

Schwerpunkt: Patientensicht

Nur weil etwas als richtig und wichtig erachtet wird, ist es noch lange nicht gelebte Realität: Differenzierte Stellungnahmen zeigen, wo mehr Patientensicht nötig ist – und wo Patienten das Steuer selber in die Hand nehmen.

Inhaltsverzeichnis

- Patientensicht: Sehen Sie's mal, wie wir's sehen
- Der vernetzte Patient: Crowdpower & Carehacking
- Der betroffene Patient: Mehr Absprachen, bitte!
- Der kompetente Patient: Den inneren Arzt gebrauchen
- Der rechtliche Patient: Die Mitsprache stärken
- Zum Tod von Kurt Hess: Mit Eigensinn zu besseren Lösungen
- Aufgefallen – Empfehlungen des fmc
- In eigener Sache

Patientensicht: Sehen Sie's mal, wie wir's sehen

Patientenorientierung, die Patienten in den Mittelpunkt stellen oder Behandlungsentscheide mit Patienten gemeinsam fällen: Diese Themen sind seit langem und in allen Gesundheitssystemen aktuell.



PD Dr. med. Peter Berchtold, Präsident fmc

Und kein Akteur würde an der Bedeutung dieser Themen zweifeln (oder zu zweifeln wagen). Trotzdem bleiben viele Initiativen und Anstrengungen zur Stärkung der Patientenorientierung auf der Ebene wirkungsloser Apelle stecken. Und überhaupt, was verstehen welche Akteure unter diesen Begriffen? Wir dürfen davon ausgehen: nicht dasselbe.

Die lapidare Antwort auf die letzte Frage ist ein Hinweis auf die Herausforderungen, die Behandlung und Betreuung durch die Augen der Patienten zu sehen. Welche Augen sind denn gemeint: jene des schwer kranken Patienten oder jene der jungen Kundin, welche nach unkompliziertem Beinbruch vor allem Wert auf entspannte Atmosphäre und gutes Essen legt?

Patienten sind eben Vieles und dies meist noch in einer Gleichzeitigkeit, die durchaus Verwirrung stiftet: Der schwer kranke Patient ist gleichzeitig Behandlungsobjekt, OKP-Versicherter, DRG-Codierung oder Tarmed-Objekt, vielleicht Zusatz-Versicherter, engagierter Bürger oder potentiell Forschungs- und Ausbildungsobjekt. Dies ist bedeutsam, weil sich hinter diesen unterschiedlichen Rollen verschiedene, teils widersprechende Erwartungen verbergen bzw. die involvierten Personen und Institutionen mit verschiedenen, teils konflikthaften Haltungen auf die unterschiedlichen Rollen reagieren.

Die Konsequenz: Patientensicht einnehmen heisst, die verschiedenen Sichtweisen unterscheiden und differenzieren zu können. Natürlich wird dies einer einzelnen Betreuungsperson leicht fallen. Anspruchsvoll wird es dann, wenn solches in einer Organisation oder zwischen unterschiedlichen Akteuren gelingen soll. Die nachfolgenden Beiträge zeigen einige dieser unterschiedlichen Sichtweisen von Patienten – eine Einladung Patienten zu sehen, wie sie sich sehen (könnten).

Der vernetzte Patient: Crowdpower & Carehacking

Patienten sehen sich in einer vernetzten Gesellschaft mit neuen Werten und Normen zunehmend als aktive und selbstbestimmte Kommunikationspartner, als Initianten von Präventionsmassnahmen, Verantwortliche für Gesundheitsmonitoring und Managerinnen von Home Based Care – zwei Beispiele.



Prof. Dr. Andréa Belliger, Prorektorin an der PH Luzern und Co-Leiterin des Instituts für Kommunikation & Kultur ikf

Beispiel 1: Patient Crowdsourcing

Dieser Ansatz spricht dem Patienten als Citizen Scientist eine neue Rolle in der medizinischen Forschung zu. Ausgerüstet mit Wearables, vernetzt in grossen Communities und der Möglichkeit, die eigenen medizinischen Daten ins Netz einzuspeisen, tragen Patienten heute massgeblich dazu bei, die Qualität und den Umfang der medizinischen Forschung zu verbessern.

Tatsache ist, dass allein über die Genom-Plattform 23andMe (www.23andme.com) 76% der rund 500'000 Personen, die ihr Genom dort analysieren liessen, das Einverständnis gaben, dass ihre Genomdaten für die Forschung genutzt werden dürfen. Damit stehen ungeahnte Datenmengen für neue Erkenntnisse zur Verfügung. Und neue Allianzen bilden sich: Die Firma 23andMe hat sich mit dem Parkinson's Institute zusammengetan und über die gemeinsame Datenbasis bereits neue Assoziationen für Parkinson gefunden.

