehmenden einhellig heuchlerisch und skandalös.

Weit gehend einig waren sich die Teilnehmenden darin, dass die Wettbewerbsfähigkeit allein kein ausreichender Grund ist, um die Forschung an Embryonen voranzutreiben. Übereinstimmung herrschte schliesslich auch in der Auffassung, wissenschaftlicher Fortschritt sei nicht als solcher abzulehnen: Mehrere Personen, die sich gegen die Forschung an Embryonen aussprachen, hoben hervor, sie seien anderen wissenschaftlichen Ansätzen gegenüber aufgeschlossen.

denkbar, dass Forschende bei der Ausarbeitung neuer Projekte mit BürgerInnen oder Patientinnen und Patienten zusammenarbeiten. Wichtig ist, dass ein unabhängiger und transparenter Dialog stattfinden kann und dass die Bürgerbeteiligung nicht dazu dient, sich Geltung zu verschaffen. Bei der Entwicklung neuer Modelle der Bürgerbeteiligung ist die Fantasie jedes und jeder Einzelnen gefragt. ■

**Autorin:
Dr. Danielle Bütschi**

Politologin, Beraterin
TA-SWISS – Zentrum für
Technologiefolgen-Abschätzung
beim Schweizerischen
Wissenschafts- und Technologierat
Birkenweg 61
3003 Bern
E-Mail:
danielle.buetschi@swtr.admin.ch

Ärztenschaft bevorzugt würde. Ausserdem wurde der Vorschlag der BürgerInnen, Angehörigen der OrganspenderInnen sowie dem Pflegepersonal psychologische Unterstützung zu bieten, in betroffenen Kreisen breit diskutiert, und er stellte für einige eine Innovation dar.

Mehr Bürgerbeteiligung in der Medizin?

Die Spitzenmedizin ruft wichtige Debatten hervor, in welche die Gesellschaft als Ganzes eingebunden werden sollte. Die Initiative für ein Verbot der künstlichen Fortpflan-

zung und die Genschutz-Initiative haben das eindrücklich gezeigt. Gerade im Zusammenhang mit neuen Technologien, die unsere angestammten ethischen und moralischen Vorstellungen umstossen, sind Dialogplattformen notwendig, um ein Vertrauensklima aufzubauen und harte Konfrontationen zu vermeiden. Das PubliForum und der «publifocus» sind längst nicht die einzigen möglichen Verfahren dafür. Andere Methoden, die eine Stärkung der Rolle der Patientinnen und Patienten zum Ziel haben, sind manchmal besser geeignet. Zum Beispiel wäre es

Literatur:

1. Joss, S. and Bellucci, S. (ed): Participatory Technology Assessment. European Perspectives. London: Centre for the Study of Democracy, 2002.
2. Joss, S. and Durant, J. (ed): Public Participation in Science. The role of consensus conferences in Europe. London: Science Museum, 1995.
3. Kass Gary: Open channels: Public dialogue in Science and Technology, POST, Report 153, March 2001.

Weitere Informationen unter:
www.publiforum.ch und www.ta-swiss.ch.

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

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

SWICA baut das alternative Versicherungsangebot weiter aus – Verträge mit über 160 Ärzten im Kanton Zürich

Nachdem im Frühjahr die dritte Studie des Sozialökonomischen Instituts der Universität Zürich belegt hat, dass die alternativen Versicherungsmodelle von SWICA nachhaltige Kosteneinsparungen im Vergleich zur traditionellen Krankenpflegeversicherung bringen, hat sich SWICA zum Ausbau dieser attraktiven Versicherungsmodelle entschieden.

Als am erfolgreichsten haben sich diejenigen Alternativmodelle erwiesen, bei denen die richtigen Anreize gesetzt werden können. Zum einen braucht es attraktive Prämien, damit sich genügend Versicherte für eine solche Versicherungsvariante entscheiden, und zum anderen braucht es Ärzte, die sich zu einer optimalen und damit auch wirtschaftlichen Medizin vertraglich verpflichten.

40 Prozent der SWICA-Kunden verfügen über ein alternatives Versicherungsmodell
Die grossen Anstrengungen von SWICA der letzten Jahre zahlen sich immer mehr aus. Bereits haben sich über 210 000 Versicherte für eines der drei Alternativmodelle entschieden. Somit verfügen schon über 40 Prozent aller SWICA-Kunden in der Krankenpflegeversicherung über ein alternatives Versicherungsmodell. Davon allein schon über 53 000 im Kanton Zürich. Diese Entwicklung ist auch den Ärzten nicht entgangen und hat diese ermutigt, sich künftig stärker in den Alternativmodellen zu engagieren.

Neues Angebot im Kanton Zürich

Als wichtigen, weiteren Entwicklungsschritt ist es SWICA gelungen, mit drei Ärztenetzwerken im Kanton Zürich vertragliche Vereinbarungen per 1. Januar 2004 zur gemeinsamen Förderung der Hausarztversicherung FAVORIT CASA zu treffen. Neu haben deshalb die Versicherten im Kanton Zürich zusätzlich zu den bereits bestehenden Alternativmodellen FAVORIT HMO und FAVORIT MEDICA (Ärzte- und Spitalisten-Produkt) die Möglichkeit, mit dem Hausarztmodell FAVORIT CASA Prämien zu sparen. Die im Wahlrecht stehenden Hausärzte sind Mitglieder der Ärztenetzwerke hawa (Verein der Hausärzte der Bezirke Winterthur und Andelfingen), MediX (Arztverband für HMO und Hausarztmodelle) und WintiMed. Somit sind bereits über 160 Ärzte in dieser Hausarztversicherung eingebunden. Wir rechnen damit, dass sich weitere Ärzte anschliessen werden. Dies nicht zuletzt auf Druck der Versicherten die erwarten, dass auch ihr Hausarzt sich für eine zukunftsorientierte und kostensparende Lösung engagiert.

Für weitere Auskünfte wenden Sie sich bitte an:
SWICA Gesundheitsorganisation
Nicole Graf, Leiterin PR & Information, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur
Tel. 052-244 22 59, Fax 052-244 22 77, E-Mail:nicole.graf@swica.ch

Wir bleiben dran!

Wir vom med-swiss.net-Vorstand sind überzeugt: Nur starke, qualifizierte Netzwerke haben Einfluss auf die Neugestaltung des Gesundheitswesens. Um diesen Einfluss geltend zu machen, haben wir uns im letzten Monat unter anderem in den folgenden Bereichen engagiert:

Zweite KVG-Revision:

Es bestehen gefestigte Kontakte zu den Mitgliedern der Sozial- und Gesundheitskommissionen des Stände- und Nationalrates. med-swiss.net setzt sich für eine differenzierte Franchise und für einen differenzierten Selbstbehalt für Managed-Care- und konventionell Versicherte ein, um die Attraktivität der Hausarztssysteme für Patienten zu steigern.

Qualimed.net:

Die Lockerung des Kontrahierungszwangs ist in den Räten ein traktandiertes Thema. Die Helsana hat im Frühjahr ein Ärzterating in den Nordostschweizer Kantonen lanciert. Beide Entwicklungen zeigen deutlich auf, dass wir Ärzte darauf vorbereitet sein müssen, unsere Qualität selber zu definieren. Sonst wird sie uns von aussen aufoktroziert werden. Unser Projekt «Qualimed.net» verdient deshalb besondere Beachtung. Es ist so weit gediehen, dass nun die Basisarbeit in den einzelnen Hausarztvereinen beginnen kann. Wir bitten alle Mitglieder, sich aktiv an dieser Arbeit zu beteiligen.

Referenzmodell für Praxisinformatik:

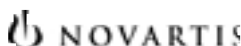
Aus dem Projekt «Referenzmodell für Praxisinformatik» ist nun der Verein für «compatible medizinische Praxisinformationssysteme» (COMPIS) hervorgegangen. Die Statuten bestehen; Vorstandsmitglieder sind Heinz Bhend, Ueli Bodmer, Martin Denz und Marco Zoller. Das Projekt hat den Zweck, die elektronische Datenerfassung auf eine gemeinsame Basis zu stellen.

Folgende Software-Anbieter zeigen Interesse: Praxidata, Variosoftware, Vitodata, Esculap, Triamun, Ärztekasse. Damit wären 80 Prozent der PC-Abrechnungssysteme in der Schweiz erfasst.

Vision 08:

Unser Präsident wurde als Mitglied in die Begleitkommission «Managed Care» der dritten Revision des KVG berufen. Im Rahmen der Kontaktaufnahme mit den verschiedenen Parlamentariern hat sich nun eine Gruppe gebildet, die nicht nur zur anstehenden KVG-Revision, sondern auch für die weitere Zukunft unseres Gesundheitswesens neue Gedanken und Ideen entwickeln möchte. Sie wird sich insbesondere mit der Frage auseinandersetzen, wie wir Ärzte uns ein Netzwerk im Jahr 2008 vorstellen.

Vorstand med-swiss.net



Unternehmensentwicklung am Beispiel Spitex Basel



von Dr. rer. pol. Peter Eichenberger
Geschäftsführer Spitex Basel

Spitex Basel hat eine **Balanced Score Card** eingeführt, mit der interne **Qualitäts- und Führungskriterien** definiert und überprüft werden können. **Mitarbeiterinnen werden leistungsgerecht entlohnt und arbeiten in Prozesslenkungsteams mit Kunden und Personal sind zufriedener geworden.**

Im Jahr 2002 beanspruchten mehr als 6000 Kundinnen und Kunden die Leistungen der Spitex Basel. Seit 1999, dem ersten Geschäftsjahr der fusionierten Spitex Basel, hat der Kundenkreis kontinuierlich zugenommen. Spitex Basel stösst immer stärker in den komplexen Pflegebereich vor. Übertritte aus den Spitälern erfolgen aufgrund des knappen stationären Bettenangebotes früher. In einzelnen Quartieren kommt bereits jeder dritte Neukunde vom Spital. Auf die gesamte Stadt bezogen ist es jede vierte Person. Schweizweit sind dies überdurchschnittliche Werte. Ebenfalls überdurchschnittlich ist das Alter der Spitex-Kundschaft. Aufgrund des beschränkten Pflegebettenangebotes erfolgt der Pflegeheimeintritt viel später als anderswo. Eine Zahl verdeutlicht dies: Im Jahr 2002 war Spitex Basel bei 900 über 90-jährigen Personen im Einsatz.

