



Editorial

Von «Managed Care» zu «Care Management»

Interview zu Ärztenetzen

«Herzblut statt Obligatorien»

Steuerung in der Pflege

Die Auswirkungen von DRG auf Führungspersonen in der Pflege

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen

«Die Dänen sind uns 15 E-Health-Jahre voraus»

Datenschutz und Hausarztnetze

Wer muss was wissen, wer darf was wissen?

Erwartungen der ständerätlichen Geschäftsprüfungskommission an den Bundesrat

Jetzt gilt es ernst mit der Qualitätssicherung

Parlamentarier und Interessenbindungen

Sie machen die nächsten vier Jahre Gesundheitspolitik

Offizielles Organ

**FORUM
MANAGED
CARE**

Von «Managed Care» zu «Care Management»

Sehr geehrte Leserin, Sehr geehrter Leser

Das ist die erste Ausgabe von «Care Management», der Schweizer Zeitschrift für Managed Care und E-Health. Und doch ist das offizielle Organ des Forums Managed Care (FMC) keine völlig neue Publikation. Bislang kannten Sie diesen Titel unter dem Namen «Managed Care». Nachdem der verantwortliche Verlag Mitte letzten Jahres den Vertrag mit dem FMC gekündigt hatte, wandte sich das Forum an den Schweizerischen Ärzteverlag EMH. Das Resultat der sehr konstruktiven Gespräche halten Sie nun in den Händen: «Care Management» wird die hohen Qualitätsanforderungen, die das FMC an sein Kommunikationsorgan stellt, auch in Zukunft einlösen und den Informationsauftrag seinen Mitgliedern, Partnern sowie allen weiteren Leserinnen und Lesern gegenüber verlässlich erfüllen.

Für dieses Anliegen steht mit EMH, dem führenden medizinischen Fachverlag der Schweiz, ein idealer Partner zur Verfügung. Das Gemeinschaftsunternehmen der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH und der Schwabe AG, Basel, bietet der medizinischen Publizistik in der Schweiz eine unabhängige und wirtschaftlich solide Plattform. Mit neun Zeitschriften, einem umfangreichen Online-Angebot sowie einem ständig wachsenden Buchprogramm deckt EMH das ganze Spektrum der medizinischen Diskussion ab. Durch «Care Management» ist das Thema Qualitäts- und Kostensteuerung im Gesundheitswesen fortan fest im Verlag verankert.

Was können Sie nun von «Care Management» erwarten? Zuerst das, was Sie bisher schon geboten bekamen: eine qualitativ hochwertige Wissens-, Erfahrungs- und Meinungsplattform für sämtliche Aspekte von Managed Care, die sich an Leistungserbringer, Kostenträger, Politiker und Behörden richtet. Deutlich erweitert wird der

Themenbereich E-Health. Auch die innovativen, stark wachsenden Organisationsformen und Behandlungsmodelle von Ärztinnen und Ärzten erhalten mehr Raum. Hinzu kommen neue Rubriken, die einerseits an die Aktualität anknüpfen, andererseits die praktische Umsetzung fokussieren. In nunmehr sechs Ausgaben pro Jahr wird Sie «Care Management» im Zweimonatsrhythmus mit Fachbeiträgen, Erfahrungsberichten, Interviews, Kommentaren und Statements von Opinionleadern über relevante Positionen und Entwicklungen im Gesundheitswesen informieren. Sämtliche Artikel können auch unter www.care-management.emh.ch in einer Online-Ausgabe aufgerufen und als PDF heruntergeladen werden. Ein Archiv mit komfortabler Volltextsuche ermöglicht das schnelle Auffinden zurückliegender Beiträge. Die Nutzung der Online-Ausgabe ist für Zeitschriftenabonnenten kostenfrei, weitere Interessenten können gegen Gebühr einen Online-Jahreszugang bestellen.

Wir möchten Sie herzlich einladen, das neue «Care Management» in Augenschein zu nehmen und uns Ihre Meinung mitzuteilen. Leserbriefe und Diskussionsbeiträge sind sehr willkommen und helfen uns, Ihnen genau die Zeitschrift zu bieten, die Sie wünschen. Auch möchten wir Sie ermuntern, der Redaktion eigene Artikel oder Themenvorschläge einzureichen. Durch Ihre Mitarbeit als Autorinnen und Autoren aus der Praxis tragen Sie dazu bei, «Care Management» aktuell und lebendig zu gestalten.

Ein weiterer Wunsch geht an die Goldpartner des Forums Managed Care sowie an die bisherigen und neuen Anzeigenkunden: Tragen Sie mit Ihrem Engagement dazu bei, den Leserinnen und Lesern weiterhin eine Managed-Care-Publikation auf hohem Niveau bieten zu können.

Nun wünschen wir Ihnen allen viel Inspiration beim Lesen der ersten Ausgabe Ihrer und unserer neuen Zeitschrift.

Mit herzlichen Grüssen



Peter Berchtold
Präsident
Forum Managed Care



Urs Zannoni
Chefredaktor
Care Management



Ruedi Bienz
Vorsitzender der Geschäftsleitung
EMH Schweizerischer Ärzteverlag



Thomas Gierl
Mitglied der Geschäftsleitung
EMH Schweizerischer Ärzteverlag

Editorial

- 3 Von «Managed Care» zu «Care Management»

Beim Wort genommen

Interview mit Jörg Fritschi

- 5 «Herzblut statt Obligatorien»
Über die Zukunft von Ärztenetzen

Steuerung in der Pflege

Jacqueline S. Martin, Mechthild Willi Studer

- 7 Wir brauchen kompetente
und visionäre Führungspersonen

Jacqueline S. Martin, Kurt Aldorf

- 8 Clinical Leadership:
ein Ansatz zur Praxisentwicklung in der Pflege?
Viel versprechende Ergebnisse
eines neuen Führungsmodells

Regula Jenzer, Rolf Zehnder

- 11 «Die Pflege braucht Entscheidungsspielraum»
Mitsprache und Mitverantwortung der Pflege
in der Spitalleitung

Leo Bürki

- 13 Systemische Prinzipien bei der Führung
im Pflegebereich
Neue Herausforderungen an die Pflegeleitungen

Markus Wittwer

- 17 Die Auswirkungen von DRG auf Führungspersonen
in der Pflege
Chancen und Risiken von Diagnosis Related Groups

Forum Managed Care

- 22 Managed Care – the next generation:
Symposium 5. Juni 2008
Care Management jenseits von Gatekeeping, Prämien-
rabbatt und Verzicht

E-Health

Interview mit Philip Baumann

- 25 «Die Dänen sind uns 15 E-Health-Jahre voraus»
Die Digitalisierung im Gesundheitswesen

Urs Keller

- 28 Wer muss was wissen, wer darf was wissen?
Datenschutz aus Sicht der Hausarztnetze

Qualität

Kurt Hess

- 31 Performance- und Outcomeindikatoren –
ein Statusbericht
Über die Einführung von klinischen Ergebnisindikatoren

- 34 Jetzt gilt es ernst mit der Qualitätssicherung
Erwartungen der ständerätlichen Geschäftsprüfungs-
kommission an den Bundesrat

Da tut sich was

Marco Vecellio

- 36 Databox
Internetbasierte Diabetes Datenbank bei mediX zürich

Spektrum

Christian Eggenberger, Karl Metzger

- 39 Grisomed
Ein Betreuungssystem für die Gesundheitsregion
Graubünden

Aufgefallen

- 42 Sie machen die nächsten vier Jahre Gesundheitspolitik
Parlamentarier und Interessenbindungen

- 44 Aufgefallen
Kurzmeldungen und Aktuelles

IMPRESSUM

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

Managing Editor
Tobias Lerch

Redaktioneller Beirat

Georges Ackermann, *Lorenz Borer, Jutta Casimir,
Martin Denz, Thomas Gierl, Kurt E. Hersberger,
*Kurt Hess, Claudio Heusser, *Bruno Kesseli,
Christian A. Ludwig, Nicola Martucci,
*Regula Rička, Andreas Rippmann, Georges F. Roux,
Marlene Saxer, Stefan Schindler, *Ruedi Wartmann,
Mechthild Willi Studer, Urs Zanon (Chefredaktor),
Rolf Zwygart

* Ausschuss des Redaktionellen Beirats

Betreuung des Schwerpunktthemas dieser Nummer
Jacqueline S. Martin und Mechthild Willi Studer

Redaktionsassistentin
Louise Bigler (E-Mail: lbigler@emh.ch)

Redaktionsadresse
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Farnsburgerstrasse 8
CH-4132 Muttenz
Tel. +41 (0)61 467 85 54
Fax +41 (0)61 467 85 56
E-Mail:
redaktion@care-management.emh.ch

Marketing EMH
Thomas Gierl M.A.
Leiter Marketing und Kommunikation
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Farnsburgerstrasse 8
CH-4132 Muttenz
Tel. +41 (0)61 467 85 49
Fax +41 (0)61 467 85 56
E-Mail: tgierl@emh.ch

Inserate
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Ariane Furrer
Assistentin Inserateregie
Farnsburgerstrasse 8
CH-4132 Muttenz
Tel.: +41 (0)61 467 85 88
Fax: +41 (0)61 467 85 56
E-Mail: afurrer@emh.ch

Abonnemente
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Abonnemente
Farnsburgerstrasse 8
CH-4132 Muttenz
Tel. +41 (0)61 467 85 75
Fax +41 (0)61 467 85 76
E-Mail: abo@emh.ch

ISSN 1662-5404
ISSN 1662-5412 Online-Ausgabe

© Copyright by EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel
Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, elektronische Wiedergabe
und Übersetzung, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher
Genehmigung des Verlags gestattet.