Die Daten und Ergebnisse werden nicht etwa gebunkert, sondern als Open-Access-Publikationen wie Plos One (www.plosone.org) oder Cureus (www.cureus.com) öffentlich gemacht. Was den Erkenntnisgewinn massiv beschleunigt: Die Dauer bis zur Veröffentlichung von neuem Wissen wird durch neue Formen der Datenerhebung, der Datenaggregation und der Publikation von 6 auf 1 Jahr verkürzt. TrialReach (www.trialreach.com) geht noch einen Schritt weiter und bietet eine Plattform, auf der sich Patienten, die sich an medizinischen Studien beteiligen möchten, und Wissenschaftler, die Patienten für Studien suchen, finden können.

Das Problem der crowdbasierten Datenerhebung bestand bislang darin, wie diese patientengenerierten Daten, die aus ganz unterschiedlichen Quellen stammen, genutzt werden können. In letzter Zeit haben sich einige Startups diesem Thema angenommen. Plattformen wie Validic (www.validic.com) oder medixine (www.medixine.com) fungieren als Mittlerplattformen

zwischen Patientendaten, die aus Health Apps generiert werden, und Gesundheitsorganisationen oder Forschungseinrichtungen.

Patienten liefern Forschungsideen und vergeben Aufträge

MedCrowdFund (www.medcrowdfund.org), ein Projekt aus den Niederlanden, geht noch einen Schritt weiter und bindet Patienten als Partner – nicht nur als Datenlieferanten – in den ganzen Innovationsprozess medizinischer Entwicklungen ein. Das funktioniert wie folgt: Eine Community bestehend aus Patienten und ihren Angehörigen bringt neue Forschungsideen ein. Sie haben die Krankheit, sind also die wirklichen Experten dafür. Aus allen eingegangenen Ideen wählt die Patienten-Community mittels eines Votingsystems die Top-3-Forschungsideen aus, die durch einen professionellen Research Writer in einen Forschungsplan in zwei Versionen umgeschrieben wird: die eine zum Einreichen bei forschungsfinanzierenden Institutionen, die andere in einfacher, verständlicher Sprache. Dann wird mit Crowdfunding das initiale Startkapital zusammengetragen und die Community beschliesst mit Crowdpitches, welche Wissenschaftler die Forschung letztlich durchführen dürfen. Die Ergebnisse gehören selbstredend den Patienten, die im Laufe dieses Prozesses zu Stakeholdern werden.

Diese Art der Partizipation geht weit über das persönliche Gesundheitsmanagement hinaus. Crowdpower beschreibt, wie sich die Gesundheitsforschung aufgrund der technologiebasierten Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft, Firmen und Gesundheitskonsumenten verändert und wie Krankheiten möglicherweise mit Hilfe dieses gemeinsamen Efforts frühzeitig festgestellt, besser behandelt oder sogar verhindert werden können.

Beispiel 2: Openness - Open Data

Was kommt einem als erstes in den Sinn, wenn man an elektronische Patientendossiers in Gesundheitsorganisationen denkt? Wahrscheinlich das: geschlossene Systeme, schwache Interoperabilität, dominante Player, keine einheitlichen Lösungen, desinteressierte Versicherungen, ein Hauptfokus auf Datenschutz, eine gewisse Informationsasymmetrie zwischen den Stakeholdern.

Diese Situation macht es für Patienten nicht ganz einfach. Sie sind heute gezwungen, in einer immer komplexer werdenden Healthcare-Landschaft zu navigieren und immer mehr Kosten für die Gesundheit selber zu übernehmen. Andererseits sind sie es gewohnt, sich im Netz zu informieren, via Social Media zu vernetzen und die eigenen Gesundheitsdaten und andere Datenquellen zu sichten, um das Gesundheitssystem für ihre Zwecke zu nutzen. Diese Haltung und das Verhalten von Patienten hat bereits einen Namen erhalten: Carehacking. Dieser Begriff beschreibt, wie Gesundheitskonsumenten aufgrund des Zugangs zu digitaler Information und digitalen Tools auf teilweise überraschende Art die Kontrolle über ihre eigene Gesundheit übernehmen.

Es gibt bereits die ersten Carehacking-Helden: [Hugo Campos](#), der nicht an die Daten seines Herzschrittmachers ran kam, weil die Medtech-Firma ihm diese verweigerte. Oder der italienische Gehirntumorpatient [Salvatore Iaconesi](#), dem das Spital den Zugriff auf seine Patientenakte verweigerte, worauf er kurzerhand sein Patientendossier knackte und es für Zweitmeinungen ins Netz stellte.