Balanced Score Cards als Führungsinstrument

Steigende Nachfrage, anspruchsvollere Kundschaft und komplexere Fälle fordern spürbar mehr vom Personal und der Führung. Deshalb hat Spitex Basel im Jahr 2001 ein neues Führungssystem eingeführt: Balanced Score Cards (BSC) sind das übergeordnete Element eines einheitlichen Qualitätssicherungs- und Entwicklungssystems, sie legen interne Führungs- beziehungsweise Qualitätsgrößen fest. Die Qualitätskennzahlen in den Bereichen Kundschaft, Personalentwicklung, Prozessmanagement, Finanzen/Produktivität, Öffentlichkeit und Entwicklung dienen dazu, dass die Organisation ausgewogen entwickelt werden kann. Ziel ist es, die Kundschaft künftig noch besser zufrieden zu stellen.

Wie sich dieses Management- oder Unternehmensentwicklungssystem im Alltag präsentiert, soll an ein paar Beispielen aufgezeigt werden. Die

BSC misst beispielsweise den Personalwechsel in Form der Anzahl Mitarbeiterinnen pro Kunde bezogen auf zehn Einsätze. Dieser liegt je nach Dienstleistungsart und Betrieb der Spitex Basel durchschnittlich zwischen 1,2 und 3 Mitarbeiterinnen pro Kundin. Die Anzahl fehlgeplanter Einsätze am Total aller Einsätze liegt in der Größenordnung von 1 Prozent. Und der Prozentsatz der Kundschaft, die dank guter Betreuung wieder selbstständig wurde und nicht mehr auf die Spitex angewiesen ist, betrug im letzten Jahr über 20 Prozent. Die beim Kunden verrechenbare Zeit, bezogen auf die gesamte Präsenzzeit von Mitarbeiterinnen und Führungskräften, liegt bei über 70 Prozent. Die Wegzeit als weiterer Kostenfaktor beträgt ungefähr 8 Prozent, bezogen auf die gesamte Präsenzzeit. Solche und weitere in der Regel monatlich erhobene und in der BSC ausgewiesene Qualitätskennzahlen stellen das Fundament der Führungsarbeit dar. Sie fokussieren auf das «Erfolgskritischste» beziehungsweise auf das Wesentlichste der Spitexarbeit (unter anderem kompetentes Personal, Steuerung der Prozesse, Sicherung der finanziellen Mittel) und zeigen auf, wo sie noch verbessert werden kann.

Zufriedene MitarbeiterInnen als Voraussetzung

Auf die einzelne Mitarbeiterin umgesetzt wird dieses zentrale Führungssystem mittels eines detaillierten Kriterienkataloges für das Mitarbeitergespräch (MAG). Dieser Kriterienkatalog, auch Leistungsvorgaben-Katalog genannt, beschreibt die Aufgaben und Erwartungen an unsere Mitarbeiterinnen ausführlich und macht sie überprüfbar. Das MAG war 2001 erstmals lohnmitbestimmend. Die – moderate – Leistungslohnkomponente wurde parallel zu den neuen, ergebnisorientierten Funktionsbeschreibungen eingeführt. Beides war anfänglich für das Personal ungewöhnlich, Akzeptanz und Freude waren unterschiedlich. Dass sie leistungsgerecht entlohnt werden, bezeichnen mittlerweile aber die meisten Mitarbeiterinnen als wichtig für die Arbeitszufriedenheit. Für die Organisation und die Kundschaft von grossem Vorteil ist Folgendes: Das neue Lohnsystem entlohnt vor allem die Ergebnisse der Arbeit, das, was beim Kunden bewirkt wird. Die Ausbildung beziehungsweise das Diplom oder ein Abschluss an sich sind nicht mehr so wichtig wie bisher. Sie sind Mittel zum Zweck. Parallel zum neuen Lohnsystem wurden auch andere Elemente der Anstellungsbedingungen verändert: Höhere Zulagen und insbesondere mehr Ferien sollen die Organisation auf dem Arbeitsmarkt konkurrenzfähiger machen. Denn ohne selbstständiges, qualifiziertes und kundenfreundliches Personal lässt sich die laufend komplexer werdende Hilfe und Pflege vor Ort nicht realisieren. In diesem Jahr wurden die Mitarbeiterinnen zum zweiten Mal anonym befragt. Es zeigte sich, dass gute Anstellungsbedingungen zwar eine notwendige, nicht aber hinreichende

Voraussetzung für zufriedene Mitarbeiterinnen darstellen. Stärker gewichtet werden Arbeitsklima, selbstständiges Arbeiten sowie Informationsfluss, Fort- und Weiterbildung und eine klare Aufgabenverteilung im Team. Die Mitarbeiterinnen sind praktisch in allen Bereichen zufriedener geworden. Dies ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass für die einzelne Mitarbeiterin klarer geworden ist, was erwartet wird.

Mitarbeit in Prozesslenkungsteams

Insbesondere wirkt sich auch positiv auf den Betrieb aus, dass die Stab-Linien-Organisation in eine prozessorientierte Organisation mit Prozesslenkungsteams und Prozesseignern überführt wurde. Prozesslenkungs- beziehungsweise Projektteams, in denen alle Hierarchiestufen und Fachrichtungen beteiligt sind, garantieren eine praxistaugliche, dem einzelnen Spitexauftrag angepasste Organisationsentwicklung. Prozesslenkungsteams haben zum Beispiel Standards und Richtlinien in den Bereichen Pflege und Hauswirtschaft entwickelt und ein mitarbeiterinnen- adäquates Verbesserungswesen aufgebaut. Diese Art von Organisationsentwicklung ist Erfolg versprechend. Zwar können die verbesserten Prozesse noch nicht vollständig gemessen und überprüft werden, mit der Balanced Score Card ist das Instrument, um prozessbezogene Entwicklungen abzubilden, aber bereits gegeben.

Zufriedene Kunden

Dass sich die Organisation positiv entwickelt hat, zeigt auch die zweite Kundenumfrage. Diverse vor vier Jahren ermittelte Schwächen konnten zum Teil erheblich verbessert werden, wie zum Beispiel telefonische Erreichbarkeit und Zeitpunkt des Einsatzes. Einzelne Bereiche sind unverändert, ein paar wenige leicht schlechter bewertet worden. Unzufrieden sind die Kunden vor allem mit den erhöhten Tarifen.

Aus der Kundenumfrage geht ebenfalls hervor, wo sich die Spitex Basel längerfristig positionieren muss. Neben den Hilfe- und Pflegeeinsätzen mit eigenem Personal beabsichtigt die Spitex, Zusatzdienste professionell zu organisieren und zu vermitteln, welche für das Leben zu Hause ebenfalls notwendig sind. Das Spektrum reicht vom Wäschedienst bis zu Elektrikerarbeiten. Dazu soll noch enger mit anderen Partnerorganisationen im Alterspflegebereich, zum Beispiel der Pro Senectute, zusammengearbeitet werden. Ziel ist es, den zu Hause lebenden Personen eine Ansprech-, Organisations- und Verrechnungsstelle für sämtliche Fragen und Dienste rund um das Leben zu Hause zur Verfügung zu stellen.

Autor:
Dr. rer. pol. Peter Eichenberger
Geschäftsführer Spitex Basel
Clarastrasse 6
4005 Basel
E-Mail:
peter.eichenberger@spitexbasel.ch

Wie gelangt man zu tarifschutzkonformen Tarifierungen bei stationären Behandlungen?

Gemäss KVG dürften die Spitäler für KVG-Leistungen an zusatzversicherte Patienten nicht mehr verrechnen als für solche an nur grundversicherten. Denn der sogenannte Tarifschutz verbietet es ihnen, weitergehende Vergütungen zu berechnen. Doch der Tarifschutz wird nicht eingehalten und kann bei den geltenden Tarifen aus betriebswirtschaftlicher Sicht auch gar nicht eingehalten werden. Es ist sehr fraglich, ob sich durch die zweite KVG-Revision daran etwas ändern wird.

Pius Gyger

In den Spitälern finden seit Jahren Quersubventionierungen aus den Zusatzversicherungserträgen in den grundversicherten Bereich statt. Eine Quersubventionierung findet in den öffentlichen wie in den privaten Spitälern statt, wenn auch in unterschiedlichem Ausmass (siehe *Abbildungen 1 und 2*). Die Erträge aus den OKP-Steuern und die Kantonsbeiträge decken die Kosten der stationären KVG-Leistungen

nicht. Hingegen sind die Steuern zu Lasten der Zusatzversicherungen so hoch angesetzt, dass sie die Lücke füllen. Häufig erzielen die öffentlichen Spitäler hier sogar einen Gewinn, der letztlich der Entlastung der Staatskasse dient.

Diese Ausgangslage im Bereich der öffentlichen Spitäler ist für die Privatspitäler/Belegärzte insofern günstig, als sie einen viel grösseren Anteil zusatzversicherter Patienten anziehen können als die öffentlichen Spitäler (adverse Selektion). Das führt im Endergebnis zu einer viel höheren Quersubvention der KVG-Leistungen. Da die Erträge aus OKP-Steuern in den Privatspitälern in etwa denjenigen der öffentlichen Spitäler entsprechen¹ und die Privatspitäler keine kantonalen Subventionen erhalten, sind Letztere auf Quersubventionen angewiesen.

Die gegenwärtige Situation ist also durch folgende Eigenschaften gekennzeichnet:

- Bei zusatzversicherten Patienten werden zur Finanzierung der KVG-Leistungen nicht nur die OKP, sondern auch die Zusatzversicherungen herangezogen (Quersubvention). Der im KVG stipulierte Tarifschutz² ist im stationären Bereich nicht umgesetzt.

- Basis dieser Praxis sind teilweise Verträge zwischen Versicherern und Leistungserbringern, teilweise kantonale Taxordnungen und teilweise spitalspezifische private Taxordnungen.

- Die kantonalen Taxordnungen für zusatzversicherte Patienten verstossen gegen die Finanzierungsregeln des KVG. Sie widersprechen zudem der schweizerischen Wettbewerbskonzeption, weil sie nicht dem Preisüberwacher unterbreitet werden.