Das Copyright der angenommenen Beiträge geht für die Dauer
des gesetzlichen Urheberrechts auf den Verlag EMH Schweizeri-
scher Ärzteverlag AG, Basel, über. Der Verlag erhält damit das
Recht, den Beitrag im In- und Ausland sowie zeitlich unbeschränkt
zu verwenden, zu bearbeiten (z.B. zu Abstracts), zu
übersetzen, zu vervielfältigen, zu übermitteln, weiterzuverwer-
ten, zu veröffentlichen und zu vertreiben, in jeder Form und in
jedem Medium (auch im Internet), sowie dem Autor selbst,
Dritten als auch der Allgemeinheit die entsprechenden Nut-
zungsrechte auf Verwendung, Bearbeitung usw. einzuräumen.
Die Autoren stimmen der Übertragung des Copyrights zu.

Hinweis
Der Verlag übernimmt keine Garantie oder Haftung für Preis-
angaben oder Angaben zu Diagnose und Therapie, im speziellen
für Dosierungsanweisungen.

Interview mit Jörg Fritschi

«Herzblut statt Obligatorien»

Im «Sonntag» vom 30. Dezember 2007 sagte Bundesrat Pascal Couchepin: «Die Lösung liegt in Ärztenetzwerken. Wir müssen die Entwicklung von Netzwerken im Gesundheitssystem unterstützen.» Jörg Fritschi, der neue Präsident von med-swiss.net und Mitglied des Luzerner Netzes LuMed, hört die Botschaft gern. Er hat aber klare Vorstellungen, was zu tun ist – und was zu lassen.

Care Management: Herr Fritschi, was ging Ihnen durch den Kopf, als Sie die Aussagen von Pascal Couchepin lasen?

Jörg Fritschi: Die Aussagen wecken Hoffnung. Nun müssen wir schauen, dass seine Ideen in die richtige Richtung gehen. Deshalb wollen wir von med-swiss.net zumindest angehört werden.

Was heisst «in die richtige Richtung»?

Es sollen nur Netze gefördert werden, die zentrale Kriterien erfüllen, zum Beispiel:

- Sie betreiben Managed Care oder beabsichtigen es zu tun. Dazu gehören Gatekeeping, Kostentransparenz und zumindest ein virtuelles Budget.
- Es besteht gegen innen wie gegen aussen eine hohe Verbindlichkeit. Das heisst: Die Zusammenarbeit unter den Netzmitgliedern ist vertraglich geregelt, ebenso die Zusammenarbeit mit den Krankenversicherern.

Nicht zu fördern sind demnach reine Einkaufsnetze und natürlich die Listenmodelle, die einseitig von den Krankenkassen bestimmt werden.

Das bedeutet, dass Budgetmitverantwortung kein zentrales Kriterium ist.

Leider sind die Vorbehalte bei vielen ÄrztInnen noch recht gross. Andererseits bieten auch Netze ohne Budgetmitverantwortung Kostentransparenz und kreative Behandlungskonzepte.

Wie sollen denn nun Ärztenetze gefördert werden?

Eine wichtige Voraussetzung ist die Verbesserung des Risikoausgleichs. Da sind wir seit der letzten Wintersession auf gutem Wege, indem die bisherigen Kriterien zur Bestimmung des Risikoausgleichs ab 2012 um einen Morbiditätsfaktor ergänzt werden sollen. Eine zweite wichtige Voraussetzung ist, dass die operativen Freiheiten der Netze respektiert werden. Das heisst zum Beispiel:

- Sie bestimmen selber, ob nur Grundversorger dazugehören oder auch Spezialisten und stationäre Einrichtungen.

- Es gibt keine Vorgaben zur Ausgestaltung der Verträge.

- Die Qualitätssicherung kann sich von unten nach oben entwickeln und wird nicht von oben verordnet.

- Allfällige Gewinne müssen im Vertragssystem bleiben, werden also zwischen den Mitgliedern des Netzes und den Managed-Care-Abteilungen der Versicherer aufgeteilt.

- Je mehr Budgetmitverantwortung ein Netz hat, desto freier ist es in der Gestaltung des Leistungskatalogs. Das kann bedeuten: mehr Spitex, um Spitalaufenthalte zu verhindern. Oder mehr Psychotherapie, um stationäre Psychiatrie zu verhindern.

Eine dritte wichtige Voraussetzung ist die monistische Spitalfinanzierung. Denn heute sparen die Kantone auf Kosten der Managed-Care-Systeme, wenn diese Spitalaufenthalte verhindern. Zum vierten wäre auch ein tieferer Selbstbehalt für Netzpatienten eine sinnvolle Fördermassnahme.

Welche Massnahmen taugen nicht zur Unterstützung von Ärztenetzen?

Jede Form von Obligatorien. Eine gesetzliche Verpflichtung zum Care Management wäre, wie wenn man alle Schlittler zum Skifahren verknurren würde. Managed Care muss man leben wollen. Deshalb gilt: Herzblut statt Obligatorien. Auch von einem differenzierten Taxpunktwert ist abzusehen. Denn höhere Taxpunktwerte für Netze bringen höhere Rechnungen und folglich mehr Selbstbehalt für die Patienten.

Für den Grossteil der Krankenversicherten dienen Ärztenetze beziehungsweise Hausarztmodelle in erster Linie dazu,



Jörg Fritschi

Med-swiss.net

Die Interessengemeinschaft der Ärztenetze und ihrer Partner umfasst rund 40 Mitglieder mit etwa 1500 ÄrztInnen. Sie versteht sich als Informationsdrehscheibe für Netzwerkarbeit, berät Ärztenetze, setzt sich für die Qualitätsentwicklung ein und nimmt die Interessen der Netze auf politischer Ebene wahr. Weitere Informationen: www.med-swiss.net.

«Viele alte Hausärzterträge
fokussierten aufs Geld,
die neuen Netzverträge sollen auf Qualität
fokussieren.»

Kosten zu sparen. Qualitätsaspekte werden kaum wahrgenommen.

Das stimmt – und dieses Bild muss umgehend korrigiert werden. Viele alte Hausärzterträge fokussierten aufs Geld, die neuen Netzverträge sollen auf die Qualität fokussieren. Das bedingt allerdings, dass gute Qualitätsarbeit – zum Beispiel Qualitätszirkel, Disease-Management-Programme, Guidelines – von den Kassen ange-

messen entlohnt wird. Dadurch entsteht eine eigentliche «Lust auf Qualität».

Wagen Sie eine Prognose: Wie hoch ist in fünf Jahren der Anteil der ÄrztInnen, die in Netzen engagiert sind?

Neben den gesetzlichen Rahmenbedingungen spielen zwei Faktoren eine wichtige Rolle für die weitere Entwicklung: Möglichst viele ÄrztInnen müssen ihre Angst vor der Ökonomie ablegen. Und möglichst viele Krankenversicherer müssen die Netze als gleichwertige Partner respektieren. Für beides sehe ich viele positive Anzeichen. Deshalb erachte ich es als realistisch, dass in fünf Jahren rund die Hälfte aller Grundversorger in Netzen eingebunden sind.

Interview: Urs Zanoni

Jacqueline S. Martin, Mechtild Willi Studer

Wir brauchen kompetente und visionäre Führungspersonen

Gerade in einer Zeit der Neuausrichtung in der Gesundheitsversorgung, die häufig begleitet ist von starker Unsicherheit, ist Leadership eine zentrale Kompetenz von Führungspersonen. In der Unternehmensführung wird grundsätzlich zwischen Leadership und Management unterschieden. Während Management Problemlösung auf kreative Weise und Optimierung von Bestehendem bedeutet, konzentriert sich Leadership darauf, den Wandel zu antizipieren und zu gestalten, um in turbulenten Zeiten effektive Leistungssteigerungen erzielen zu können. Leadership bedeutet auch, dass durch die glaubwürdige Darstellung einer Zukunftsvision und das Vorleben der zentralen Werte eines Unternehmens Sicherheit vermittelt wird und Energien freigesetzt werden. Dadurch werden die Mitarbeiter zu kreativem und initiativem Handeln inspiriert. Die Umsetzung von Leadership und Management im Führungsalltag ist deshalb gleichermaßen bedeutend.

Wir benötigen innovative und kreative Ansätze für eine gezielte Weiterentwicklung der Pflegepraxis. Die Veränderungen im Gesundheitswesen, wie die Zunahme von chronisch kranken, betagten und hochbetagten Menschen, knapper werdende Ressourcen sowie die Notwendigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit fordern die Disziplin Pflege heraus, ihre Leistungen neu auszurichten. Es gilt, unserer Bevölkerung eine qualitativ hochstehende, wirksame und kostenbewusste pflegerische Betreuung zu gewährleisten. Diese Neuausrichtung ist heute vielerorts ersichtlich und wurde 2001 durch die Befragung einer Gruppe von Meinungsbildnerinnen und Experten aus der Pflege und anderen Gesundheitsberufen in der Deutschschweiz bestätigt¹. Die Befragten gingen davon aus, dass eine patienten-, evidenz- und ergebnisorientierte Pflegepraxis dazu beitragen kann, den Herausforderungen der Zukunft proaktiv zu begegnen.

Bei dieser Weiterentwicklung nehmen die Führungspersonen der Pflege im Spital eine zentrale Stellung ein. Die Beiträge in dieser Ausgabe von Care Management befassen sich mit den künftigen Herausforderungen der Führungspersonen in der Pflege und mit innovativen Ausrichtungen von Dienstleistungen. Die Beiträge auf den folgenden Seiten zeigen mögliche Strategien und Unterstützungsmöglichkeiten in diesem Veränderungsprozess auf.

¹ Spirig, R, Petry, H, Kesselring, A, De Geest S. Visionen und Perspektiven für die Zukunft: Die Pflege als Beruf im Gesundheitswesen der Deutschschweiz. Pflege: Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe 2001;14(3): 141–151.

Jacqueline S. Martin
Pflege-Expertin, MNS
Programmleitung Leadership-
Entwicklung
Abteilung Klinische Pflegewissenschaft
Universitätsspital Basel

Mechtild Willi Studer
Leiterin Pflegedienst
Schweizer Paraplegikerzentrum Nottwil



Jacqueline S. Martin



Mechtild Willi Studer

Jacqueline S. Martin, Kurt Aldorf

Clinical Leadership: ein Ansatz zur Praxisentwicklung in der Pflege?