Die Studie «Gesundheitswesen im Social Media Zeitalter» von [Swisscom](#) aus dem Jahr 2011 zeigt, dass auch in der Schweiz zwei Drittel der Befragten es begrüßen würden, wenn sie ihre medizinischen Daten, Befunde, Röntgenbilder oder Laborwerte zu einer neuen medizinischen Ansprechperson mitnehmen könnten. Dieses Interesse nimmt mit steigendem Alter stark zu.

Open Data verlangt ein neues Selbstverständnis der Patienten

Es zeichnet sich ab, dass von Patientenseite verstärkt der Druck kommen wird, medizinische Daten zugänglich zu machen und darüber hinaus endlich die Schnittstellen zwischen den Leistungserbringern zu öffnen, damit Kooperation und Koordination optimiert werden können. In diese Richtung zielt die [Blue-button-Bewegung](#), die weltweit auf grosses Interesse stösst: Ein blauer Downloadknopf auf der Website einer Klinik, eines Arztes oder eines Labors zeigt dem Patienten an, dass er seine medizinischen Daten anschauen, herunterladen und auf Wunsch in andere Applikationen integrieren kann.

Die Open Notes-Initiative wiederum (www.myopennotes.org) lädt die Patienten dazu ein, die Notizen und Informationen von Ärzten, Pflegepersonen und Labors einzusehen, um partnerschaftlich und besser informiert am Management der eigenen Gesundheit teilhaben zu können. Der englische Gesundheitsdienst NHS hat ein Programm gestartet, das den Patienten vollen Zugang zu den medizinischen Daten und [NHS-akkreditierten Gesundheitsapps](#) gibt.

Ein Beispiel für diesen Ansatz aus der Schweiz ist das webbasierte Patientendossier von Palliative Care Solothurn: Der [Betreuungsplan](#) als Nahtstelle für die interdisziplinäre und interprofessionelle Behandlung liegt beim Patienten oder der Patientin; er/sie bestimmt, wer Einsicht nehmen darf. Der nächste Schritt, das elektronische Patientendossier für alle gemäss dem gleichnamigen Bundesgesetz, sollte dann die dringend notwendige Grundlage schaffen, dass auch hierzulande die Patienten ein neues Selbstverständnis entwickeln.

Das ikf bietet unter anderem den [Online Zertifikatskurs «eHealth – Gesundheit digital»](#) an.

Der betroffene Patient: Mehr Absprachen, bitte!

Im Frühling 2004 wurde ich mit der Diagnose Darmkrebs konfrontiert, was die Hemikolektomie rechts zur Folge hatte. Vier Jahre später die erneute Diagnose Darmkrebs, so dass nun eine totale Kolektomie notwendig wurde. In den Folgejahren wurden immer wieder tubuläre Adenome abgetragen. Im Sommer 2013 musste eine Dünndarmsegmentresektion durchgeführt werden.



Michael Rubertus, ehemaliger Direktor des Massnahmenzentrums Uitikon

Dank weitsichtiger gastroenterologischer Betreuung wurde nach der zweiten Operation eine genetische Abklärung durchgeführt, bei der eine MSH6 Mutation festgestellt wurde. Dies bedeutete für mein Überlebensmanagement, weitere Fachdisziplinen einzubeziehen, da diese Genmutation Tumore in verschiedenen Körperteilen produzieren kann.

Doch wer koordiniert, vernetzt, organisiert die verschiedenen Fachexperten und Kontrolltermine in einem sinnvollen Rhythmus? Wer hat den Lead, wer ist verantwortlich, wer ist der Survival-Manager?

Als Langzeitpatient, der dank Spitzenmedizin noch lebt, wurde ich in den vergangenen 11 Jahren oft damit konfrontiert, dass jede Fachdisziplin lediglich aus der eigenen Optik behandelt und handelt. Es fehlt auch im Jahr 2015 häufig der übergeordnete Blick, das gegenseitige Abstimmen und Austauschen zwischen den Disziplinen.

Trotz aller Abhängigkeit von vielen exzellenten Medizinern verstehe ich mich als Patient, der seinen Beitrag leisten möchte, um die erwähnte Fragmentierung zu überwinden. Dies bedeutet bis heute, die verschiedenen Kontrolltermine sinnvoll zu koordinieren, für den Austausch zwischen den Disziplinen besorgt zu sein, Auffälligkeiten und Besonderheiten in die jeweiligen Untersuchungsdiskussionen einzubringen und schliesslich darauf zu achten, dass alle vereinbarten Kontrolluntersuchungen wie vereinbart durchgeführt werden, zum Beispiel dass das MRI nicht beim Abdomen aufhört, sondern der Thorax wie besprochen ebenfalls kontrolliert wird.