Pius Gyger

- Die privaten Taxordnungen dürften wegen missbräuchlich hoher Preise oftmals gegen das Kartellgesetz verstossen.

- Die Zusatzversicherungsprodukte gewähren den Versicherten in der Regel volle Kostenübernahme und volle Wahlfreiheit.³ Der Ausschluss von Leistungserbringern ist hier deshalb nur beschränkt möglich. Die Leistungserbringer sind im Bereich dieser Produkte also marktbeherrschend (siehe *Tabelle*), was es ihnen ermöglicht, die Quersubventionspraxis aufrechtzuerhalten.

- Abgesehen davon, dass nur teilweise Einigkeit über die Bezeichnung

¹ Zur Erinnerung: Die Spitalrechnung eines Privatpatienten wird auch im Privatspital zu einem Teil aus der OKP (Vertragstarif oder Referenztaxe) und zum Teil aus der Zusatzversicherung finanziert, sofern das Spital für die Abrechnung zu Lasten der OKP zugelassen ist (kantonale Spitalliste).

² Tarifschutz heisst, dass die Leistungserbringer sich für OKP-Leistungen an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten müssen und keine weitergehenden Vergütungen berechnen dürfen.

³ Es gibt zwar Zusatzversicherungsprodukte im stationären Bereich mit Einschränkung der Wahlfreiheit oder mit beschränkter Kostenübernahme. Deren Marktvolumen ist aber noch derart gering, dass sie für die Finanzierung der Spitäler praktisch irrelevant sind.

Abkürzungsverzeichnis:

- OKP: Obligatorische Krankenpflegeversicherung
- VVG: Versicherungsvertragsgesetz (regelt Zusatzversicherungen)
- KVG: Krankenversicherungsgesetz
- PÜG: Preisüberwachungsgesetz
- UVG: Unfallversicherungsgesetz

der so genannten Zusatzleistungen und ihre preisliche Bewertung besteht, sind die unterschiedlichen Usancen bei den Vertragsverhandlungen im Grund- und im Zusatzversicherungsbereich (siehe *Tabelle*) ein wesentlicher Grund dafür, dass die Tarifschutzbestimmungen bisher noch kaum umgesetzt werden konnten. Die zweite KVG-Revision sieht eine Änderung der Finanzierungsregeln (dual fixe Finanzierung) vor. Die Tarifschutzregeln werden beibehalten. Die Privatspitäler sollen gleich finanziert werden wie die öffentlichen Spitäler. Dies würde, sofern die Tarifschutzregelungen eingehalten würden, zu der in *Abbildung 3* dargestellten Finanzierungssituation führen. Voraussetzung dafür wäre aber, dass der Tarifschutz, der heute missachtet wird, dannzumal eingehalten würde. Im Folgenden wird zuerst aufgezeigt, welches die Voraussetzungen für eine Einhaltung des Tarifschutzes sind, und dann werden verschiedene Wege zur Umsetzung aufgezeigt und einer Beurteilung unterzogen.

Voraussetzungen für eine tarifschutzkonforme Lösung

Voraussetzung für eine tarifschutzkonforme Finanzierung ist, dass Nichtpflichtleistungen und -kosten von KVG-Leistungen und -Kosten getrennt werden und dass Zusatzversicherungen nur Zusatzleistungen finanzieren. Die Tarife zulasten der Zusatzversicherungen könnten also gesenkt, die Tarife zulasten der Grundversicherung müssen vermut-

⁴ Weshalb sollten die Spitäler/Ärzte, die heute im Bereich der Zusatzversicherung zumeist noch überbeuerte Rechnungen stellen, im Rahmen von Verhandlungen über Tarife im Bereich der Zusatzversicherungen Abstriche in Kauf nehmen? Es ist für sie allemal vorteilhafter, in den vertragslosen Zustand zurückzukehren, weil sie dann wieder öffentliche (KVG-widrige) Taxordnungen oder einseitig festgelegte Privattarife anwenden können.

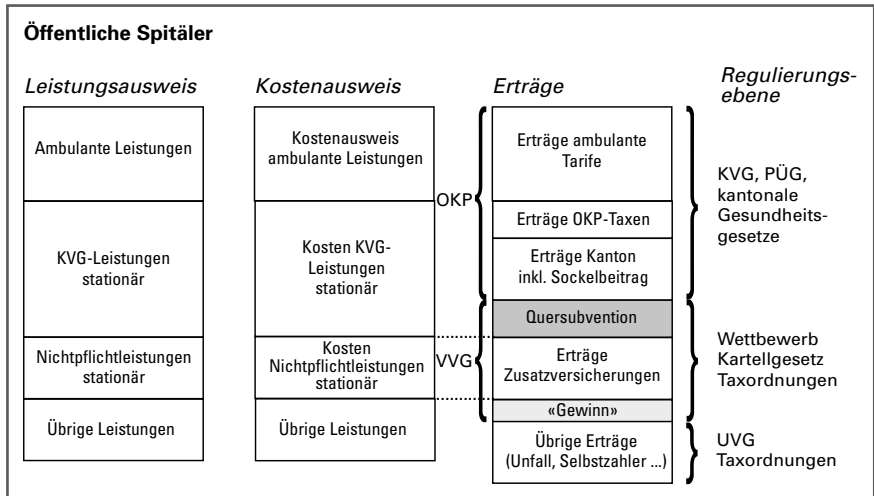


Abbildung 1: Finanzierung der Leistungen öffentlicher Spitäler

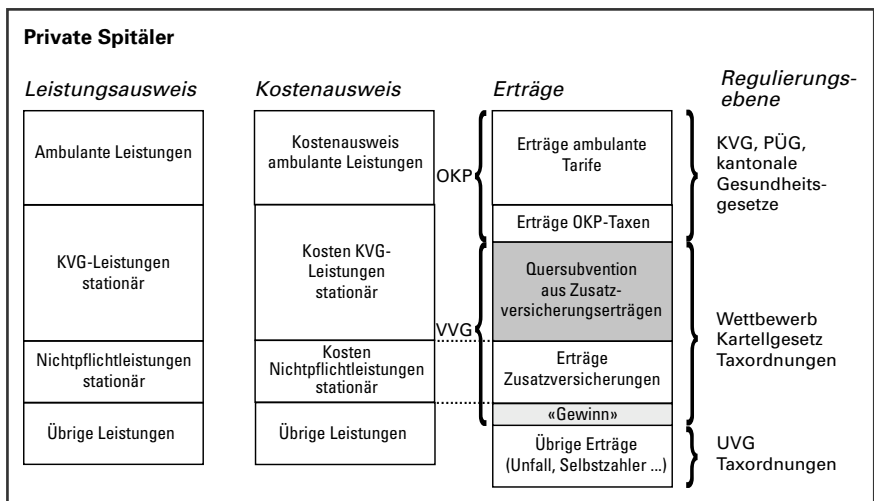


Abbildung 2: Finanzierung der Leistungen privater Spitäler

Tabelle:

Tarife im Grund- und im Zusatzversicherungsbereich: Wie kommen sie heute zustande?

	OKP-Taxen	Tarife bei Zusatzversicherten
Delegationen	Santésuisse und Leistungserbringerverbände	Einzelne Versicherer- und Spitalvertreter, oftmals kartelliert
Verhandlungsgrundlagen	Kostenrechnungen OKP, Vorgaben Preisüberwacher	Ad hoc – Benchmarking, keine Kostenbasierung
Tarifstrukturen	Pauschalen	Einzelleistungen, Pauschalen ... (alle Formen)
Terminierung	Abschluss Ende Juni beziehungsweise sobald Gerichtsentseide gefällt	Abschlüsse das ganze Jahr über
Vertragszwang	Ja	Formell nein, faktisch ja
Verhandlungsmacht Versicherer	Im Rahmen von KVG und Preisüberwacherentscheiden	Sehr gering, da einzige (kollektive) Drohungsmöglichkeit Tiers garant zulasten der Kunden/schwarze Listen
Verhandlungsmacht Spitäler/Ärzte	Im Rahmen von KVG und Preisüberwacherentscheiden	Gross, da vertragsloser Zustand gute Alternative für Spitäler/Ärzte ⁴

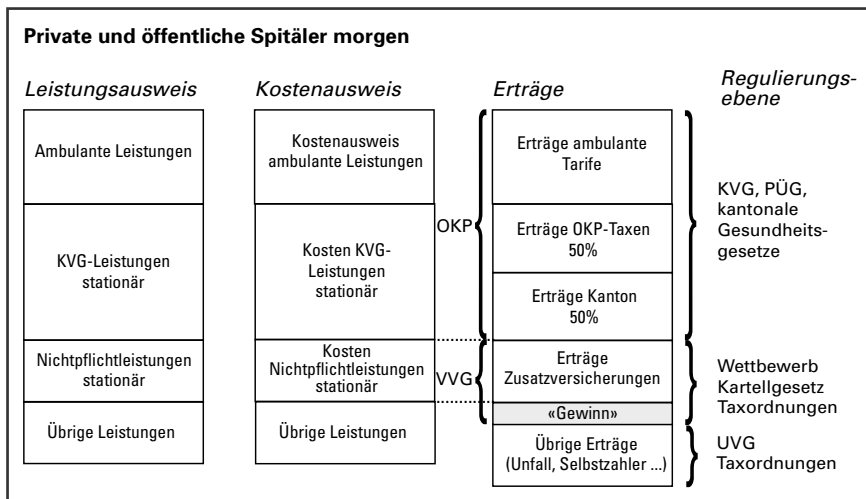


Abbildung 3: Finanzierung der privaten und öffentlichen Spitäler morgen

lich erhöht werden. Auf dem vertraglichen, konsensualen Weg kann eine solche Lösung nur dann umgesetzt werden, wenn seitens der Leistungserbringer insgesamt keine Ertragseinbussen erwartet werden. Dies ist nur dann möglich, wenn man die Tarife für die Grundversicherung und jene für die Zusatzversicherungen – zumindest während einer Übergangsphase – gleichzeitig aushandelt.

Im Folgenden werden verschiedene theoretische Möglichkeiten der Umsetzung geprüft.