Ein neues Führungsmodell für leitende Angestellte in der Pflege zeigt vielversprechende Ergebnisse. Das Universitätsspital Basel bietet deshalb seit 2006 ein entsprechendes Programm für Clinical Leadership an, in Zusammenarbeit mit dem britischen Royal College of Nursing.

Demographische und epidemiologische Veränderungen, die verstärkte Forderung nach Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung fordern die Institutionen unseres Gesundheitswesens gleich auf mehreren Ebenen heraus. Vielerorts sind tiefgreifende Umstrukturierungen im Gange, denn Organisationen stehen in einer zunehmend vernetzten und instabilen Marktumgebung.

Diese Veränderungen erfordern Innovationen und neue Führungsmodelle [1, 2]. Um effektives Leadership in einer Organisation zu unterstützen, müssen stark hierarchische Führungsstile, bei denen die Planung und Kontrolle im Mittelpunkt stehen, angepasst werden. Gefragt sind Modelle, die eine dezentralisierte Entscheidungsfindung sowie die Bereitstellung von Informationen und unterstützenden Strukturen fördern. Es braucht Führungspersonen, die fähig sind, die Notwendigkeit des Wandels zu vermitteln und die aktuelle Praxis zu hinterfragen. Sie sollen eine Vision der Zukunft kreieren und neue Modelle zur Erbringung der Dienstleistung gestalten [1, 3]. Ein Führungsansatz, der diese Fähigkeiten unterstützt, ist die transformationale Führung, häufig auch Leadership genannt (siehe Glossar). Sie führt zum Aufbau kohärenter, flexibler und dadurch erfolgreicher Arbeitsteams [2, 4].



Jacqueline S. Martin



Kurt Aldorf

Vorteile des transformationalen Führungsstils

Eine Metaanalyse von Lowe, Kroeck und Sivasubramaniam über 38 Studien in unterschiedlichsten Arbeitsbereichen wie industrielle Betriebe, Gesundheitsinstitutionen, Lehrbetriebe und militärische Organisationen verdeutlicht, dass ein transformationaler Führungsstil mit einer höheren Arbeitseffektivität assoziiert ist [5]. Andere wissenschaftliche Auswertungen haben gezeigt, dass Führungspersonen mit einem transformationalen Führungsansatz zufriedener Mitarbeiter haben, die eine höhere Identifikation mit dem Arbeitsplatz aufweisen, ein grösseres Engagement zeigen und den Arbeitsplatz weniger häufig wechseln [6]. In einigen Untersuchungen konnten ausserdem die positiven Auswirkungen der Zufriedenheit und des Engagements von interdisziplinären Teams auf die Patientenzufriedenheit und Patientensicherheit nachgewiesen werden [7, 8].

Das Konzept des «Clinical Leadership Programme»

Das «Clinical Leadership Programme» (CLP) ist ein Praxisentwicklungsprogramm des Royal College of Nursing (RCN) in London, das aufgrund der eingangs beschriebenen Erkenntnisse aus Forschung und Praxis für Führungspersonen im Gesundheitswesen konzipiert wurde. Es befähigt Führungspersonen im mittleren und oberen Management zu einem patienten-, mitarbeiter-, evidenz- und resultatorientierten Führungsstil. Dieser klinisch orientierte Führungsstil beinhaltet eine Gesundheitsversorgung, die den Patienten ins Zentrum stellt und die therapeutischen und pflegerischen Handlungen auf eine solide Wissensbasis stellt. Das Programm weist eine Kombination von verschiedenen Methoden auf, die die Teilnehmenden im Prozess der Entwicklung von Leadership-Kompetenzen (siehe Glossar) unterstützen.

Das CLP setzt auf drei Ebenen an: Persönliche Entwicklung (1), Teamentwicklung (2) und Fachentwicklung (3). Stationsleitungen werden dabei unterstützt, eine Strategieplanung mit konkreten Aktionen für ihre Abteilungen zu erstellen und damit die Verantwortung für eine zielgerichtete und fachorientierte Entwicklung zu übernehmen,

sowie diese in Abstimmung mit ihren Organisationen einzuleiten. Das Programm dauert insgesamt 20 Tage über 12 Monate verteilt und wird im Rahmen von Referaten mit einem fachlichen Schwerpunkt, Einzelcoaching, Aktionslernen (siehe Glossar) und Workshops angeboten. Weitere wichtige Elemente sind das 360° Feedback (siehe Glossar), Patienteninterviews und Pflegebeobachtungen.

Eine umfassende Evaluationsstudie des CLP durch das RCN von 2001 bis 2003 mit sechzehn Institutionen aus

acht Regionen Englands zeigte eine signifikante Verbesserung der Leadership-Kompetenzen der involvierten Führungspersonen [9]. Die erworbenen Leadership-Strategien unterstützten die Teamausrichtung auf die übergeordneten Ziele der Organisation, was zu einer erhöhten Teameffektivität und dadurch Verbesserungen der Dienstleistungen beitrug.

Glossar

- **Leadership/transformationale Führung:** Der Fokus richtet sich auf die Initiierung und Gestaltung des organisatorischen Wandels als zentrale Führungsaufgabe. Das beinhaltet die Umsetzung von Visionen in strategieorientierte Aktionen. Basis der Führungseffektivität ist die charismatische Einflussnahme, intellektuelle Stimulierung und persönliche Beziehungsqualität.

- **Leadership-Kompetenzen** sind beobachtbar und erlernbar und lassen sich nach Kouzes und Posner (2003) in 5 Dimensionen einteilen:

1. Die Führungsperson ist sich ihrer eigenen Wertvorstellungen und Überzeugungen bewusst. Sie ist ein Vorbild und steht für ihre Überzeugungen und Werte ein.

2. Die Führungsperson hat ein klares Bild von möglichen Entwicklungen innerhalb ihrer Organisation und inspiriert andere zu einer gemeinsamen Vision.

3. Die Führungsperson hält Ausschau nach Chancen und innovativen Methoden, um zu verändern, zu wachsen und zu verbessern. Die Anerkennung kleiner Erfolge und die Auszeichnung erreichter Leistungen ermutigt die Mitarbeitenden, selbst die grössten Herausforderungen zu bewältigen.

4. Die Führungsperson fördert die Zusammenarbeit durch Unterstützung kooperativer Ziele und Aufbau von Vertrauen. Sie stärkt andere durch die Beteiligung an Macht und Entscheidungskompetenz.

5. Die Führungsperson anerkennt individuelle, hervorragende Leistung, feiert die Ergebnisse und die Erfolge und schafft dadurch einen Gemeinschafts- oder Teamgeist [10].

- **Aktionslernen** ist Lernen über die reflektierte Erfahrung in Kleingruppen; dadurch werden Problemlösungsprozesse mit Lernprozessen verbunden.

- **360°-Feedback** ist ein systematisches Rückmelde-Verfahren aus dem Umfeld einer Führungsperson (z.B. Vorgesetzte, Mitarbeiter, Kollegen und Kunden). Auf diese Weise können unterschiedliche Perspektiven zum Führungsverhalten erfasst werden.

Die Umsetzung in Basel

Um eine Kompetenzentwicklung in transformationaler Führung und dadurch die Entwicklung der klinischen Praxis gezielt zu unterstützen, bietet die Abteilung Klinische Pflegewissenschaft (KPW) in Zusammenarbeit mit der Abteilung Personal- und Organisationsentwicklung am Universitätsspital Basel seit Herbst 2006 ein Leadership-Programm an, das an die schweizerischen Verhältnisse adaptiert worden ist. Es wird in Lizenz des Royal College of Nursing durchgeführt. Da das RCN nur Institutionen lizenziert, welche eine Verbindung zur Akademie garantieren, bietet die KPW mit ihrer akademischen Einbindung ins Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel ideale Bedingungen.

Erste Erfahrungen

Die acht Teilnehmenden dieses ersten Kurses sind erfahrene Stationsleitende mit mehrheitlich langjähriger Führungserfahrung und einem fundierten, jedoch heterogenen Ausbildungsniveau. Sie erlebten das Programm als hilfreiche und praxisbezogene Unterstützung, aber auch als sehr kompakt und anspruchsvoll. In der Anfangsphase müssen die Führungspersonen innerhalb ihrer eigenen Organisationen verschiedene Aufgaben in einem knappen Zeitrahmen erledigen. Solche Aufgaben sind zum Beispiel Pflegebeobachtungen, Interviews mit Patientinnen und Patienten sowie das Einholen des 360-Grad-Feedbacks. Diese Aufträge werden als zeitaufwendig, aber gewinnbringend wahrgenommen, da mögliche Ansätze für die eigene Entwicklung sowie die der klinischen Praxis aufgezeigt oder bestätigt werden. Die Ergebnisse aus dem 360-Grad-Feedback und die anschliessende Reflexion bilden die individuelle Grundlage für den Einstieg

Im Programm wird deutlich,
dass nachhaltige Entwicklungen
im Gesundheitswesen
nur durch eine gezielte Integration aller
Beteiligten zu realisieren sind.

in das Einzelcoaching der Teilnehmenden. Hierbei werden Stärken und Entwicklungspotentiale gezielt bearbeitet und persönliche Entwicklungsprozesse ausgelöst. Die Resultate aus den Pflegebeobachtungen und Patienteninterviews dienen der Analyse des eigenen Praxisfeldes, um entsprechende Interventionen einleiten zu können. Zusätzlich werden auf Grund von ExpertInnenbefragungen fachliche Diskussionen zu Trends und Entwicklungen geführt, die zur strategischen Ausrichtung der Organisationseinheiten führen. Dabei werden nicht nur disziplinäre Aspekte betrachtet, sondern im zunehmenden Mass auch die Potenz der interdisziplinären Zusammenarbeit erkannt und konkret realisiert. Im Programm wird deutlich, dass nachhaltige Entwicklungen im Gesundheitswesen nur durch eine gezielte Integration aller Beteiligten zu realisieren sind.