Doch ist da nicht zu viel Verantwortung bei mir als Patienten, die ich im Laufe der Jahre zunehmend übernommen habe, da es ja um mein Leben geht? Kann ich als Betroffener wirklich Experte für meine Krankheit sein?

Ich plädiere für eine dringend notwendige Überwindung der fachlichen und organisatorischen Fragmentierung, für einen regelmässigen, interdisziplinären und interprofessionellen Austausch unter Einbezug des Patienten. Der Patient ist auch als Patient ein selbstverantwortlicher Mensch und kein "Es", über das bestimmt und entschieden wird. Von den einzelnen Experten wünsche ich mir, dass sie sich stärker als Dienstleister für den Patienten verstehen. Dazu gehört zum Beispiel ein standardisiertes Ablauf- und Informationsmanagement für jede Fachdisziplin. Die Informationen müssen übergeordnet durch eine/n Mediziner/in gesteuert werden. Diese Rolle kann durch einen engagierten und erfahrenen Hausarzt oder einen der beteiligten Spezialisten übernommen werden. Entscheidend ist, dass eine Vereinbarung getroffen wird, wer diese Integration übernimmt.

Die Wirkung des eigenen Handelns wird erst in der Zusammenführung aller beteiligten Fachbereiche nachhaltig entfaltet, zum Wohl des nunmehr mündigen Patienten.

Der kompetente Patient: Den inneren Arzt gebrauchen

Der Begriff Patientenkompetenz ist etwa 15 Jahre alt. Ursprünglich handelte es sich um eine Wortschöpfung von Krebspatienten, deren Denken und Handeln von zwei wichtigen Grundvorstellungen geleitet werden.



Prof. Dr. med. Gerd Nagel, Präsident Stiftung Patientenkompetenz

1. Zur Krankheitsbewältigung brauche ich zwei Ärzte, sowohl den äusseren Arzt, die Medizin mit ihren Möglichkeiten, als auch den inneren Arzt, meine Ressourcen als Patient (2-Ärzte-Modell der Krisenbewältigung).
2. Wie jeder Mensch verfüge auch ich als Patient über innere Kräfte, um mich gegen alle Arten der Existenzbedrohung zu wehren; durch derart gerichtete Abwehr kann ich mein Schicksal günstig beeinflussen – dies gilt auch für Krebs (Abwehr-Modell).

Drei Stimmen kompetenter Patienten: «Ich bin eine kompetente Patientin, wenn ich mit und trotz Erkrankung, Handicap oder Trauma wieder normal leben kann.»

Die in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts nacheinander aufkommenden Begriffe des informierten, mündigen, autonomen, Mitsprache berechtigten Patienten bezeichnen vor allem das Verhältnis des Patienten zu seinem Umfeld, also zum sozialen Netz, zur Medizin oder zum Recht. Demgegenüber stellen die Begriffe [Patientenkompetenz](#) und Empowerment eine wesentliche Erweiterung des Selbstverständnisses von Patienten dar, indem auch das Verhältnis des Patienten zu sich selbst in der Krise sowie die eigene Rolle und Verantwortung zur Krisenbewältigung reflektiert werden.

Das Gesundheitswesen ist bis heute von einem anderen, aus Patientensicht antiquierten Credo geprägt. Es lautet, ein wenig überzeichnet: Zur Heilung von Krankheit ist die medizinische, krankheitszentrierte (pathotrope) Intervention ausreichend. So erklärt sich die noch immer sehr verbreitete Antwort von Ärzten auf die Frage kompetenter Patienten, was sie selbst für sich tun können: «Sie können gar nichts tun, leben Sie einfach so weiter wie vorher.» Die Frage der Patienten wiederum erklärt sich aus einem nicht pathotropen, sondern salutotropen Denkstil. Dieser kann sich allerdings nur zögerlich festsetzen, zumindest in Teilen des modernen Gesundheitswesens.

«Für mich heisst Patientenkompetenz, die eigenen Ressourcen zur Meisterung meines Schicksals zu erkennen, zu stärken und zielgerichtet einzusetzen.»