A) Konsenslösung bilateral

Eine annähernd ertragsneutrale Umsetzungslösung ist theoretisch dann zu erreichen, wenn der einzelne Versicherer mit jedem einzelnen Leistungserbringer per Mitte Jahr gleichzeitig die OKP-Tarife und die Zusatzversicherungstarife verhandelt. Die Summe der «ertragsneutralen» Verträge ergibt dann die insgesamt ertragsneutrale Lösung.

Beurteilung:

Diese bilaterale Konsenslösung ist aus folgenden Gründen kurzfristig nicht umsetzbar:

■ Die Spitäler/Ärzte werden nicht bereit sein, unterschiedlichste OKP-Tarife zu vereinbaren (öffentliche Spitäler würden dadurch zudem in einen Konflikt geraten mit ihrer rechtsstaatlichen Vorgabe der Gleichbehandlung der Patienten/

Versicherten/Versicherer). Aufgrund der Verhandlungskonstellation und der rechtlichen Rahmenbedingungen können sich die Spitäler/Ärzte auch problemlos gegen eine solche Lösung wehren.

■ Die einzelnen Versicherer haben wenig Anreiz, diese Lösung voranzutreiben, weil sie befürchten müssten, in der Folge als Einzige die Grundversicherungsprämien erhöhen zu müssen.

B) Konsenslösung in Blöcken: geordneter Übergang zum Wettbewerb im Bereich der Zusatzleistungen

Die unter A aufgezeigten Schwierigkeiten könnten durch blockweise Verhandlungen vermieden werden:

1. Die Versicherer verhandeln auf kantonaler Ebene gemeinsam wie bis anhin die OKP-Tarife bis Mitte Jahr.
2. Sie handeln im Rahmen dieser Verhandlungen zugleich gemeinsam bis Mitte Jahr die Tarife zulaufen der klassischen Halbprivat- und Privatversicherungen aus.
3. Die Zusatzleistungen werden gemeinsam gleich definiert und bezeichnet und erhalten den gleichen Preis. Im Unterschied zu den heutigen Zusatzversicherungsverträgen (die zu einem grossen Teil und sogar explizit Grundversicherungsleistungen regeln) sollen sich die neuen Zusatzversicherungsverträge nur noch auf die Zusatzleistungen beziehen.

4. Die Finanzflüsse aus dem Grundversicherungsbereich und aus dem Zusatzversicherungsbereich werden zusammen betrachtet. Die Summe muss demjenigen Betrag entsprechen, der sich ergäbe, wenn man den Tarifschutz nicht umsetzen würde.

5. Die Vereinbarungen werden befristet. Sie enthalten die Bedingung, dass nach Ablauf der Frist die Zusatzleistungstarife im wirklichen Wettbewerb ausgehandelt werden sollen. Versicherer und Leistungserbringer dürfen nach Ablauf der Frist nur noch bilateral verhandeln.

6. Die befristete Preisabrede im Bereich der Zusatzversicherung soll sich dabei nur auf Leistungen zu Lasten identischer klassischer Halbprivat- und Privatprodukte beziehen. Andere Zusatzversicherungsprodukte sollen nicht betroffen sein.

7. Diese «geordnete Übergangslösung» ist vermutlich kartellrechtswidrig.⁵ Es müsste ausnahmsweise eine politisch begründete Zulassung von Wettbewerbsabreden durch den Bundesrat gemäss Artikel 8 des Kartellgesetzes erfolgen.

Beurteilung:

■ Der Preisüberwacher und die Wettbewerbskommission müssten von dieser Lösung überzeugt werden, sonst wird der Bundesrat dem entsprechenden Antrag nicht zustimmen.

■ Die Versicherer müssten sich damit abfinden, dass sie im Rahmen der klassischen Halbprivat- und Privatprodukte vorübergehend keine Wettbewerbsvorteile aushandeln könnten.

■ Nur wenn Versicherer, öffentliche Spitäler, Privatospitäler und Ärzte der gemeinsamen Definition der Zusatzleistungen und Preise zustimmen, kann ein Vertrag zu Stande kommen.

5 Die Wettbewerbskommission (WEKO) kam für den Kanton Aargau zum Schluss, dass die gruppenweisen Verträge vierfach unzulässige Preisabreden (zwischen Ärzten, zwischen Versicherern, zwischen Spitalern und zwischen allen drei Partnern zusammen) darstellen (Verfügung vom 1. Oktober 2001). Gegen die entsprechende Verfügung wurde bei der Rekurskommission für Wettbewerbsfragen Rekurs eingereicht. Dieser Rekurs ist noch immer hängig.

men. Dies verlangt eine hervorragende Koordination.

■ Wenn jede Klinik und jede ärztliche Gruppierung für sich die Ertragsneutralität durchsetzen möchte, wird es schwierig. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Partei ausschert, ist deshalb enorm gross (siehe Tar-Med), womit die Gesamtkonzeption gescheitert wäre.

Aus rein finanzierungslogischer Sicht ist dieser Weg gangbar. Die reale Umsetzung ist jedoch mit derart massiven Koordinationsaufwendungen verbunden, dass die Wahrscheinlichkeit eines Erfolgs als gering eingestuft werden muss.

C) Die regulatorische Lösung

Theoretisch ist auch eine Lösung mit regulatorischen Eingriffen denkbar, entweder mit einem separaten Gesetz oder im Rahmen der dritten KVG-Revision:

1. Die OKP-Steuer werden gemäss Vorgaben des KVG verhandelt.
2. Für die Bezeichnung und die Tarifierung der Leistungen zulasten von Zusatzversicherungen mit voller Wahlfreiheit und voller Kostenübernahme wird eine gesetzliche Grundlage geschaffen. Die gesetzliche Grundlage wird mit dem Argument gerechtfertigt, dass diese Produkte den Leistungserbringern eine marktbeherrschende Stellung verschaffen, die durch Ärzte (selbsterlassene Arzttarife), öffentliche Spitäler (öffentliche Taxordnungen) und private Spitäler (private Taxordnungen) missbraucht werden kann.
3. Der Preisüberwacher wacht über die Kosten und die Tarife der Zusatzleistungen.

Beurteilung:

Diese Lösung ist aus politischen Gründen nicht umsetzbar:

- Spitäler und Ärzte werden sich gegen einen solchen Vorschlag auf politischer Ebene wehren.
- Auch die Versicherer werden sich wehren.

D) Dissenslösung: «Umsetzungswettbewerb»

Umsetzbar dürfte eine auf Tarifver-

tragsebene unkoordinierte Transformation in den tarifschutzkonformen Zustand sein:

1. Die Versicherer und Leistungserbringer entscheiden fallweise selbstständig über ihr Engagement für tarifschutzkonforme Verträge.
2. Die OKP-Steuerverhandlungen verlaufen wie bis anhin. Für Nichtpflichtleistungen werden bei der Berechnung dieser Steuern Pauschalabzüge gemacht, weil die Kosten der Zusatzleistungen nicht ausgewiesen werden.
3. Je nach Entscheidung der Rekurskommission in Wettbewerbsfragen (siehe Fussnote 5) werden die Verhandlungen im Bereich der Zusatzversicherungen vermehrt bilateral oder vermehrt wieder gruppenweise geführt.

Beurteilung:

Dieser Weg ist gangbar.

- Der Druck zur Umsetzung des Tarifschutzes erhöht sich durch verstärkte Bemühungen auf juristischem Weg.
- Der Tarifschutz wird nur schleppend und einzelfallweise umgesetzt.
- Die Versicherer untereinander und die Leistungserbringer stehen im Tarifschutzumsetzungs-Wettbewerb.

Fazit

■ Die eigentlichen Ursachen für die schleppende Umsetzung des Tarifschutzes sind die zu Gunsten der Leistungserbringer monopolisierend wirkenden Zusatzversicherungsprodukte und unklare Entscheide der Wettbewerbsbehörden. Diese Ursachen sind auch nach der zweiten KVG-Revision nicht beseitigt.

■ Die massgeblichen Verbände (SDK, H+, kantonale Spitalverbände, Ärzteverbände, Privatspitalverband usw.) sind zu schwach organisiert, untereinander nicht koordiniert und durch Interessengegensätze gekennzeichnet, was eine koordinierte Lösung verhindert.

■ Eine nachvollziehbare Bezeichnung und preisliche Bewertung der Zusatzleistungen besteht vor allem bei den ärztlichen Leistungen im Spital noch nicht.

■ Es wird ein ungeordneter Trans-

formationsprozess stattfinden, aus welchem Gewinner und Verlierer hervorgehen werden.

■ Die Spitäler und Ärzte werden vermehrt zu Direktverhandlungen mit einzelnen Versicherern bereit sein müssen. Die öffentlichen Spitäler werden ihre Haltung zur Frage der «Gleichbehandlung» der Versicherer hinterfragen müssen. Je mehr patientensteuernde Produkte auf dem Markt sind, desto eher wird es zu volumenabhängigen Vergütungen kommen. ■

Autor:

Pius Gyger

Gesundheitsökonomie
 HELSANA Versicherungen AG
 Stadelhoferstrasse 25
 8024 Zürich
 E-Mail: Pius.Gyger@helsana.ch

AP-DRGs in der Schweiz – eine Zwischenbilanz

Die Abrechnung zwischen den Spitälern und den Versicherern soll verbessert werden. Mehrere Pilotprojekte mit dem AP-DRG-System laufen. An einer Tagung in Interlaken wurden die bisherigen Erfahrungen vorgestellt. Für Spital und Versicherung scheinen AP-DRGs Vorteile zu bringen. Was bedeuten AP-DRGs für die Kantone?

An der Tagung von PCS Schweiz (Patient Classification Systems) und AP-DRG Schweiz (All Patient Diagnosis Related Groups) mit dem Titel «Einführung der AP-DRGs in der Schweiz und Entwicklungsperspektiven der DRG-Klassifikationssysteme» vom 27. Juni 2003 in Interlaken wurde eine Zwischenbilanz der laufenden AP-DRG-Pilotprojekte in der Schweiz gezogen. Zudem beleuchteten Workshops, wie sich DRGs auf die drei Hauptakteure Versicherer, Spitäler und Kantone auswirken. Der Bericht beschreibt als Erstes, wie AP-DRG in der Schweiz umgesetzt werden und welche Erfahrungen damit gemacht wurden. Danach wird der Frage nachgegangen, was DRGs für die Kantone bedeuten. Die Grundbegriffe zu den Patientenklassifikationssystemen sind im *Kasten* zusammengefasst.