Ausblick

Um die vielversprechende klinisch orientierte Führung zu den Pflegefachpersonen in die verschiedensten Institutionen des Gesundheitswesens in der Schweiz zu bringen, ist die Abteilung Klinische Pflegewissenschaft daran interessiert, das Leadership-Programm in der deutschsprachigen Schweiz zu verbreiten. Eine mögliche Kooperation mit der Fachhochschule Zürich (Departement Gesundheit), Standort Winterthur, ist in diesem Zusammenhang in Abklärung. Für 2008 ist ein erster externer Kurs geplant.

Literatur

- 1 Dixon DL. Achieving results through transformational leadership. *J Nurs Adm.* 1999. 29(12):17–21.
- 2 Sofarelli D, Brown D. The need for nursing leadership in uncertain times. *J Nurs Manag.* 1998. 6(4):201–7.
- 3 Porter-O'Grady T. A different age for leadership, part 2: new rules, new roles. *J Nurs Adm.* 2003. 33(3):173–8.

- 4 Manojlovich M. The effect of nursing leadership on hospital nurses' professional practice behaviors. *J Nurs Adm.* 2005. 35(7-8):366–74.
- 5 Lowe KB, Kroeck KG, Sivasubramaniam N. Effectiveness correlates of transformational and transactional leadership: a meta-analytic review of the MLQ literature. *Leadership Quarterly.* 1996. 7(3):385–425.
- 6 Laschinger HK et al. Leader behavior impact on staff nurse empowerment, job tension, and work effectiveness. *J Nurs Adm.* 1999. 29(5):28–39.
- 7 Houser J. A model for evaluating the context of nursing care delivery. *J Nurs Adm.* 2003. 33(1):39–47.
- 8 Xirasagar S, Samuels ME, Stoskopf CH. Physician leadership styles and effectiveness: an empirical study. *Med Care Res Rev.* 2005. 62(6):720–40.
- 9 Large S et al. A Multiple Case Study Evaluation of the RCN Clinical Leadership Programme in England. 2005 [cited 15.05.2006]; Available from: www.rcn.org.uk/publications/#m.
- 10 Kouzes JM, Posner BZ. *Leadership Practices Inventory: Facilitator's Guide.* 3. ed. San Francisco: Pfeiffer; 2003.

Jacqueline S. Martin
MNS. Programmleitung Leadership-Entwicklung
Abteilung Klinische Pflegewissenschaft
Universitätsspital Basel
Hebelstrasse 10
4031 Basel
jmartin@uhbs.ch

Kurt Aldorf
Dipl. Pädagoge
Abteilung Personal- und Organisationsentwicklung
Universitätsspital Basel
Klingelbergstrasse 23
4031 Basel
kaldorf@uhbs.ch

Interview mit Regula Jenzer und Rolf Zehnder

«Die Pflege braucht Entscheidungsspielraum»

Pflegefachleute plädieren für die Mitsprache und Mitverantwortung der Pflege in der Spitalleitung. Im folgenden Interview diskutieren eine Direktorin Pflege und ein Spitaldirektor über die Bedeutung der Führung in der Pflege und ihre Positionierung.

Die Gesprächsteilnehmer sind **Regula Jenzer**, Präsidentin der Schweizerischen Vereinigung der Pflegedienstleitungen (SVPL) und Direktorin der Pflegedienste Gesundheitsnetz Wallis (Spital Wallis) und **Rolf Zehnder**, Direktor Spital Männedorf.

Care Management: *Weshalb ist die Positionierung der Pflege in der Spitalleitung für Sie ein so wichtiges Anliegen?*

Regula Jenzer: Die Pflegedienstleitung hat die Führungs- und Fachverantwortung der Pflege und ist damit mitverantwortlich für den Gesamtbetrieb des Spitals. Die Mitsprache in der Spitalleitung braucht es, damit die Pflegedienstleitung die strategischen Entscheidungen, die dort gemeinsam mit der Direktion getroffen werden, in ihrem Bereich vertreten und umsetzen kann. Ansonsten hat sie keinen Entscheidungsspielraum und kann ihre Verantwortung nicht vollumfänglich wahrnehmen. Ein Beispiel ist die Mitverantwortung für die Zielerreichung des Gesamtunternehmens: Es ist unabdingbar, dass die Pflegedienstleitung beim Budget mitreden kann und in ihrem Bereich die Budgetverantwortung trägt. Auch sollte es in ihrer Kompetenz liegen, die Ressourcen so zu verteilen, dass sie ihren Auftrag effizient und effektiv erfüllen kann.

Ihr Ziel ist also mehr Entscheidungskompetenz für die Pflege?

Jenzer: Nein, es geht mir nicht um mehr Kompetenzen, sondern darum, dass die Verantwortung und die Kompetenzen einer Pflegedienstleitung übereinstimmen. Wie bereits erwähnt, hat das «Funktionieren» des Pflegedienstes prägende Auswirkungen auf das Gesamtspital, denn die Pflege gehört zu den Kernaufgaben eines Spitals. Deshalb sollte es normal sein, dass die oberste Führungsperson der Pflege in der Spitalleitung vertreten ist.

Sind Sie als Spitaldirektor an einer starken Position der Pflege interessiert?

Rolf Zehnder: Ja, denn es braucht jemanden, der die Prozesse im Spital koordiniert. Das ist im Alltag sehr häufig die Pflege, weil die Ärzte ihre Kernaufgaben stärker im medizinisch-fachlichen und weniger im prozessorientierten Bereich sehen. So wie die Spitäler strukturiert sind, ist

die Pflege ein massgebender Faktor, damit der Betrieb überhaupt funktioniert. In vielen Spitälern nimmt die Pflege letztlich viele Koordinationsfunktionen des Gesamtbetriebs wahr.

Also gehört die Pflege in die Spitalleitung?

Zehnder: Mir geht es vor allem darum, in der Spitalleitung Leute zu haben, die etwas vom Business verstehen und die sich verantwortlich fühlen, in der Spitalleitung getroffene Entscheide im Alltag umzusetzen. Ich muss Vertrauen haben und ich brauche einen «Transmissionsriemen» von der Spitalleitung in den Spitalalltag. Deshalb kann ich mir schwer vorstellen, dass die Pflege nicht in der Spitalleitung vertreten ist. Es geht aber auch darum, den Betrieb nachhaltig aufrechtzuerhalten und die Kosten im Griff zu haben. Längerfristig kann ich diese Ziele in der stationären Patientenbetreuung kaum umsetzen, wenn ich die Pflege als nicht relevant betrachte.

Kann die Pflegepraxis von einer starken Pflegevertretung in der Spitalleitung profitieren?

Jenzer: Ja, da bin ich sicher, denn so kann die Entwicklung der Pflege und die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Spital gefördert und gestärkt werden. Schlussendlich geht es darum, motiviertes und zufriedenes Personal zu haben, um den Patienten eine qualitativ hochstehende Pflege bieten zu können.

Zehnder: Als Spitaldirektor interessiert es mich nicht so sehr, ob die Pflegepraxis profitiert, sondern vielmehr, was der Patient davon hat. Entscheidend ist der Output: Wie gut geht es dem Patienten? Die zweite Frage ist, wie gut und effizient ist der Gesamtbetrieb und wie nachhaltig kann der Betrieb aufrechterhalten werden? Spätestens hier spielt der Faktor, wie gut es der Pflege geht, eine wichtige Rolle. Wenn es der Pflege schlechtgeht in meinem Betrieb, dann werde ich längerfristig ein Problem haben, genügend Pflegepersonal zu finden, vor allem, wenn die Konjunktur anzieht.



Regula Jenzer



Rolf Zehnder

In den Spitälern ist eine Abkehr von der Pflegevertretung in der Spitalleitung zu beobachten. Was hat die Pflege falsch gemacht?

Jenzer: Ich bin nicht sicher, ob tatsächlich eine Abkehr von diesem Modell stattfindet. Vor zwei Jahren erhielt die

Um eine gute Ergebnisqualität zu erzielen,
müssen die Prozesse gesichert sein.
Und dies ist gewährleistet, wenn die Pflege
in die Spitalleitung integriert ist.
(Regula Jenzer)

Schweizerische Vereinigung der Pflegedienstleitungen den Auftrag, diese Frage abzuklären. Ich bin dem nachgegangen, fand aber keine Bestätigung. Der Punkt ist vielmehr, dass manchmal versucht wird, Personalprobleme durch strukturelle Anpassungen zu lösen. Das kann dazu führen, dass bei Unstimmigkeiten die Pflegedienstleitung aus der Geschäftsleitung ausgeschlossen wird. Aber von einer Abkehr möchte ich auf keinen Fall sprechen und schon gar nicht davon, dass die Pflege etwas falsch gemacht hat.

Zehnder: Ich kann nicht beurteilen, ob und wie stark eine solche Abkehr tatsächlich stattfindet. Es gibt aber sicher Pflegeleitungen, die ein eher gewerkschaftliches Selbstverständnis haben im Sinn von «Vertretung der Basis in der Spitalleitung». Die Geschäftsleitung bekommt dann den Eindruck, dass die Pflegedienstleitung die Unternehmensziele zuwenig mitträgt und stattdessen vermehrt Forderungen stellt. Etwas überspitzt kann man sagen, wenn ich als Spitaldirektor meine Pflegedienstleitung aus der Geschäftsleitung hinauswerfe, habe ich die falsche Pflegedienstleitung eingestellt, beziehungsweise führe sie falsch und löse dieses Problem vermeintlich, indem ich einen strukturell unsinnigen Entscheid treffe.

Wie sollte die ideale Führungsstruktur in einem Spital aussehen?

Jenzer: Noch vor einiger Zeit war ich eine Vertreterin des Drei-Bein-Prinzips, also Geschäftsleitung, Ärzte und Pflege. Heute denke ich, es ist viel entscheidender, dass die Führungsstruktur zur Spitalkultur passt. Ist dies nicht der Fall, lässt sich erfahrungsgemäss nicht gut zusammenarbeiten. Egal, ob man horizontale oder vertikale Strukturen hat, entscheidend ist, wo welche Entscheide getroffen werden. Weiter vorausgeschaut wird sicher die Behandlungskette zu einem wichtigen Thema und da wird es auch zahlreiche Neuerungen geben. Man wird vermehrt in interdisziplinären Teams zusammenarbeiten, und zwar von zuoberst bis zuunterst in der Hierarchie. Sonst kann die Pflege ihren Auftrag nicht erfüllen, davon bin ich überzeugt.