In den letzten Jahren ist in der Krebsmedizin viel von individualisierter Therapie die Rede. Man könnte meinen, es handle sich dabei um eine bessere Ausrichtung der Medizin auf die Bedürfnisse und Vorstellungen des individuellen Patienten. Also um einen Schritt in Richtung grösserer Sozialkompetenz von Health Professionals. Aber weit daneben. Es geht bei der individualisierten Tumorthherapie vielmehr darum, den individuellen Tumor durch geeignete Markerbestimmungen noch besser zu charakterisieren, um denselben selektiver behandeln zu können. Das Individuum Patient bleibt dabei unberücksichtigt.

Natürlich stellt sich die Frage, ob und in welchem Ausmass sich Patientenkompetenz prognostisch relevant auswirkt? Beziehungsweise wie salutotropes Patientenhandeln als therapeutisch relevanter Ko-Faktor medizinischen, pathotropen Handelns gefördert werden kann?

«Patientenkompetenz heisst nicht, sich in die ärztlichen, sondern in die eigenen Angelegenheiten als Patient gekonnt einzumischen.»

Einige medizinische Disziplinen haben diese Frage klar zugunsten der Patienten beantwortet und entsprechende Konsequenzen zur Förderung der Patientenkompetenz gezogen, zum Beispiel Präventivmedizin, Suchtberatung, Diabetes, Herz/Kreislauf-Rehabilitation, Zahnheilkunde. Bei anderen medizinischen Disziplinen sind die Vorstellungen vom kompetenten Patienten noch nicht oder nicht vorbehaltlos angekommen, zum Beispiele Übergewichtigkeit, Burnout, Geriatrie und vor allem Onkologie. Entsprechend halbherzig wurden und werden Programme zur Förderung der Patientenkompetenz implementiert. In der Krebsmedizin ist die Patientenkompetenz geradezu eine vernachlässigte Dimension der Krankenversorgung. Ein solcher Vorwurf geht nicht nur an Onkologen, sondern auch an Krankenkassen, Spitaladministrationen, Pharmafirmen, die Krebsforschung und nicht zuletzt an die Gesundheitspolitik.

Welche Folgerungen ergeben sich daraus? Es geht in erster Linie um den Abschied von einem Paradigma, das Bernhard Naunyn gegen Ende des 19. Jahrhunderts so formulierte: «Die Medizin wird eine Natur-Wissenschaft sein, oder sie wird nicht sein.» Dem setzte Heinrich Schipperges gegen Ende des 20. Jahrhunderts entgegen: «Die Medizin wird eine Kultur-Wissenschaft sein, oder sie wird nicht sein.» Es geht, mit anderen Worten, um eine Form von Ganzheitlichkeit, um den richtigen Mix von Fachkompetenz und Sozialkompetenz, um einen besseren Einbezug der Patientensicht in die Modelle der Gesundheitspolitik und der Krankenversorgung.

Der rechtliche Patient: Die Mitsprache stärken

Prozessgesteuerte Systeme wie das Gesundheitswesen sind in einer direkten Demokratie nur dann funktions- und entwicklungsfähig, wenn alle wesentlichen Träger des Systems an der Gestaltung der Prozesse beteiligt sind – auch und gerade die Patienten und Versicherten.



Jean-François Steiert, Nationalrat, Vizepräsident des Dachverbandes Schweizerischer Patientenstellen

Das Schweizer Gesundheitssystem setzt jährlich rund 25 Milliarden Franken öffentlicher und bald 50 Milliarden Franken privater Gelder um. In einer Gesellschaft, in der die Erwartungen an das Gesundheitswesen aus zahlreichen Gründen stetig steigen, führt dies zu einer hohen Regeldichte mit dem Ziel einer möglichst effizienten Verwendung der entsprechenden Beträge bei einer möglichst hohen Qualität präventiver, diagnostischer, therapeutischer und palliativer Massnahmen für alle Betroffenen.

Im Mittelpunkt der aktuellen politischen Überlegungen stehen die bundesrätlichen Vorschläge zur Qualität und vermehrt noch die HTA-Prozesse (Health Technology Assessment). In beiden Bereichen stehen Kosten-Nutzen-Analysen zur Diskussion, die in den nächsten Jahren öffentlich- oder privatrechtlich weiterentwickelt werden sollen. Kaum jemand bestreitet, dass solche Prozesse nicht ausschliesslich in die Hände von betriebswirtschaftlich ausgerichteten Akteuren gehören, sei es in der Verwaltung oder bei einem Versicherer. Unbestritten ist auch die Beteiligung von Leistungserbringern, namentlich der Ärzteschaft und Spitäler, ebenso der Versicherer oder auch der Kantone.