Pilotprojekte in Zürich und Tessin

In der Schweiz laufen zurzeit mehrere Pilotprojekte mit AP-DRGs. An der Tagung wurden die Projekte im Spital Männedorf, Zürich, im Tessin (Ente Ospidaliere) und im Kanton Waadt vorgestellt.

Monika Niederberger, Leiterin Controlling Spital Männedorf, fasste zu-

sammen, was das Kreisspital Männedorf motivierte, an einem Pilotprojekt der Helsana mit AP-DRGs teilzunehmen: Erfahrungen mit dem neuen Abrechnungsmodell sammeln, erkennen, wie sich eine Fallpauschale auswirkt und eine sachgerechte Zusammenarbeit innerhalb des Gesundheitswesens fördern. Während der 22 Monate, in welchen das Projekt in Männedorf nun läuft, wurden 1776 Fälle (allgemein versicherte Patienten) von der Helsana bearbeitet, das heisst knapp ein Viertel aller allgemein versicherten Fälle des Spitals. Über AP-DRGs wurden 4,9 Millionen Franken abgerechnet, was einem Mehrertrag von 13 Prozent entspricht gegenüber der Schattenrechnung nach dem bisherigen Vergütungssystem. Wie zwischen der Helsana und dem Spital Männedorf abgemacht, wurde dieser Betrag nachträglich an die Helsana zurücküberwiesen. Mehrertrag gab es vor allem bei PatientInnen, die kurz nach Spitaleintritt verstorben sind. Das Problem liege darin, so Niederberger, dass der Code bei multimorbiden und terminalen PatientInnen¹ identisch sei, gleichgültig, ob der Patient oder die Patientin zwei oder 20 Tage hospitalisiert blieb. Minderertrag gab es insbesondere bei PatientInnen auf der Intensivstation, welche viele Medikamenten- und Laborkosten auslösten. Im Rahmen des Pilotprojekts wurde die Codierstelle des Spitals von der Gesundheitsdirektion Zürich revi-



Martial Barbier, Groupe Mutuel Lausanne

diert, zudem wurde eine Erfahrungsgruppe der CodiererInnen der Pilotspitäler initiiert, und Codierstandards wurden erarbeitet. Niederberger bezeichnete die Zusammenarbeit mit der Helsana als gut, die Transparenz verbessere sich. Notwendig seien eine Kostenträgerrechnung, eine Ausreisser-Regelung, Codierstandards und eine Revisionsstelle.

Im Kanton Tessin ist anfangs Jahr ein zweijähriges Pilotprojekt mit AP-DRGs zwischen der Ente Ospidaliere Cantonale (Verbund der kantonalen Spitäler) und der Helsana gestartet. Laut Danilo Beffa, Direktionsmitglied der Ente Ospidaliere, arbeitet jedes der sechs involvierten Spitäler mit einem eigenen Kostengewicht. Es wurde ebenfalls Kostenneutralität vereinbart, das heisst, Abweichungen im Vergleich zu den bisherigen Abrechnungen werden ausgeglichen. Ab 1. Juli startet auch ein Pilot mit

Swiss-DRG

Im Mai 2003 wurde das Projekt Swiss-DRG offiziell von der SDK, Santésuisse, MTK/IV/MV, Hplus und FMH lanciert. Swiss-DRG hat das Ziel, ein Modell bereitzustellen, das die Spitalleistungen diagnosebezogen abgibt und sie soll das AP-DRG-System funktionstüchtig halten, bis ein schweizerisches System (Swiss-DRG) eingeführt werden kann. Das Projekt soll im Jahr 2006/07 abgeschlossen werden. Inzwischen sind durch die Aktivitäten der PCS in 11 Kantonen AP-DRG-Pilotprojekte gestartet oder geplant. Dass ein neues Abrechnungssystem gesucht wird, hat auch einen gesetzlichen Hintergrund: Im KVG Art. 49 ist festgehalten, dass die Spitäler eine Kostenstellenrechnung und eine Leistungsstatistik einführen und die Kantone Betriebsvergleiche anordnen müssen.

¹ PatientInnen, die an mehreren Krankheiten leiden und kurz vor dem Tod stehen.

der SUVA. Die bisherige Zeitdauer sei zu kurz, so Beffa, um bereits Schlüsse daraus ziehen zu können.

Kanton Waadt als Pionier

Der Kanton Waadt ist ein Pionier in mehrerer Hinsicht. Nicht nur die Versicherer, sondern auch der Kanton rechnet mit AP-DRGs ab. Zudem besteht für die gesamten Kosten, die ambulant und stationär anfallen, ein Kostendach. Eine Kostenexplosion wurde mit den AP-DRGs nicht ausgelöst, die Entschädigungen laufen aber auch hier noch über das alte System. Mit einer Ausreisser-Quote



Hervé Guillain, Institut de santé et d'économie, Lausanne

von 8,1 Prozent kann sich Waadt rühmen, mehr als 90 Prozent aller Fälle als Normalfälle abrechnen zu können, das heisst pauschal zu vergüten. Die Ausreisser machen aber 15 Prozent der Kosten aus, deshalb müssen diese gut beachtet werden. Die Codierqualität verbessere sich kontinuierlich.

Der Steuerungsausschuss umfasst den Staat, die Ärzte und die Versicherer. Als ganz wichtige Frage kristallisierte sich heraus, wie die besonde-

ren Aufgaben definiert werden sollen. Denn ein Spital erhält nur 60 Prozent seiner Einnahmen aus verrechenbaren Leistungen. Besondere Aufgaben ergeben sich aus dem kantonalen Auftrag, einen Notfalldienst aufrechtzuhalten und Lehre und Forschung zu betreiben.

Bedeutsame Grenze zwischen normalen Fällen und Ausreisser

Das Institut de santé et d'économie (ISE) ist beauftragt worden, die AP-DRGs in der Waadt einzuführen und umzusetzen. Anhand der statistischen Daten muss ein System definiert werden, das die Kostengewichte möglichst fein und gerecht berechnet. Wie Hervé Guillain vom ISE ausführte, ist dabei die Aufenthaltsdauer und die Grenze bedeutsam: Ab wann gilt ein Fall als Ausreisser und wird gesondert abgegolten? Wenn die Methode inkohärent ist, also zu viele Ausreisser produziert, taugt sie nicht zur pauschalen Abrechnung. Die Ausreisser werden gesondert entschädigt, jedoch nicht zu 100 Prozent, denn dies würde Ausreisser «provokieren». Wenn ein Ausreisser jedoch nicht extra vergütet wird, so werden die Spitäler einen besonders aufwändigen Fall so schnell als möglich loswerden wollen.

Interesse der Versicherer

Weshalb engagieren sich die Versicherer für die Abrechnungen via DRGs? Für Peter Indra, ärztlicher Leiter Leistungseinkauf Helsana, heisst das Schlagwort dazu Transparenz in der Leistungserbringung. Die leistungsbezogene Abrechnung ermögliche, dass die Leistungen zwischen



Monika Niederberger, Leiterin Controlling Spital Männedorf

den Spitalern vergleichbar werden, dies ergebe ein Benchmarking. Dieses Benchmarking werde dazu führen, dass Kosten eingespart werden können. DRGs können als Grundlage zur Outcome-orientierten Qualitätssicherung dienen. Zudem sei mit DRGs einfach abzurechnen, und sie seien leicht einzuführen. Indra zieht eine positive erste Bilanz: Die Abläufe würden gut funktionieren, da die Wege kurz, die Prozesse schlank und die Schnittstellen auf wenige kompetente Personen verteilt seien. Problemfälle und Auffälligkeiten würden besprochen und es werde gemeinsam eine Lösung gesucht. Es sei bis jetzt zu keinen tief schürfenden Problemen gekommen. Im Kleinen könne gelernt werden, mit DRGs umzugehen. Für einen «scharfen Betrieb», also die definitive Abrechnung mit DRGs, fehlten aber noch wichtige Grundlagen wie Codierkontrollen und Sanktionsmechanismen.

Wie Martial Barbier von der Groupe Mutuel berichtete, verändere sich die Beziehung zwischen dem Spital und dem Versicherer: Die einseitige administrative Sicht verwandele sich in eine medizinisch-ökonomische Angehensweise. Medizinischer Rat sei oft nötig bei der Codierung, und es ergäben sich interessante Debatten. Viele AP-DRGs im Kanton Waadt seien zu gross und zu heterogen, auch die Zusatzdiagnosen müssten noch verbessert werden. Trotz der Schwierigkeiten könne man aber mit dem DRG-System einen Standardtarif definieren, und die AP-DRGs seien eine gute Grundlage dazu. Die Abrechnung werde korrekter und transparenter.

Sowohl die Spitäler als auch die Versicherer lobten an der Tagung das neue System.



Guy Moser, Michael Jordi und Jean-Paul Jeanneret im Workshop «Kantone und AP-DRGs»

Schlüsselbegriffe zum neuen Abrechnungssystem zwischen Spitalern und Versicherern²

Patientenklassifikationssysteme (PCS):

Um die Behandlungen einzelner Patienten im Spital und die dabei entstandenen Kosten vergleichen und beurteilen zu können, wurden Systeme geschaffen, mit denen Behandlungsfälle gruppiert werden.

PCS sind ein gemeinsamer klinischer und ökonomischer Nenner. Es sind vergleichbare medizinische Fälle und zugleich das ökonomische Produkt des Spitals.

DRGs: Diagnosis Related Groups

DRGs sind ärztlich-ökonomische Patientenklassifikationssysteme, welche die Behandlungsfälle von Akutspitalern in eine beschränkte Anzahl klinisch definierter Gruppen mit möglichst ähnlichen Behandlungskosten einteilen. Jedem Patient wird pro Spitalaufenthalt genau eine DRG zugeordnet. Der Fall wird entsprechend der DRG entschädigt. Die DRG wird aus den Daten des Austritts bestimmt: Diagnose, Prozeduren, Alter (Geburtsgewicht), Geschlecht, Austrittsart (nach Hause, Überweisung, verstorben). Ziel ist, möglichst viele Fälle eindeutig zuzuordnen und somit einheitlich abrechnen zu können und dabei Nebendiagnosen und weitere Komplikationen mit einzubeziehen.