Zehnder: Mir scheint wichtig, dass die Führungsstruktur adäquat ist zur Betriebsgrösse. Je kleiner ein Spital ist, um so personenabhängiger sind solche Fragestellungen. Die ideale Führungsstruktur muss den Spagat machen können zwischen Prozessorganisation und Expertenorganisation. Wir haben im Spital zunehmend Fachspezialisten, vor allem im ärztlichen Bereich, aber auch medizintechnischen, pflegerischen und technischen Bereich. Und gleichzeitig haben wir die lebenswichtigen Spitalprozesse. In diesem Spannungsfeld befindet sich jede Spitalleitung, sie muss die Prozesse strukturieren und die Experten so einbinden, dass es für sie stimmt.

Es ist aber auch eine Frage der Unternehmenskultur. Wenn sich die Betreffenden einig sind über eine sehr direktorale, hierarchische Kultur, kann das sehr gut funktionieren. Das gilt auch, wenn die Leute sehr teamorientiert arbeiten und davon ausgehen können, dass jeder sein Bestes gibt und alle die gleichen Zielvorstellungen haben. Eine Führungsstruktur ist dann ideal, wenn sie konsistent

Als Spitaldirektor habe ich
grosses Interesse an einer starken Position
der Pflege. Es braucht jemanden,
der die Prozesse im Spitalalltag koordiniert.
(Rolf Zehnder)

ist und von den Beteiligten gleichartig verstanden und gelebt wird.

Hat die Einbindung der Pflege in die Spitalleitung auch Auswirkungen auf die Anliegen von Managed Care?

Jenzer: Um eine gute Ergebnisqualität zu erzielen, müssen die Prozesse gesichert sein. Und dies ist gewährleistet, wenn die Pflege in die Spitalleitung integriert ist. In der zukunftsorientierten Pflege auf Tertiärstufe sind es die diplomierten Pflegefachleute, die verantwortlich sind für die Koordination der Prozesse rund um den Patienten. Sie sind die eigentlichen Schlüsselfiguren und von daher ist es selbstverständlich, dass die Pflege integriert sein muss.

Zehnder: Managed-Care-Modelle, die gut funktionieren, sind darauf angewiesen, dass die Koordination klappt zwischen Spital und externer Behandlung. Und da stellt sich die Frage, wer das koordiniert. Es braucht erstens einen Konsens darüber, dass dies koordiniert werden muss, und zweitens muss die Koordination auch umgesetzt werden können. Dabei gilt wieder, alle Verantwortlichen müssen miteinbezogen sein. Die Koordination ist entscheidend, und da findet von mir aus gesehen eine spannende Entwicklung statt.

Interview: Karin Diodà

Leo Bürki, Managementzentrum Berner Fachhochschule TI

Systemische Prinzipien bei der Führung im Pflegebereich

Die Pflege ist eine unentbehrliche Stütze im Spitalbetrieb – und wird dies auch bleiben. Die vielfältige Geschichte, die hohe Identität und gewachsenen Strukturen sind heute aber oft ein Problem für Weiterentwicklungen. Pflegeleitungen werden zunehmend mit neuen Herausforderungen konfrontiert. Dies beansprucht Arbeitszeit und verändert den Tagesablauf.

Mit dem allgemeinen Ökonomisierungstrend im Gesundheitswesen geht die Verschiebung der patientenbezogenen Führungsfähigkeiten in Richtung ganzheitliches Management. «Nichts als administrativer Ballast» sagen viele. Auf die Frage «Was ist wichtig am Führungsstil der Pflege?» antworten Pflegeleitungen meist mit: «Die Pflege kann und darf nicht einseitig auf ökonomische Ziele ausgerichtet werden, wie das sonst in der Wirtschaft der Fall ist!» Einseitige Zielformulierungen sind ungeeignet für ganzheitliche und nachhaltige Erfolge, das ist richtig! Einseitigkeit ist aber nicht nur ein Problem von CEOs, auch Pflegeleitungen müssen darüber nachdenken. Die drei skizzierten systemischen Ansätze bieten einen Diskussionsbeitrag zur Stärkung der Pflege im Spitalsystem.

Das «Not-Invented-Here-Syndrom» ist ein ausgeprägtes Denkmuster bezüglich neuer Führungsprinzipien im Gesundheitswesen: Bei uns ist alles ganz anders! Andererseits werden beispielsweise für die Systemik [1] oft Führungsprinzipien aus der medizinischen Forschung abgeleitet: Krebs-, Neuro-, Psychologieforschung, Biomedizinische Kybernetik usw. Im Folgenden werden drei Ansätze vorgestellt: «Four-Drive-Modell», «Komplexitätsmanagement» und «Systemisches Projektmanagement». Diese werden in unterschiedlichsten Organisationen eingesetzt und werden hier auf das «Pflegemanagement» adaptiert.

Das «Four-Drive-Modell»

Das behavioristische Weltbild geht davon aus, dass wir alleine die Schmiedinnen und Schmiede für unser Glück seien und wir selber definieren müssten, was «Erfolg» für uns bedeutet. Dass dem nicht so ist, zeigt eine vielbeachtete Studie der beiden Harvard-Professoren

Lawrence und Nohria [2]: Wir besitzen in den Genen vordefinierte «Zielformulierungen». Interessant ist, dass diese genetischen Zielvorgaben unabhängig von Kulturen sind. Vier übers Kreuz wirkende Triebe bestimmen unseren Erfolg (Abb. 1): «to acquire» (erwerben, schöpfen), «to bond» (einbinden, verpflichten), «to learn» (lernen, erfahren), «to defend» (verteidigen, sich wehren)!

Der Erwerbstrieb ist befriedigt, wenn wir besser als andere sind, uns differenzieren oder uns über materielle Güter profilieren können. Diesem steht der Bindungstrieb gegenüber: Menschliche Wechselwirkungen, Empathie, Familie, Organisation usw. Interessant ist, dass die beiden Bestrebungen nicht in einer selbstregulierenden Wechselwirkung zueinander stehen. Wir verfallen tendenziell in die Entwicklungsfalle «more of the same». Wenn also jemand wirtschaftlich sehr erfolgreich ist, dann besteht die Gefahr, dass zu wenig in Bindungen investiert wird. Und jene, die sich über Vernetzung profilieren, sind oft ökonomisch nicht so erfolgreich. Im selben Zielkonflikt stehen die beiden anderen Triebe: Der Lern-



Leo Bürki

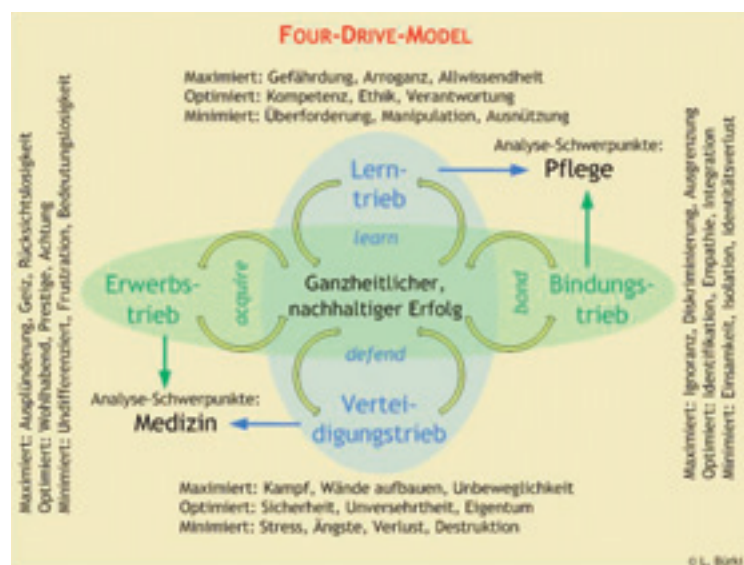


Abb. 1 Four-Drive-Modell angewandt auf Pflege und Medizin.

und der Verteidigungstrieb. Wer innovativ ist, neigt dazu, sich zu wenig abzusichern. Und solche, die es verstehen, sich gut abzusichern, haben oft Probleme, sich weiter zu entwickeln.

Der Ansatz wurde nun aber nicht nur auf einzelne Individuen angewandt, sondern auch auf Unternehmen. Die beiden Forscher konnten nachweisen, dass erfolgreiche Unternehmen es verstehen, die vier Triebe in dynamischer Balance zu halten. Und gescheiterte Unternehmen oft starke Einseitigkeiten aufwiesen.

Wenn wir also wieder auf die eingehend gestellte Frage zurückkommen, dann ist die einseitige Ausrichtung der Führung auf Geld und Profit eine Gefährdung der ganzheitlich-nachhaltigen Leistungsfähigkeit einer Unternehmung: Beziehungsnetze verkümmern, Lernen und Weiterentwicklung sind gefährdet und die Unternehmung ist verletzlich wegen mangelnder Absicherung.

Das Modell wurde auch in Spitälern eingesetzt, um deren «Gesundheit» zu beurteilen. Dabei zeichnete sich ein generelles Muster ab (was kaum überrascht): Die Pflege ist fokussiert auf lernen und verbinden, die Medizin komplementär dazu auf absichern und erwerben (strukturierte Beobachtungen in vier Schweizer Spitälern).

Im Spitalalltag kommen also alle vier Motivationsbereiche komplementär zum Tragen, was sicherlich eine Erklärung für die hohe Leistungsfähigkeit ist. Was aber bedeutet das für die einzelnen AkteurInnen? Wenn sich die Pflege über den medizinischen Erfolg (acquire) und deren professionellen Dominanz (defend) freuen kann, dann besteht kein Handlungsbedarf (gegenseitige Achtung, Vertrauen). Wir sind uns aber sicher einig, dass dem meist nicht so ist! Und darum sollte die pflegerische Führung komplementäre Entwicklungen einleiten. Das würde beispielsweise heissen, dass die Pflege sich in der Spitalleitung besser positioniert, los lassen lernt, um neue Aufgaben aufzubauen, zielorientierter wird, Unzufriedenheiten durch Führung und Entscheidung überwindet, eigene Position als Partner der Medizin erarbeitet (Pflegekompetenzen) und Definition Medizin/Pflege klärt: Warum existieren praktisch keine dualen Führungsmodelle in Spitälern?