Patienten und Versicherteninteressen weitgehend fremdbestimmt

Kaum berücksichtigt hingegen werden bei all diesen Entwicklungen die Interessen der Patienten und Versicherten, die im Schweizer Gesundheitssystem im Vergleich zu zahlreichen anderen Staaten institutionell eher randständig geblieben sind. Die letzten Jahre haben immer wieder gezeigt, dass die ungenügende Berücksichtigung von Patienten- und Versicherteninteressen Reformen blockieren können, sei es bei verschiedenen Abstimmungen wie zu Managed Care, sei es bei kantonalen Spitalplanungen oder anderen gesundheitspolitisch relevanten Entscheiden.

Historisch wurden die Interessen der Versicherten und Patienten während langer Jahre durch die meist von unten gewachsenen, teilweise genossenschaftlich organisierten Versicherer

wahrgenommen – gegenüber den Behörden wie den Leistungserbringern. Der Konzentrationsprozess in der Krankenversicherung sowie die formelle und systematische Auftrennung in einen obligatorischen und überobligatorischen Bereich mit Einführung des KVG am 1. Januar 1996 haben die Rolle der Versicherer stark relativiert.

Viele Versicherer fokussieren heute auf die Zusatzversicherten und nehmen damit in Kauf, dass der Grundsatz der Zugangsgerechtigkeit geschwächt wird, konkret zum Beispiel über Leistungskürzungen in der Grundversicherung. Beobachten lässt sich dies bei Forderungen von prominenten Krankenkassenverantwortlichen und Parlamentariern nach massiven Kürzungen der Leistungen in der Grundversicherung, ebenso mit Stellungnahmen der meisten Kassenvertreter im National- und Ständerat gegen mehr Druck auf die Medikamentenpreise oder mehr Transparenz bei Margen und Vergütungen.

Stärkung der kollektiven Patientenrechte im Interesse des Ganzen

Diese Entwicklung ist systemisch wohl normal und soll auch nicht nach moralischen Kategorien bewertet werden, setzt aber voraus, dass andere Formen gefunden werden, um das für das System wichtige Gleichgewicht zwischen den verschiedenen Akteuren wieder zu stärken. Der Nationalrat hat deshalb vor einem Jahr Vorstösse aus drei verschiedenen Parteien überwiesen, um neben den individuellen auch die kollektiven und damit zumindest teilweise auch politischen Rechte der Patienten und Versicherten im Interesse des Gesundheitssystems als Ganzes zu fördern – zumal die heutigen Patientenorganisationen mehr und mehr an Kapazitätsgrenzen stossen.

Zur Diskussion stehen verschiedene Modelle, die sich in anderen Ländern bewährt haben: von einer gestärkten Patienten- und Versichertenschutzstelle über eine Förderung von Systemkompetenzen bei bestehenden Patientenvereinigungen bis zur sogenannten delegierten Mitbestimmung, die eine qualifizierte Mitsprache der Patienten und Versicherten gewährleistet und damit entscheidend zur Vertrauensbildung beitragen kann. Gerade in einem direktdemokratischen Land ist das auf diese Weise geschaffene Vertrauen vital, um die für die Qualität des Gesundheitswesens notwendigen Änderungsprozesse nicht zu gefährden.

Zum Tod von Kurt Hess: Mit Eigensinn zu besseren Lösungen

Das Forum Managed Care und die Gemeinschaft der Integrierten Versorgung in der Schweiz verlieren mit Kurt Hess einen engagierten Mitstreiter, Kollegen und Freund.



Peter Berchtold, Präsident fmc

Er war einer unserer wichtigen Pioniere in der Managed Care-Bewegung. Ich erinnere mich gut, als Kurt im Oktober 1998, damals Leitender Arzt der ersten schweizerischen HMO-Praxis Zürich-Wiedikon, dafür eintrat, dass wirkliche Qualitätsentwicklung nur in einer vernetzter Gesundheitsversorgung funktionieren kann.