AP-DRGs: All Patient Diagnosis Related Groups

Ein verfeinertes DRG-System, das in den Pilotprojekten in der Schweiz verwendet wird.

Kostengewicht

Jeder DRG wird ein relatives Kostengewicht zugeordnet. Es wird errechnet aus den durchschnittlichen Fallkosten oder Aufenthaltsdauern. Auch hier sind verschiedene Berechnungssysteme gebräuchlich.

Ausreisser

Ausreisser sind Fälle, welche die durchschnittlichen Fallkosten oder Aufenthaltsdauer massiv unter- oder überschreiten. Um sie zu bestimmen, sind Grenzwerte nötig. Ausreisser werden gesondert abgegolten.

² Zusammengefasst gemäss den Definitionen von Wolfram Fischer, 2002.



Peter Indra, Ärztlicher Leiter Leistungseinkauf Helsana

helfe, ein Spital zu schliessen. Denn ein solcher Staatsakt könne dann eindeutig gerechtfertigt werden. Das Ganze muss offenbar aber nicht in schwarz-weiss gesehen werden: Mit DRGs könne erkannt werden, welche Abteilungen eines Spitals Schwierigkeiten haben. Denkbar sei, diese Abteilungen auszulagern, in diesen Bereichen mit anderen Spitalern zu kooperieren. Es müssten nicht ganze Spitäler geschlossen werden.

Ein weiterer Vorschlag war, dass der Kanton dem Spital einen Leistungsauftrag geben könnte. Das Spital soll dann entscheiden, ob es gewisse Dienste auslagern will, möglicherweise auch über den Kanton hinaus, weil seine Grösse keinen wirtschaftlichen Betrieb einzelner Abteilungen gewährleisten kann. Ein Spitalvertreter meinte, dass dem Spital qualitative Vorgaben gemacht werden könnten, zum Beispiel, dass Herzoperationen nicht gemacht werden dürfen, wenn das Spital zu wenig Fälle hat und deswegen nicht ökonomisch arbeiten kann.

Überlegt werden könne mit DRGs auch, wieso Spitäler in anderen Kantonen billiger seien. Umgekehrt heisse dies auch, dass sich ein Spital fragen müsse, wieso es teurer als andere sei. Deshalb forderte ein Teilnehmer, dass nicht nur die Kosten, sondern auch die Qualität erfasst werden müssten. ■

Bericht:

BRIGITTE CASANOVA
REDAKTION «MANAGED CARE»

Literatur:

Fischer, Wolfram (2002): Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege. Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten. Hans Huber, Bern.

Kantonale Spitalplanung mithilfe von DRGs?

Der Workshop «Kantone: Mehr Konkurrenz und Rolle der AP-DRGs» befasste sich damit, wie sich ein DRG-System auf die Kantone auswirken wird. Durch den Workshop führten Jean-Paul Jeanneret (Chef de service, Service de la Santé Publique, Neuchâtel), Michael Jordi (Leiter Gesundheitsökonomie und -information SDK) und Guy Moser (Service de la Santé Publique, Lausanne). Die 25 Teilnehmenden diskutierten angeregt mit.

Gemäss Jordi kennen die Kantone heute verschiedene Abrechnungssysteme in den Spitälern. Oft seien es Mischsysteme mit Tages- und Fallpauschalen, es gebe auch Kantone, welche mit reinen Tagespauschalen abrechnen. Vergleiche seien bis jetzt nicht möglich gewesen.

Die AP-DRGs werden Kostenunterschiede zwischen den Spitälern aufzeigen, auch interkantonal. Dies wirft viele Fragen auf: Wenn erkannt wird, dass ein Spital unwirtschaftlich arbeitet, kann dann das ganze Spital ge-

schlossen werden? Kann ein Kanton ein Spital, das hinter der Kantonsgrenze liegt, aber günstiger arbeitet, in seine Planung mit einbeziehen?

Jordi weist auf den Widerspruch hin, dass der Kanton die Kompetenz hat, die Spitäler zu planen, dass gleichzeitig aber auch eine Konkurrenz unter den Spitälern entstehen soll. Die Konkurrenz zwischen den Spitälern könne jedoch nicht wirklich spielen, da der Patient normalerweise ein Spital in seiner Nähe wählen werde. Das Spital habe einen Leistungsauftrag und müsse einer Region eine gute Versorgung gewährleisten. Ein allfälliges Defizit seiner Spitäler müsse zudem noch immer der Kanton decken.

Kann ein unwirtschaftlich arbeitendes Spital durch den Kanton geschlossen werden? Ein Teilnehmer weist darauf hin, dass das Spital wirtschaftlich wichtig sei für eine Region: Es ist ein bedeutender Arbeitgeber und wichtig für die Zulieferer. Ein grosses Spital könne nicht geschlossen werden. Eine andere Teilnehmerin sieht DRGs positiv als Mittel, das

managed care

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

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

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



Bitte ausschneiden und einsenden oder faxen an:

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

Abonnements-Bestelltalon

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

- | | |
|---|-------------|
| ■ ... Ex. Jahresabonnement Schweiz | sFr. 90.-* |
| ■ ... Ex. Jahresabonnement Europa | sFr. 135.-* |
| ■ ... Ex. Jahresabonnement übriges Ausland | sFr. 165.-* |
| ■ ... Ex. Schnupper-Abonnement (3 Ausgaben) | sFr. 40.-* |

Einzelnummer-Bestelltalon

Einzelne Schwerpunkt-Nummern sind noch erhältlich.

Ja, ich bestelle:

- | | | |
|---|------------------|-------------|
| ■ ... Ex. «Rationierung» | Ausgabe 6/2001 | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Palliative Care» | Ausgabe 8/2001 | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Frauen und Managed Care» | Ausgabe 1/2002 | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Managed Care in der Welschschweiz» | Ausgabe 2/2002 | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Messungen in der Pflege» | Ausgabe 3/2002 | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Prozessinnovationen im schweiz. Gesundheitswesen» | Ausgabe 4+5/2002 | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Medien und Managed Care» | Ausgabe 6/2002 | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Managed Care in der spitalexternen Pflege und Betreuung» | Ausgabe 7/2002 | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Integrierte Versorgung als Gütesiegel» | Ausgabe 1/2003 | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Managed Care und die letzten Lebensstage» | Ausgabe 2/2003 | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Interkulturalität im Gesundheitswesen» | Ausgabe 3/2003 | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Arzt und Management» | Ausgabe 4/2003 | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Soziale Unterschiede und Gesundheit» | Ausgabe 5/2003 | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Pflege und Ökonomie» | Ausgabe 6/2003 | sFr. 15.-** |

* inkl. Porto, zzgl. MwSt.

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

Lieferadresse:

Firma:

Vorname/Name:

Strasse, Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon/Fax:

Rechnungsadresse:

Firma:

Vorname/Name:

Strasse, Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon/Fax:

Datum/Unterschrift:

Stimmen zu Entwicklungen im Gesundheitswesen

Lassen Sie sich lotsen!

«Zu oft bleibt bei den Krankenversicherten nur eines hängen: Leistungen sollen gekürzt werden und ich als Patient habe höhere Kosten zu tragen», schreibt der BKK-MediService in einer Mitteilung an die Versicherten. «Nicht so bei den neuen Angeboten unseres BKK-MediService: Wir unterstützen Sie dabei, dass es Ihnen trotz Ihrer Krankheit gut geht.» Konkret lädt der BKK-MediService Menschen, die an Diabetes oder Brustkrebs erkrankt sind, ein, sich in Versorgungsprogramme einzuschreiben. Ziel dieser Programme sei es, «Sie durch die verschiedenen Phasen Ihrer Erkrankung zu lotsen und dafür zu sorgen, dass Sie stets bestmöglich medizinisch versorgt sind». Wichtig sei es dabei, meint der BKK-MediService, «dass Sie sich aktiv an den Angeboten ... beteiligen. Denn dann entwickeln Sie sich nach und nach selbst zum Experten Ihrer Krankheit». (rs)

Quelle: Nutzen Sie den neuen BKK-Service: Behandlungsprogramme starten. Mitteilung des BKK-MediService, Stuttgart. Internet: www.bkk-mediservice.de

Gut, aber zu teuer

Wie beurteilen die Schweizerinnen und Schweizer die Qualität und den Preis des schweizerischen Gesundheitssystems? Dieser Frage ging das Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Tessin in Zusammenarbeit mit dem Institut für Mikroökonomie und Volkswirtschaft der Universität der italienischen Schweiz in einer Umfrage im Herbst 2002 nach. Dabei zeigte sich, dass 66,8 Prozent der insgesamt 1000 befragten SchweizerInnen im Jahr 2002 sehr zufrieden oder eher zufrieden waren mit dem Gesundheitssystem. Ein Vergleich mit einer Studie zum selben Thema im Jahr 1997 zeigt, dass dieser Anteil seit dem Inkrafttreten des KVG um 8,5 Prozentpunkte angestiegen ist (von 58,3 auf 66,8%). Personen mit einem Einkommen unter 3000 Franken sind zufriedener mit dem Gesund-

heitssystem als solche mit einem Einkommen über 9000 Franken; Personen über 66 sind eher zufrieden als 20- bis 35-Jährige; auch Personen mit einer chronischen Krankheit sind grösstenteils sehr zufrieden (26,3%) oder eher zufrieden (46,7%). Weniger zufrieden sind die SchweizerInnen mit dem Preis: Im September 2002 sagten 42,1 Prozent, dass die Prämie im Hinblick auf ihre wirtschaftliche Lage eine etwas zu hohe oder zu hohe Belastung darstelle; zwei Monate später, nach Ankündigung der Prämienerrhöhung fürs Jahr 2003, waren es gar 51,6 Prozent. (rs)

Iva Bolgiani, Gianfranco Domenighetti, Jacqueline Quaglia: Wie zufrieden sind die Schweizer mit dem Gesundheitssystem und den Krankenkassenprämien? Soziale Sicherheit 4/2003: 219-222.