Komplexitätsmanagement

Das Spannungsfeld zwischen individueller und institutioneller Komplexität [3] ist ein weiteres wichtiges Thema, dem sich die Führung in der Pflege annehmen sollte.

Im Spital funktioniert die Pflege oftmals nach dem «Fluglotsen-System» (Abb. 2). Das heisst,

die wachsende Komplexität wird auf die Pflegenden abgewälzt. Wie die Fluglotsen müssen (wollen) sie alles im Griff haben und kontrollieren: Alle Flughäfen haben andere Systeme und haben lange Einarbeitungszeiten zur Folge. Überforderungen in kritischen Situationen können, wie die Katastrophe von Überlingen gezeigt hat, schreckliche Folgen haben. Eine zu hohe individuelle Komplexität verringert die Durchlässigkeit, führt zu permanenter Überlastung und endet oft in einem Personenkult! Intelligente Organisationen gehen mit Komplexitätszuwachs anders um: Sie wälzen diese nicht einseitig auf Individuen ab, sondern entwickeln parallel die institutionelle Komplexität. Das Strassensystem ist eine hoch komplexe Institution (viele Kilometer, viele Kreuzungen, viele Teilnehmer – bezüglich Bewegungen sind Flughäfen dazu banal). Die Individuen handeln unabhängig, jedoch mit klaren und relativ einfachen Grundregeln – nach Möglichkeit wird die individuelle in eine institutionelle Komplexität überführt. Ein eindrückliches Beispiel ist der Kreisvortritt: Die Komplexität der Vortrittsregeln konnte reduziert und über die Institution der Verkehrsfluss stark erhöht werden.

Die Pflege sollte deshalb reflektieren, welches Gleichgewicht zwischen Pflegenden (damit diese handlungsfähig und motiviert bleiben) und Standards, bzw. abgegebener Aufgaben (damit neue Aufgaben übernommen werden können) vorhanden ist. Als Beispiel die Medikamentenzubereitungen in der Onkologie: Die sehr heikle Abgabe mit komplexen Wechselwirkungen der Medikamente

Wachsende Komplexität	Fluglotsen Pflege	AutofahrerInnen Onkologie Medikament-Zubereitungen
	Schachspieler	Fussballspieler
Stabile oder Abnehmende Komplexität	Individuelle Komplexität	Institutionelle Komplexität

Individuelle Komplexität: Fluglotsen, konventionelles Top-Management
Vorteile: Effiziente & konzentrierte Lokalisierung der Komplexität. Verantwortlichkeiten klar.
Konsequenzen: höchste Anforderungen, höchster Grad an Abhängigkeit. Stark fehleranfällig.
Managementaufgabe: Volle Verantwortung für interne und externe Entwicklungen. Omnipräsenz und „treibende Kraft“ für fehlende „Selbstregulation und Innovation“. Umsetzung basierend auf struktureller Macht.

Institutionelle Komplexität: Autofahrer, Team, Partnerschaften
Vorteile: Flexibilität, Innovation & Anpassungsfähigkeit in Gesamtorganisation. Selbstorganisierend.
Konsequenzen: Keine klaren Verantwortlichkeiten. Nicht autoritär fahrbar. Hohe MA-Anforderungen.
Managementaufgabe: Netzwerkmanagement mit aktivem Komplexitätsmanagement (Komplexitätsreduktion auf individueller Ebene - Komplexitätsentwicklung auf institutioneller Ebene).

© L. Burki

Abb. 2 Komplexitätsmanagement – Reduktion individueller Komplexität.

wurde an die Spitalapotheke delegiert. Verpflegungsservice: In kritischen Ernährungsbereichen ist ein Outsourcing falsch, in anderen aber Abteilungen sinnvoll. An Aufgaben festzuhalten, die nicht mehr zeitgemäss sind, erhöht die Komplexität unnötig und verhindert den Aufbau lohnender und innovativer Pflegeaufgaben. Weiterentwicklung ist nur durch dynamischen Umgang mit Komplexität möglich.

Systemisches Projektmanagement

In Projekten mit Pflegenden stosse ich immer wieder auf das Problem, dass Ziele nicht transparent genug formuliert wurden. Oft werden die Projekte direkt aus aktuellen Problemen heraus initialisiert (Personalmangel, Konflikte, Einführung neuer Standards, Qualitätsanforderungen usw.). Oft haben diese einen sehr beschränkten Wirkungsbereich (Team oder Abteilung). Parallel dazu finden in anderen Abteilungen ähnliche Bestrebungen statt. Die Führung der Pflege hat deshalb mit wachsender Brisanz (Ressourcen) die Aufgabe, mehr «Reichweite» mit geeigneten Projektspielregeln zu erreichen. Noch anspruchsvoller wird es, alle laufenden Projekte auf ein gemeinsames strategisches Pflegeziel hin auszurichten. Dazu eignen sich systemische Ansätze ganz besonders, da die Projekte immer in rückgekoppelten Wechselwirkungen zu einander stehen: Systemisches Multiprojektmanagement vernetzt Aktivitäten auf eine gemeinsame Zielerreichung hin.

Die drei exemplarisch skizzierten Prinzipien zeigen, dass nicht nur «bei den anderen Führungskräften» Handlungsbedarf besteht und dass diese komplementäre Wechselwirkungen zeigen: Wenn das Motivationsgleichgewicht (Four-Drive-Modell) nicht verändert wird, dann ist auch ein sinnvolles Komplexitätsmanagement schwierig. Und wenn die Komplexität nicht behandelt wird, hat das auch Konsequenzen auf die Projekte (individuelle vs institutionelle Komplexität). Und wenn die Projekte strategisch nicht gesteuert werden und diese nur geringe Reichweiten erzielen, dann folgt das bekannte «More-Of-The-Same-Muster»: Sich dort profilieren, wo Stärken vorhanden sind, die anderen Bereiche werden ausgeblendet. Die negativen Folgen kennen wir, sie reduzieren die Attraktivität dieser so wichtigen Aufgaben der Pflege! Aber auch das Image der Pflegeleitenden wird zuneh-



Abb. 3 Systemisches (Multi-)Projektmanagement für mehr Reichweite im Spital.

mend kritisiert werden, wenn die Einseitigkeit nicht überwunden wird – ähnlich wie bei den einseitig geldbesessenen Wirtschaftskapitänen.

Literatur

- 1 Ninck A, Bürki L, Hungerbühler R, Mühlemann H. Systemik – Vernetztes Denken in komplexen Situationen. 4. Auflage. Zürich: Orell Füssli 2004.
- 2 Lawrence PR, Nohria N. Driven – how human nature shapes our choices. San Francisco: Wiley 2002.
- 3 Heywood S, Spungin J, Turnbull D. Cracking the code of complexity. London: McKinsey Quarterly 2007.

Prof. Leo Bürki
BSK-Organisationsentwicklung
Mottastrasse 12b
CH-3005 Bern
buerki.leo@bluewin.ch / www.bsk-org.ch

Markus Wittwer

Auswirkungen von DRG auf Führungspersonen in der Pflege

Die Einführung der DRG wird den wirtschaftlichen Druck in den Spitälern weiter erhöhen. Die Pflege leistet einen wesentlichen Beitrag zum Behandlungserfolg, der aber häufig kaum objektivierbar ist. Gleichzeitig ist die Pflege einer der grössten Kostenfaktoren im Spital. Es ist absehbar, dass sich die Diskussion über die Höhe dieser Kosten verschärfen wird. Führungspersonen in der Pflege sind gefordert, ihren Pflegedienst proaktiv auf diese Veränderungen vorzubereiten.

Erfahrungen aus Deutschland

Die Einführung der DRG hat in Deutschland zu einer wesentlichen Verkürzung der Aufenthaltsdauer geführt. Parallel dazu wurden zahlreiche Spitäler geschlossen und der Personalbestand in der Pflege um 15–25% reduziert. Die starke Privatisierung von Spitälern führte zudem zu teilweise massiven Lohnkürzungen. Gleichzeitig wurden im ärztlichen Bereich deutlich mehr Stellen geschaffen. Der Druck, die Abläufe zu optimieren, ist erheblich gestiegen.

Abbildung der Pflegeleistungen in DRG

Die bisher bekannten DRG-Modelle bilden Pflegekosten nur ungenügend ab. Diese Tatsache erstaunt, da 20–60% der Behandlungskosten bei stationären Patienten bei der Pflege anfallen. Im Projekt Swiss-DRG wurde entschieden, die Pflegekosten mit einem fallbezogenen Leistungserfassungssystem (z.B. LEP®, PRN®) abzubilden. Dies ist ein erster Schritt in die richtige Richtung. Problematisch ist jedoch, dass der Pflegeaufwand innerhalb gleicher DRG erheblich schwanken kann (Abb. 1).

Studien zeigen, dass mit zunehmendem Alter der Patienten der Pflegeaufwand tendenziell steigt und Ausreisser häufiger werden. Auch andere Merkmale wie das Geschlecht und die soziale Einbindung können eine wesentliche Rolle spielen. Dieser Mehraufwand wird mit den heutigen DRG-Modellen nicht vergütet. Es besteht ein Risiko, dass die Aufnahme von potentiell pflegeaufwendigen Patienten wenn möglich vermieden wird.

Zur Zeit werden verschiedene Lösungen diskutiert, die dazu führen sollten, Pflege leistungsgerecht abzubilden. Ein mögliches Modell wäre die Festlegung von Normbereichen für den Pflegeaufwand (z.B. LEP®-Minuten) innerhalb einer bestimmten DRG. Abweichungen von diesem Wert würden mit Zuschlägen, analog zur verlängerten Aufenthaltsdauer, vergütet.

Die Berufsverbände sind gefordert, sich für eine leistungsgerechte Vergütung der Pflege einzusetzen.