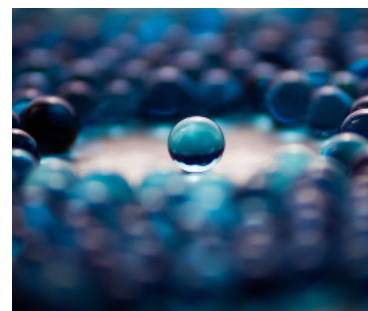
Das war am ersten fmc-Symposium in Morschach, wo Kurt als Experte für «Qualitätskontrolle im Gesundheitswesen» mitwirkte. Seither engagierte er sich in unterschiedlichen Funktionen – sei es als langjähriges fmc-Vorstandsmitglied oder Gründungsmitglied der Stiftung EQUAM – für diese Themen. Wenn Kurt Hess sich für Managed Care und Qualität einsetzte, tat er das mit Leib und Seele und mit hohen Erwartungen an sich und die Anderen. Das war zweifelsfrei ein Erfolgsfaktor, als Kurt vor 12 Jahren als Leiter der Taskforce die Neuausrichtung des fmc wesentlich mitgestaltete und damit die Basis schuf, dass sich das fmc zu dem entwickeln konnte, was wir heute sind. Intensives Engagement und hohe Erwartungen hiessen bei Kurt auch Eigensinn, von dem abzurücken für ihn kaum in Frage kam. Und so gibt's denn auch die Erinnerung an mehr als eine ziemlich laute Diskussion zwischen uns. Gleichzeitig war sein Eigensinn ausschliesslich der Sache verpflichtet und Ausdruck einer tiefen inneren Überzeugung, die meistens Anregung und Motivation war.

Für das Forum Managed Care

Peter Berchtold

Aufgefallen – Empfehlungen des fmc

- Nationalen Konferenz Gesundheit2020 - Kommentar von Peter Berchtold
- Ausgesuchte Publikationen zum Themenkreis Integrierte Versorgung
- Trendtagen Gesundheit Luzern
- RVK-Forum



Nationale Konferenz Gesundheit2020 - Kommentar von Peter Berchtold

Der Erfolg und die Resultate der ersten Nationalen Konferenz Gesundheit2020 haben das Bundesamt für Gesundheit (BAG) bewogen, am Montag 26. Januar 2015 die zweite nationale Konferenz durchzuführen. Den Resultaten der Umfrage an der ersten Konferenz entsprechend, stand dabei das Thema «Koordinierte Versorgung» im Fokus. Das BAG hat aus diesem Anlass eine Reihe von Studien erarbeiten lassen, um Grundlagenwissen zum Thema zu sammeln: Diese Studien finden Sie auf www.bag.admin.ch

Im Vorfeld der Konferenz wurden die eingeladenen Personen (580 Personen) online zu verschiedenen Aspekten der koordinierten Versorgung befragt. Die Ergebnisse finden Sie auf www.fmc.ch.

Eine kurze Kommentierung dieser Studien sowie der online Befragung von PD Dr. med. Peter Berchtold finden Sie [hier](#).

Policy Summary II des European Observatory on Health Systems and Policies

Ende 2014 erschien das Policy Summary II des European Observatory on Health Systems and Policies zum Thema « What is the evidence on the economic impacts of integrated care? »

This new policy summary reviews the existing evidence on the economic impact of integrated care approaches. Whereas it is generally accepted that integrated care models have a positive effect on the quality of care, health outcomes and patient satisfaction, it is less clear how cost effective they are. As the evidence-base in this field is rather weak, the authors suggest that we may have to revisit our understanding of the concept and our expectations in terms of its assessment. [Mehr](#)

Ersten Ausgabe der Open-Access-Zeitschrift «International Journal of Health Professions»

Neue Forschungsergebnisse zeigen, dass sich eine gute Zusammenarbeit von Gesundheitsfachleuten aus unterschiedlichen Berufen lohnt: nicht nur für die Patienten, sondern auch für die Health Professionals. Wie gut die Kooperation tatsächlich funktioniert, bewerten die einzelnen Berufsgruppen allerdings unterschiedlich. Dies steht in der ersten Ausgabe der Open-Access-Zeitschrift «International Journal of Health Professions», die seit Dezember 2014 online ist.

[Mehr](#)

Trendtagen Gesundheit Luzern vom 18./19. März 2015

Mehr Wettbewerb soll die Effizienz steigern und die Qualität im Gesundheitswesen verbessern. Ist dies ein realistischer Weg oder widersprechen sich diese Ziele diametral? Die Trendtage 2015 stellen den Wettbewerb auf den Prüfstand und durchleuchten ihn tiefgreifend. Die Tagung steht unter dem Motto «Machbarkeit - Finanzierbarkeit - Ethik». Am zweitägigen Anlass werden rund 600 Entscheidungsträger, Expertinnen und Experten sowie Persönlichkeiten aus allen Bereichen des Gesundheitssektors erwartet. [Mehr](#)

RVK-Forum, 7. Mai 2015, Luzern

Mit dem Nein zur Einheitskasse hat das Schweizer Volk die Wahlfreiheit einem staatlichen Gesundheitswesen vorgezogen. Dennoch hat das bestehende System seine Mängel und Korrekturen sind notwendig. Eine kritische Standortbestimmung aller Akteure ist zwingend. Am RVK-Forum werden das Branchenimage der Versicherer und der künftige Umgang mit chronisch kranken Patienten diskutiert sowie die Frage wird erörtert, ob das Schweizer Gesundheitssystem der Prävention genügend Beachtung schenkt. Mehr über das RVK-Forum erfahren Sie auf der Internetseite www.rvkforum.ch

In eigener Sache

- Nationales Symposium Integrierte Versorgung, 24.6.2015 Bern
- Swiss eHealth Forum

FORUM
MANAGED
CARE **fmc** Das Schweizer Forum für Integrierte Versorgung
Le forum suisse des soins intégrés
Il forum italiano delle cure integrate

Wir sind dabei!