Ein Traumleben für Alte

«Die Solidarität sei doch eine gute Sache», schwärmt Robert Netz in der Kolumne «poivre et sel» der Zeitung «24 heures». Nachdem sich ein Zusammenhang zwischen dem massiv unterdurchschnittlichen Aufwand für die Alterspflege und der hohen Zahl von betagten Hitzetoten in Frankreich nicht mehr leugnen lasse, erwäge die französische Regierung jetzt, einen Feiertag pro Jahr aufzuheben und dafür der Suppe der Alten etwas Butter beizufügen. Acht von zehn Franzosen seien gegenüber einer solchen Solidaritätslösung positiv eingestellt. Das Einzige, was an diesem Projekt störe, sei seine Zaghaflichkeit: Warum nur ein Tag? Warum nicht jeden zweiten Sonntag arbeiten? Dadurch hätte man gleich zwei Dinge erreicht: Man könnte künftig allen über Achtzigjährigen und hiermit sicher Pensionierten ein Traumleben ermöglichen, und weil die Zahl der Menschen, die so alt werden, aufgrund der geringeren Zahl von Ruhetagen massiv abnehmen würde, könnte man sogar noch allen eine Kanne aus massivem Gold zu Weihnachten schenken. (rs)

Robert Netz: Les vieux ont de l'avenir. 24 heures. 29. August 2003.

Value for money

In Neuseeland wurde seit den Neunzigerjahren versucht, Rationierungsbeziehungsweise Prioritätensetzungsentscheidungen im Gesundheitswesen explizit und transparent zu treffen, basierend auf den Kriterien Wirksamkeit, Effizienz, Gerechtigkeit, Zumutbarkeit und Förderung der Gesundheit der Maoris. In der Praxis habe, meinen Ashley Bloomfield vom Gesundheitsministerium und Robert Logan von der Nationalen Gesundheitskommission Neuseelands im «British Medical Journal», die Prioritätensetzung allerdings praktisch ausschliesslich bei neuen und kaum bei laufenden Ausgaben stattgefunden; die Leistungserbringer und die Konsumenten hätten sich kaum daran beteiligt; obwohl man wisse, wie entscheidend die Primärversorgung für die Gesundheit sei, seien viele neue Mittel in die Sekundärversorgung geflossen; zudem sei zwar die Menge der erbrachten Leistungen kontrolliert worden, nicht aber die Qualität; und schliesslich: die Lebenserwartung der Maoris sei gleich geblieben, während jene der Nicht-Maori zugenommen habe. Hauptursache dieser Mängel ist aus Sicht der Autoren, dass der Fokus zu sehr auf die Kosten und zu wenig auf die Qualität gelegt worden ist, was der Komplexität des Gesundheitswesens nicht gerecht werde und der Mentalität der Leistungserbringer im Gesundheitswesen zuwiderlaufe. Künftig sollen Fragen der Mittelverteilung vermehrt aus dem Blickwinkel der Qualitätsverbesserung angegangen werden. Die Kriterien dazu lauten: Sicherheit, Patientenorientierung, Zugang, Effektivität und Effizienz; der finanzielle Aspekt bleibt also wichtig, aber das zentrale Ziel lautet: Value for money. (rs)

Ashley Bloomfield, Robert Logan: Quality improvement perspective and healthcare funding decisions. BMJ 2003; 327: 439-443.

Datum, Ort	Veranstaltung	Kontaktadresse
23. Oktober, Pfäffikon SZ	Spitäler und Kliniken im Wandel	Euroforum Handelszeitung Konferenz AG, Postfach, Seestrasse 344, 8027 Zürich. Tel. 01-288 94 62. Fax 01-288 94 71. E-Mail: anmeldungch@euroforum.com; Internet: www.euroforum.ch
27.–28. Oktober, Nürnberg (D)	Der europäische Patient	Euroforum Deutschland GmbH, Postfach 11 12 34, D-40512 Düsseldorf. Tel. 49 211-96 86 35 82. Fax 49 211-96 86 40 40. E-Mail: anmeldung@euroforum.com; Internet: www.euroforum.de
2. November, Dallas, USA	20 th ISQua's International Conference on Quality in Health Care	The International Society for Quality in Health Care (ISQua), Secretariat: Level 9, Aikenhead Centre, St Vincent's Hospital, 41 Victoria Parade, Fitzroy Victoria 3065, Australia. Tel. 61 3-9417 6971. Fax 61 3-9417 6851. E-Mail: isqua@isqua.org.au; Internet: www.isqua.org.au
5.–7. November, San Francisco, USA	International Summit on Optimizing Patient Flow throughout the Hospital	Institut für Healthcare Improvement, IHI Registration, 375 Longwood Avenue, 4 th floor, Boston MA 02215. Fax 617-754 48 30. Internet: www.ihf.org/conferences
6. November, Zürich	Solidarische Gesundheitspolitik oder Zwei-Klassen-Medizin?	Paulus Akademie, Carl Spitteler-Strasse 38, 8053 Zürich. Tel. 01-381 34 00. Fax 01-381 95 01. E-Mail: paz.veranstaltungen@bluewin.ch; Internet: www.paulus-akademie.ch
7.–8. November, Winterthur	Controlling im Spital	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG), Technopark, Jägerstrasse 2, Postfach 805, 8401 Winterthur. Tel. 052-267 78 97. Fax 052-268 78 97. E-Mail: wig@zhwin.ch; Internet: www.wig.ch
11. November, Basel	MMS-Symposium: Möglichst viel Gesundheit fürs Geld	Medicus Mundi Schweiz, Netzwerk Gesundheit für alle, Thomas Schwarz, Murbacherstrasse 34, 4013 Basel. Tel. 061-383 18 10. E-Mail: tschwarz@medicumundi.ch; Internet: www.medicumundi.ch
14. November, Bern	13 Jahre Managed Care in der Schweiz: eine vorausschauende Standortbestimmung	OmbudsBeratung Gesundheitswesen, z. Hd. Herrn Max Künzi, Schachenstrasse 21, Postfach, 4702 Oensingen. Tel. 062-396 29 02. Fax 062-396 24 10. E-Mail: info@ombudsberatung.ch
14. November, Bern	Forschungswerkstatt Gender Health	Netzwerk Public Health, Koordinationsstelle Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Sumatrastrasse 30, 8006 Zürich. Tel. 01-634 47 02. Fax 01-634 49 70. E-Mail: network-ph@ifspm.unizh.ch; Internet: www.network_public_health.ch
14. November, Luzern	Controller-Arbeitskreis: Innovative Instrumente für Controllingaufgaben im Krankenhaus	Controller Verein Schweiz, AK Gesundheitswesen, Rainer J. Stelzer, Albisriederplatz 6, Postfach 8040, 8004 Zürich. Tel. 01-400 55 40. Fax 01-400 55 41. E-Mail: rainer.stelzer@span.ch; Internet: www.controllerverein.ch
18. November, Winterthur	Denk quer! Werkstattgespräche für Selbsthilfe-Organisationen	Stiftung KOSCH, Geschäftsstelle, Laufenstrasse 12, 4053 Basel. Tel. 061-333 86 01. Fax 061-333 86 02. E-Mail: gs@kosch.ch; Internet: www.kosch.ch
19.–21. November, Aarau	Projektmanagement im Spital und Heim	Hplus, Kongresssekretariat, Karin Maier, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-834 00 25. Fax 062-824 11 25. E-Mail: karin.maier@hplus.ch; Internet: www.hplus.ch
20.–22. November, Winterthur	Evidence Based Medicine	WIG (s. oben)
20.–22. November, Rom	11 th Eupha-Meeting (European Public Health Association): Globalisation and Health in Europe	EUPHA, Organising Secretariat, Prex S.p.A., Viale XXI Aprile 38/B, I-00162 Rome. Tel. 39-06 44 173 569. Fax 39-06 44 236 120. E-Mail: congressi@prex.it; Internet: www.eupha.org
21. November, Rheinfelden	Rheinfelder Tage: Psychosomatik und Gesellschaft	«Rheinfelder Tage», Tagungssekretariat Anna Wunderlin, Klinik Schützen Rheinfelden, Bahnhofstrasse 19, 4310 Rheinfelden. Tel. 061-863 24 44. Fax 061-863 24 00. E-Mail: anna.wunderlin@klinikschuetzen.ch; Internet: www.rheinfeldertage.ch
26. November, Bern	6. Novartis-Forum für Gesundheitsökonomie: Von der messbaren Qualität zur Outcome Messung	Novartis Pharma Schweiz AG, Claudia Zerobin, Südbahnhof 14d, 3001 Bern. Tel. 031-377 52 63. Fax 031-377 52 77. E-Mail: claudia.zerobin@pharma.novartis.com; Internet: www.pharma.novartis.com
2.–5. Dezember, Genf	Global Forum for Health Research: 7 th Annual Meeting	Global Forum for Health Research, c/o WHO, 20 avenue Appia, 1211 Geneva 27. Tel. 022-791 42 60. Fax 022-791 43 94. E-Mail: forum7@globalforumhealth.org; Internet: www.globalforumhealth.org
4. Dezember, Chur	Case Management: Berufliche und soziale Integration gezielt fördern	Caritas-Fachstelle Gesundheit und Integration, Walter Brunner, Klosterhof 6e, 9000 St. Gallen. Tel. 071-227 34 47. Fax 071-227 34 69. E-Mail: wbrunner@sg.caritas.ch; Internet: www.caritas.ch/gesundheit
8.–9. Dezember, Bad Homburg (D)	Management der Patienten-Entlassung	Euroforum Deutschland (s. oben)
29.–30. Januar 2004, Lugano	Nationale Gesundheitsförderungs-Konferenz	Organizers (Schweiz) GmbH, Martina Züst, Marktgasse 10b, 4310 Rheinfelden. Tel. 061-836 98 76. Fax 061-836 98 77. E-Mail: congress@organizers.ch; Internet: www.gesundheitsfoerderung.ch
3.–5. März 2004, Hamburg	3. Hamburger Forum Qualität im Gesundheitswesen	Quant Forum gmbh, Wendenstrasse 309, D-20537 Hamburg. Tel. 040-25 40 78 40. Fax 040-25 40 78 48. E-Mail: forum2004@quant-forum.de; Internet: www.quant-forum.de