Markus Wittwer

Beitrag der Pflege zum Behandlungserfolg

Die Vergütung über Fallpauschalen wird die Diskussion über die Verteilung der Gelder innerhalb des Unternehmens verschärfen. Die Pflege wird noch vermehrt dazu aufgefordert sein, ihren unverzichtbaren Beitrag zum Behandlungserfolg aufzuzeigen. Die Pflege soll ihre Leistungen möglichst effizient erbringen und trotzdem eine individuelle und bedarfsgerechte Pflege anbieten können.

Im Kantonsspital Winterthur wird zurzeit eine elektronische Pflegedokumentation entwickelt, die auf einem wissenschaftlich überprüften Assessmentinstrument aufbaut. Der Pflegebedarf wird objektiv eingeschätzt. Über eine Verknüpfung des Assessments mit Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen werden die Pflegenden in der Erstellung der Pflegeplanung unterstützt. Die Ergebnisse werden systematisch überprüft und dargestellt. Im Vor-

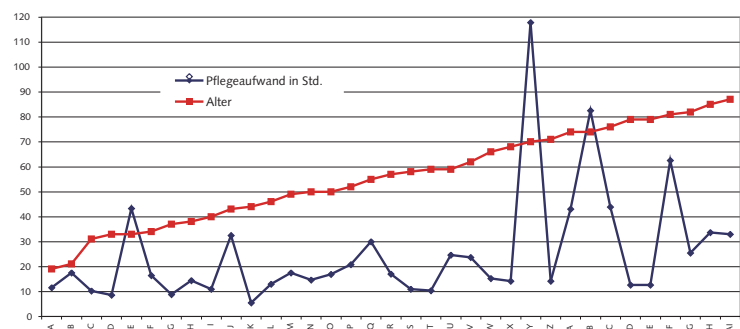


Abb. 1 Pflegeaufwand bei DRG-Pneumonie ohne Komplikationen.

Wissenschaftlich entwickelte Instrumente können einen Beitrag leisten, Leistungen gezielt zu erbringen und eine von subjektiven Kriterien geleitete Rationierung zu vermeiden.

dergrund steht dabei, dass sowohl eine Unter- wie auch eine Überversorgung vermieden wird. Das Planungsinstrument wird in einem zweiten Schritt durch die Abbildung von Pflegepfaden ergänzt werden.

Durch die Reduktion der Aufenthaltsdauer wird sich die Frage akzentuieren, welche gesundheitlichen und psychosozialen Probleme für die Dauer des Spitalaufenthalts relevant sind und effektiv angegangen werden können bzw. sollen. Wissenschaftlich entwickelte Instrumente können einen Beitrag leisten, Leistungen gezielt zu erbringen und eine von subjektiven Kriterien geleitete Rationierung zu vermeiden.

Optimierung der Leistungserbringung

Die Pflege kann einen wesentlichen Beitrag zur Optimierung der Abläufe leisten. Im Vordergrund steht dabei die Verantwortung im Austrittsmanagement. Die Pflegefachperson hat als Prozessverantwortliche die Aufgabe, die Tätigkeiten der verschiedenen Beteiligten zu koordinieren. Sie kontrolliert auch, ob die für den Austritt nötigen Vorbereitungsaufgaben erledigt wurden.

Dazu müssen in der elektronischen Patientendokumentation Assessmentinstrumente zur Verfügung stehen, die frühzeitig eine zuverlässige Prognose bezüglich poststationärem Pflegebedarf zulassen. Unnötig lange Aufenthaltszeiten, die aufgrund falscher oder verspäteter Austrittsplanung entstehen, sind zu vermeiden. Die Bedeutung von engen, verlässlichen Kooperationen mit Spitex, Rehabilitationskliniken und Einrichtungen für Übergangspflege wird zunehmen. Grösse Spitäler sollten prüfen, inwieweit sich solche Angebote selber anbieten wollen (z.B. Spitexleistungen bei Entlassungen am Wochenende, Übergangspflege).

Organisation

Prozessoptimierungen sind meistens nur möglich, wenn die Verantwortlichkeiten abschliessend festgelegt sind und auch entsprechend wahrgenommen werden. Auch in der Pflege muss sich diese Verantwortung auf möglichst wenige Personen beschränken. Die in vielen Spitälern eingeführten Modelle der Bezugspflege führen in diese Richtung. Ein weiterer Schritt sollte sein, dass die Be-

zugspflgende als Prozessverantwortliche definiert wird und zusammen mit einer Ärztin oder einem Arzt, die in ihren Aufgabenbereichen die gleiche Rolle übernehmen, ein Behandlungsteam bilden. Diese organisatorische Entwicklung könnte auch die Patientenzufriedenheit positiv beeinflussen, was zeigt, dass unter Spardruck initiierte Veränderungen nicht zwingend die Betreuungsqualität verringern müssen.

Strukturelle Anpassungen

LEP-Auswertungen zeigen, dass kleinere Bettenstationen unter 25–30 Betten kaum konstant effizient betrieben werden können. Die Problematik wird verschärft, wenn diese Stationen monodisziplinär geführt werden und die Aufenthaltsdauer sinkt. Der Autor hat in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule Winterthur mehrere Studien durchgeführt, die aufzeigen, dass die Grösse der Planungseinheit einen erheblichen Einfluss auf die Schwankungen in der Bettenbelegung hat. Eine Planungseinheit sollte eine Mindestgrösse von 60–80 Betten haben und möglichst von mehreren Disziplinen belegt werden.

Es muss auch überprüft werden, ob elektive Versorgung und Notfallversorgung voneinander getrennt angeboten werden sollen. Planbare Prozesse werden immer wieder durch ungeplante Ereignisse gestört, was die Effizienz wesentlich beeinträchtigen kann.

Teamstrukturen

Der Druck auf die Lohnkosten wird auch für die Pflegedienste zunehmen. Es wird noch wichtiger sein, dass sich Pflegefachpersonen möglichst ausschliesslich mit ihrem Kerngeschäft befassen und pflegefremde Aufgaben abgeben. Dies kann mit neuen Teammodellen, die auch die Integration von Fachangestellten Gesundheit vorsehen, unterstützt werden. Aufgaben in der Hauswirtschaft, Logistik und Administration sollen soweit möglich und sinnvoll delegiert werden (Abb. 2).

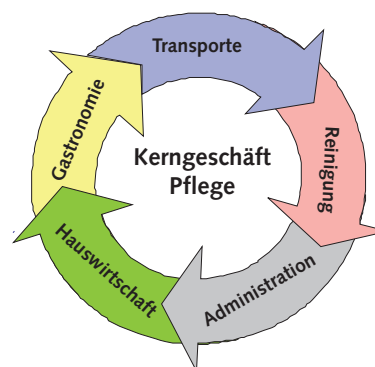


Abb. 2 Kerngeschäft Pflege.

Die Stellung der Pflege als zentrale Koordinatorin im Behandlungsprozess kann durch die Einführung der DRG gestärkt werden.

Die Flexibilität bei der Planung und dem Einsatz der personellen Ressourcen ist zu erhöhen. Zu prüfen sind dabei vor allem neue Arbeitszeitmodelle, Anpassung der Dienstzeiten und Schaffung von Personalpools. Der Arbeitsanfall und der Personalbestand sollen besser miteinander koordiniert werden. Die Arbeitsspitzen am Morgen und Abend liessen sich bei einer besseren Organisation und Verteilung der Arbeiten häufig reduzieren.

Zusammenfassung

Die Einführung der DRG wird den Druck auf die Pflege und auf die anderen Berufsgruppen im Spital weiter er-

höhen. Es muss dafür gesorgt werden, dass Pflege in den DRG leistungsgerecht abgebildet und vergütet wird.

Die DRG bieten aber auch Chancen, neue Organisationsmodelle und längst fällige Veränderungen umzusetzen. Führungspersonen müssen sich sowohl berufspolitisch positionieren, als auch einen massgeblichen Beitrag dazu leisten, die Prozesse in den Spitalern weiter zu verbessern. Die Stellung der Pflege als zentrale Koordinatorin im Behandlungsprozess kann durch die Einführung der DRG gestärkt werden.

Markus Wittwer
Dipl. Spitalmanager FH
Direktor Pflegedienst Kantonsspital Winterthur
Braucherstrasse 15
Postfach 834
8401 Winterthur
markus.wittwer@ksw.ch

Managed Care – the next generation: Symposium 5. Juni 2008

Care Management jenseits von Gatekeeping, Prämienrabatt und Verzicht

Themenschwerpunkt

Managed Care in der Schweiz ist eine Erfolgsgeschichte: Jahr für Jahr entscheiden sich mehr PatientInnen für entsprechende Versicherungsprodukte und mehr ÄrztInnen für den Wandel vom Einzelkämpfer zum Teamplayer in Ärztenetzen. Es ist nicht anzunehmen, dass dafür ausschliesslich der Prämienrabatt für Versicherte oder opportunistische Überlegungen von ÄrztInnen verantwortlich sind. Vielmehr wächst die Erkenntnis, dass die traditionellen Formen des Organisierens der Gesundheitsversorgung an ihre Grenzen stossen und deshalb weiterzuentwickeln sind. Zumal die Gesundheitsstörungen gleich wie die Möglichkeiten der (medizinischen) Interventionen immer komplexer werden und die gewohnte Zusammenarbeit von Fachpersonen und Gesundheitsinstitutionen zusehends überfordern.

Dies trifft auch für Managed Care selbst zu: Die traditionellen Instrumente – zum Beispiel Gatekeeping oder Hausarztmodelle – sind der steigenden Komplexität von Gesundheitsstörungen und medizinischen Möglichkeiten ebenfalls kaum mehr gewachsen. Die Konsequenzen dieser Erkenntnis zeichnen sich bereits ab:

- Spezialisierte ÄrztInnen engagieren sich in bestehenden Ärztenetzen oder bauen eigene Netze auf.
- Bestehende Hausarztmodelle positionieren sich als fachübergreifende Versorgungsnetze mit breitem Leistungsangebot.
- Leistungserbringer vereinbaren klinische Entscheidungsprozesse auf Basis von systematischer Evidenz und individuellen (Patienten-)Präferenzen
- Spitäler und Ärztenetze entwickeln gemeinsam neue regionale Versorgungskonzepte.