Nationales Symposium Integrierte Versorgung 2015
24. Juni 2015, Knecht Bern

Nationales Symposium Integrierte Versorgung vom 24. Juni 2015, BERN

[Jetzt anmelden](#)

Die patientenzentrierte Behandlung ist der Schlüssel zur Integrierten Versorgung und umgekehrt! Denn nur in der vernetzten Behandlung und Betreuung mit dem Blick fürs Ganze kann es gelingen, dass alle Akteure mit den Patienten (und ihren Angehörigen) über dasselbe sprechen und eine gemeinsame Sprache finden.

Die Sicht der Patienten einnehmen heisst nicht, deren Meinung zu übernehmen. Im Gegenteil: «Sehen Sie mal, was ich sehe!» ist auch eine Einladung an alle Fachpersonen, die eigene Perspektive mit derjenigen der Patienten über die verschiedenen Behandlungs- und Betreuungsfragmente hinweg zu erweitern.

Patientenzentrierung und Eigenverantwortlichkeit verlangen ausserdem explizite und innovative Fördermassnahmen, zum Beispiel:

- Einführung von Entscheidungshilfen – im Sinne von Guidelines – für Patienten
- Anreize für chronisch kranke Menschen, einen Koordinator zu benennen
- Die elektronische Dokumentation bei allen ambulanten Leistungserbringern (als Grundlage für das elektronische Patientendossier)
- Finanzielle Anreize für «patientenzentrierte Leistungserbringer» (z.B. Vergütung von Koordinationsleistungen)
- Aus- und Weiterbildungsmodule in Patientenzentrierung und Interprofessionalität (die von unterschiedlichen Berufsgruppen gemeinsam besucht werden)
- Evaluation und Veröffentlichung der Massnahmen zur Patientenzentrierung in Spitälern, Netzen etc.

Das Nationale Symposium Integrierte Versorgung 2015 des fmc widmet sich dem Zusammenspiel zwischen Patientensicht und Vernetzung: Am Mittwoch, 24. Juni 2015 haben Sie die Möglichkeit, das Thema mit Keynote-Referaten, in Tischdiskussionen und Workshops zu vertiefen. Wir freuen uns, wenn Sie dabei sind und Ihre Perspektive und Ihre Erfahrungen in die Diskussionen einbringen! Auf www.fmc.ch finden Sie alle Informationen dazu.

Swiss eHealth Forum - 10% Rabatt

findet vom 5./6. März 2015 in der BernExpo statt – 10% Rabatt für fmc-Mitglieder

Leitthema der Tagung ist «Integrierte Versorgungsmodelle – Rahmen, Erfolgsfaktoren und Umsetzung». An beiden Forumstagen finden am Vormittag Plenumsveranstaltungen statt. Am Nachmittag liefern Solutions-Präsentationen eine vertiefte Behandlung des Leitthemas. Das fmc ist auch 2015 Patronatspartner des Swiss eHealth Forums. fmc-Mitglieder profitieren dabei von einem Rabatt von 10%. Bitte geben Sie bei der Anmeldung den folgenden Code ein: fmc-2Meb-10%

[Swiss eHealth Forum](#)



Das Schweizer Forum für integrierte Versorgung fmc ist ein unabhängiges, breit abgestütztes Kompetenzzentrum das den Wissens- und Erfahrungsaustausch zur horizontalen und vertikalen Vernetzung in der Gesundheitsversorgung fördert. Das fmc trägt dazu bei, die Qualität und Effizienz der Patientenbetreuung zu verbessern sowie die Sicherheit und Handlungsfähigkeit der Patienten zu erhöhen. Die Mitglieder des fmc profitieren von einem disziplinen- und sektorübergreifenden Netzwerk sowie spezifischen Angeboten. Weitere Informationen: <http://www.fmc.ch>

Wollen sie das eMagazin «fmc Impulse Integrierte Versorgung» weiterhin kostenlos erhalten? Dann melden Sie sich bitte an auf <http://fmc.ch/fmc-impulse/>