Datum, Ort	Veranstaltung	Kontaktadresse
4.–6. März 2004, Winterthur	Evidence Based Medicine	WIG (s. oben)
12.–13. März 2004, Winterthur	Controlling im Spital	WIG (s. oben)
17.–19. März 2004, Miami USA	3 rd International Summit on Innovations in Critical Care Delivery: Managing Risk and Uncertainty	Institut for Healthcare Improvement IHI (s. oben)
12.–14. Mai 2004, Kopenhagen	9 th European Forum on Quality Improvement in Health Care	BMJ Quality, BMA House, Tavistock Square, GB-London WC1H 9JR. Tel. 44 20-7383 6409. Fax 44 20-7383 6869. E-Mail: quality@bma.org.uk; Internet: quality.bmjpg.com

Datum, Ort	Weiter- und Fortbildung	Kontaktadresse
Beginn: Mitte Oktober (30 Tage), München	Netzmanager	Netzakademie, Management für Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen e. V., Fritz-Vomfelde-Strasse 36, D-40547 Düsseldorf. Tel. 49 211-522 88 58-0. Fax 49 211-522 88 58-9. E-Mail: info@netzakademie.dgn.de; Internet: www.netzakademie.dgn.de
3.–14. November, Basel	Rational Drug Management in International Health	Swiss Tropical Institute, Course Secretariat, Socinstrasse 57, Postfach, 4002 Basel. Tel. 061-284 82 80. Fax 061-284 81 06. E-Mail: courses-sti@unibas.ch; Internet: www.sti.ch
Beginn: 19. November (19 Tage), Aarau	Qualitätsmanagement im Gesundheitsunternehmen	Hplus Bildungszentrum, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. E-Mail: bildung@hplus.ch; Internet: www.hplus.ch
Beginn: 2. Februar 2004 (10 Tage), Innsbruck	European Health Care Manager	MCI-Management Center Innsbruck, Universitätsstrasse 15, A-6020 Innsbruck. Tel. 43 512-564 20 70. Fax 43 512 20 70-1099. E-Mail: office@mci.edu; Internet: www.mci.edu
Beginn: 5. März 2004 (12 Tage), Zürich	Nachdiplomkurs «Ethische Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen»	Institut Dialog Ethik, Sonneggstrasse 88, 8006 Zürich. Tel. 01-252 42 01. Fax 01-252 42 13. E-Mail: info@dialog-ethik.ch; Internet: www.dialog-ethik.ch
15. März–11. Juni 2004, Basel	Health Care and Management in Tropical Countries	Swiss Tropical Institute (s. oben)
Beginn: 24. März 2004 (19 Tage), Aarau	Nachdiplomkurs «Transkulturelle Kompetenz im Gesundheitsbereich»	WE'G, Mühlemattstrasse 42, 5001 Aarau. Tel. 062-837 58 58. Fax 062-837 58 60. E-Mail: ruth.koenig@weg-edu.ch; Internet: www.weg-edu.ch
Beginn: 29. März 2004, Aarau	Nachdiplomstudium «Management im Gesundheitswesen»	WE'G (s. oben)
12. Juni–4. Juli 2004, Ifkara, Tanzania	Medical Practice with Limited Resources	Swiss Tropical Institute (s. oben)
14. Juni–2. Juli 2004, Basel	Health District Management	Swiss Tropical Institute (s. oben)
Beginn: August 2004, Bern	Nachdiplomstudium «Management im Gesundheitswesen»	Weiterbildungsprogramm Gesundheitswesen der Universität Bern, Sidlerstrasse 6, Postfach 8955, 3001 Bern. Tel. 031-631 32 11. Fax 031-631 32 13. E-Mail: health.administration@oefre.unibe.ch
Beginn: Herbst 2004 (75 Tage), Aarau	Nachdiplomstudium «Case Management»	WE'G (s. oben)

Hinweise erwünscht:

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

Behindertenheime als Gatekeeper

Vier stationäre Langzeiteinrichtungen für Behinderte in Niedersachsen erhalten seit April 2003 pro Bewohner ein Budget, mit dem sie in eigener Regie die Kosten für die ärztliche und pflegerische Betreuung sowie für Arzneimittel, Krankengymnastik, Logopädie und Ergotherapie und in einem risikobegrenzten Mass auch für Spitalbehandlungen bestreiten. In den beteiligten Langzeiteinrichtungen leben ungefähr 4500 Bewohner mit einer geistigen und häufig zusätzlich einer mehrfachen und schwersten Behinderung. Die medizinische und therapeutische Versorgung dieser Menschen ist anspruchsvoll, weil sich die verschiedenen Erkrankungen, Therapien und Medikationen oft gegenseitig beeinflussen. Die Langzeiteinrichtungen hatten deshalb schon seit langer Zeit eigene medizinische Dienste eingerichtet, welche die Behandlung koordinierten. Erst jetzt wurde aber die Finanzierung auf eine solide Basis gestellt. Die verschiedenen Partner – neben den Langzeiteinrichtungen selber und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen sind dies als Kostenträger die AOK, die Betriebskrankenkassen, die Landwirtschaftliche Krankenkasse, die Bundesknappschaft und das Niedersächsische Sozialministerium (als Träger der Sozialhilfe) – haben sich unter Leitung der Hamburger Unternehmensberatung Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH darauf geeinigt, einen Vertrag für «Integrierte Versorgung» auf der Basis des Artikels 140 der Gesundheitsreform 2000 abzuschließen. (rs)

Quelle: In Niedersachsen wurde gesundheitspolitisches Neuland betreten. Medienmitteilung der Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH, Hamburg/Berlin, vom 29. August 2003. E-Mail: hh@gesundheitsconsult.de; Internet: www.gesundheitsconsult.de

Regionale Unterschiede am Lebensende

Medizinische Entscheidungen am Lebensende («End-of-life Decisions») sind unter anderem regions- und religionsabhängig. Dies zeigte eine Studie in Europa und Israel, die vor kurzem im «Journal of the American

Medical Association» (JAMA) vorgestellt wurde. So wird in südeuropäischen Intensivstationen die kardiopulmonale Reanimation häufiger eingesetzt, und die Patientenaufenthalte sind länger. Lebenserhaltende Massnahmen werden von protestantischen und römisch-katholischen Ärzten häufiger eingestellt als von muslimischen, jüdischen oder griechisch-orthodoxen. (rs)

Quellen: Tony Sheldon: Doctors' «end of life» decisions vary across Europe. News extra. BMJ 2003; 327: 414; sowie Charles L. Sprung et al.: End-of-Life Practices in European Intensive Care Units: The Ethicus Study. JAMA. 2003; 290: 790-797.

Mehr Medikamente, mehr Generika

Im ersten Halbjahr 2003 wurden in der Schweiz Medikamente für 1960 Millionen Franken verkauft; dies entspricht einer Umsatzsteigerung von 8,5 Prozent (die Menge der verkauften Verpackungen nahm dagegen nur um 2,3 Prozent zu). 1078 Millionen Franken (+6,2%) wurden über Apotheken, 447,6 Millionen Franken (+11,7%) über selbstdispensierende Ärzte, 366,2 Millionen Franken (+13,3%) und 68,4 Millionen Franken (-0,3%) über Drogerien umgesetzt. Kostensteigernd wirkte, wie die Vereinigung der Importeure Pharmazeutischer Spezialitäten (VIPS) mitteilt, die Einführung neuer, innovativer Arzneimittel. Die Kostensteigerung sei aber dadurch gedämpft worden, dass in diesem Jahr einige wichtige und umsatzstarke Arzneimittel generikafähig geworden seien. Der Generikamarkt habe im Vergleich zur Vorjahresperiode mit einer Zunahme von 37,6 Prozent (von 48,1 auf 66,2 Mio Fr.) «das grösste Wachstum in seiner Geschichte» erzielt. (rs)

Quelle: Arzneimittelmarkt Schweiz 1. Semester 2003. Mitteilung der VIPS, Zug, basierend auf von der IHA/IMS erhobenen Daten; Internet: www.vips.ch

Leistungsausweis der Spitäler

Der Verein Outcome, der die Ergebnismessung (Outcome-Messung) in den öffentlichen Spitälern des Kantons Zürich verankert und sein Tätigkeitsgebiet inzwischen zusätzlich auf die Kantone Bern, Aargau

VORSCHAU

Schwerpunktthema:
MEDIZINISCHES UND BETRIEBS-
WIRTSCHAFTLICHES CONTROL-
LING ZUSAMMENFÜHREN

Erscheinungsdatum: 28. November 2003

«Medical Controlling»: Drehscheibe zwischen Medizin und Betriebswirtschaft

Controllingaspekte in der Versorgung von Suchtpatienten in Mecklenburg-Vorpommern

Statistische Prozesskontrolle und Kusum-Analyse als Instrumente für prozessorientiertes Controlling in der Medizin

Seit' an Seit' – Finanz- und Medizincontrolling als Erfolgsmotoren

Controlling: ein Thema in der Grundversorgung?

Ganzheitliches medizinisches Controlling im Spital

Controller im Gesundheitswesen – Funktion und Anforderungen

Management der Netzwerkgründung

Public-Health-Werkschau (Veranstaltungsbericht)

und Solothurn ausgedehnt hat, hat im Jahr 2002 im Kanton Zürich insgesamt rund 100 Messungen in den 17 somatischen Akutspitälern mit öffentlichem Leistungsauftrag durchgeführt. Ein Drittel der Messthemen wurden vorgegeben, zwei Drittel konnten von den Spitälern nach eigenem Bedarf ausgesucht werden. Nach wie vor ungelöst ist die Frage der Datentransparenz nach aussen. Bisher wird die Öffentlichkeit noch nicht über die Messergebnisse einzelner Spitäler informiert. In der Arbeitsgruppe, die sich mit dem Thema befasst, bestehe nun aber «eine konkrete Vorstellung davon, wie ein Leistungsausweis der Spitäler aussehen könnte». (rs)

Verein Outcome: Jahresbericht 2002; E-Mail: info@vereinoutcome.ch; Internet: www.vereinoutcome.ch