Gesucht sind also differenziertere Formen des Organisierens und Steuerns der Gesundheitsversorgung, ebenso differenziertere Anreizsysteme. Folglich wird «Managed Care der nächsten Generation» noch mehr Gewicht legen auf die Prozessorientierung, die Integration von Behandlungs- und Betreuungseinheiten, die Transparenz von Qualität und Nutzen, die Sicherheit der Patientinnen und Patienten, auf den intensivierten Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien und

schliesslich auf die gemeinsam verantwortete Wirtschaftlichkeit.

Zu diesen Themen werden am Symposium 2008 ExpertInnen aus dem In- und Ausland neue Lösungsansätze und Impulse präsentieren. Am Nachmittag bieten Ihnen die interaktiven Workshops Gelegenheit, Ihre eigenen Konzepte und Erfahrungen zur Diskussion zu stellen oder gemeinsam mit dem interessierten Fachpublikum nach Lösungen zu suchen. Parallel dazu bieten verschiedene Präsentationen einen Überblick über aktuelle Projekte in der Schweiz, und Educational Workshops vermitteln Basiswissen zu Managed Care.

Programmstruktur

Vormittag

- «Ich will Rat»: Welches ist die optimale erste Anlaufstelle für welche Patienten?
Stephan Sigrist, Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Collegium Helveticum, Zürich
- Jenseits von Gatekeeping: Grundversorger und Spezialisten im selben Netz
Paneldiskussion
- Jenseits von Prämienrabatten: Welche Anreizsysteme für welche Akteure mit welchem Nutzen?
Fritz Britt, Direktor, santésuisse, Solothurn
- Zwischen individuellen (Patienten-)Präferenzen und systematischer Evidenz: Prozessoptimierung morgen.
Cornelius Clauser, Porsche Consulting, München
- Managed Care, the next generation: Was haben unsere Bürger, Versicherten und Patienten davon?
Prof. Dr. med. Gerd Nagel, Präsident, Stiftung Patientenkompetenz, Zürich

Plenardiskussion mit E-Voting zu Entwicklungstrends, Zukunftshypothesen und Grundsatzfragen

Nachmittag

Erfahrungsaustausch

- Interaktive Workshops zu Managed Care, Qualität und Patientensicherheit (aufgrund aktueller Projekte).
- Educational Workshops: eine attraktive Übersicht zu Managed Care, zu Managed-Care-Organisationen und Instrumenten.

**FORUM
MANAGED
CARE**

- Projektpräsentationen zu wissenschaftlichen Studien, Optimierungsprojekten oder Innovationsinitiativen.

Verleihung Managed-Care-Förderpreis 2008

- **Abschluss-Keynote:** Managed Care – the next generation: Vision einer Zukunft, Zukunft einer Vision.
Dr. phil. Ludwig Hasler, Freier Publizist

Abend

Apéro und Managed-Care-Networking-Dinner

Mit den Referenten des Symposiums und künstlerischer Umrahmung.

Zum Ausklang und zur Kontaktpflege mit Kunden und Geschäftspartnern.

Förderpreis 2008 des Forum Managed Care

Das Forum Managed Care verleiht anlässlich des Symposiums vom 5. Juni 2008 den Förderpreis für herausragende Leistungen zur Entwicklung und Umsetzung von Managed Care im Schweizer Gesundheitswesen.

Die Preissumme beträgt CHF 10 000.–. Prämiert werden besondere Projektarbeiten, welche Entwicklung oder Aufbau innovativer Managed-Care-Formen und -Instrumente zum Ziel haben und entsprechende Resultate aufweisen. Die eingegangenen Projekte werden vom Vorstand des Forums Managed Care evaluiert und zuhänden des Strategischen Beirats nominiert. Der Strategische Beirat entscheidet über die Vergabe des Förderpreises.

Teilnahmebedingungen: Alle zum Symposium 2008 eingereichten Projekte und Studien, welche ganz oder hauptsächlich in der Schweiz bearbeitet wurden, sind für den Förderpreis angemeldet. Die Bewertung der Arbeiten erfolgt nach den Kriterien:

- Bezug zu den Themen des Symposiums «Managed Care – the next generation. Integrierende Versorgung jenseits von Gatekeeping, Prämienrabatt und Verzicht»
- Nachweis des Nutzens von Integration und Vernetzung auf die medizinische Qualität und/oder die Wirtschaftlichkeit

Verleihung des Förderpreises: Der Förderpreis 2008 wird anlässlich des Symposiums 2008 verliehen. Die Preisübergabe findet im Anschluss an die Nachmittags-Workshops statt. Das prämierte Projekt wird in der Zeitschrift Managed Care vorgestellt.

Call for Abstracts und Einreichen der Projekte

Das Forum Managed Care lädt alle Interessierten ein, am Symposium vom 5. Juni 2008 ihre wissenschaftlichen Studien, Optimierungsprojekte, Initiativen oder Innovationen in Form von Präsentationen oder interaktiven Workshops vorzustellen. Die Arbeiten sollen die Entwicklung, den Aufbau oder die Evaluation innovativer Managed-Care-Formen und -Instrumente zum Ziel haben und entsprechende Resultate aufweisen. Der Vorstand des Forums Managed Care nimmt Zusammenfassungen im Umfang von einer A4-Seite bis zum 20. März 2008 entgegen. Anmeldungen können unter info@forummanagedcare.ch eingereicht werden.

Facts and Figures zum Symposium

Tagungsort	World Trade Center Leutschenbachstr. 95 8050 Zürich
Kosten	CHF 480.–; CHF 580.– mit Managed-Care-Networking-Dinner
Sprache	Deutsch
Information	MKR Consulting AG, Marketing- und Kommunikationsberatung Steinerstr. 37 3006 Bern Franziska Goldinger Tel. 031 350 40 55 franziska.goldinger@mkr.ch

Veranstalter

Veranstaltet wird das Symposium vom Verein Forum Managed Care. Dieser will mit der Förderung von Managed Care einen positiven Beitrag zur Gesundheitsversorgung in der Schweiz leisten. Weitere Informationen zum Veranstalter finden Sie auf www.forummanagedcare.ch.

Forum Managed Care
Pflanzschulstrasse 3
8400 Winterthur
Tel. 041 522 35 19 35
Fax 041 522 35 19 20
info@forummanagedcare.ch
www.forummanagedcare.ch

Interview mit Philip Baumann

«Die Dänen sind uns 15 E-Health-Jahre voraus»

Im Juni 2007 hat der Bundesrat eine nationale E-Health-Strategie verabschiedet, die reihum kritisiert wird. Viel lieber schauen die Protagonisten der Digitalisierung im Gesundheitswesen nach Dänemark. Dort entwickelt sich E-Health seit 15 Jahren. Für Philip Baumann, CEO des Beratungsunternehmens Bluecare, das schon mehrere Studienreisen in den Norden organisierte, ist klar: «Wir könnten von der Lernkurve der Dänen viel profitieren.»

Care Management: Hat das dänische Gesundheitswesen tatsächlich Vorbildwirkung?

Philip Baumann: Ja, das kann man – trotz Einheitskasenslösung – ohne Vorbehalte so postulieren. Vorbildlich sind vor allem die Organisation und die hohe Automation der Informationsprozesse. Ebenso das inzwischen weltweit mehrfach prämierte Gesundheitsportal www.sundhed.dk, das besonders den Patientinnen und Patienten eine Reihe völlig neuer Möglichkeiten eröffnet.

Die grosse Mehrheit der dänischen Bevölkerung ist in einem Gatekeeping-System eingebunden. In Holland gilt ebenso «Managed Care first». Sollten auch in der Schweiz alle Versicherten verpflichtet werden, sich einem Managed-Care-Modell anzuschliessen?

Ich halte wenig von Zwangsmodellen. Das Vertrauen in das Gesundheitssystem und den eigenen Arzt ist ein zentrales Element für eine effektive und effiziente Versorgung. Im übrigen haben die Dänen ihr Gatekeeping-Modell auch auf freiwilliger Basis eingeführt, allerdings mit wirksamen monetären Anreizen. Wer sich frei im schweizerischen Gesundheitssystem bewegen will, soll das wei-

Information, kompetente Begleitung, persönliche Betreuung und – last but not least – die zunehmende Koordination aller an meiner Genesung Beteiligten. Mein Hausarzt sollte eher mein Care-Manager als ein Gatekeeper sein. Nicht das Abwehren von Leistungen ist gefragt, sondern das aktive Managen der Prozesse unter Einbezug der Erwartungen und Nutzenpräferenzen der Patienten.



Philip Baumann

Der grösste gemeinsame Nenner im dänischen Gesundheitswesen ist der konsequente Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien (ICT). Am Anfang dieser Entwicklung stand die Organisation Medcom (Danish Healthcare Data Network), die einheitliche Standards entwickelt hat und damit für einen strukturierten Informations- und Datenaustausch sorgt. Ist eine solche Lösung auch für die Schweiz denkbar?

Selbstverständlich, aber nicht durch eine Eins-zu-eins-Nachahmung des dänischen Ansatzes. Das Ziel unserer Studienreisen war zu verstehen, warum und wie die Dänen auf ihrem Weg so erfolgreich waren. Dazu haben wir vor Ort analysiert, wie die Vernetzung entstanden ist, was sie den Health Professionals gebracht hat und wie die Informationssysteme in den Praxen und an den Spitälern die Prozesse unterstützen. Beeindruckt hat uns dabei der pragmatische Ansatz: Viele Arbeiten können aus dem Sprechzimmer mit zwei bis drei Clicks erledigt werden. Berichte, Laborresultate und Befunde fliessen vollautomatisch in die Patientenakte – der Arzt wird zusätzlich mit einem Mail darüber informiert. Alle wichtigen Prozesse sind standardisiert und automatisiert. Wir sind daher überzeugt, dass wir von der Lernkurve aus den letzten 15 Jahren der Dänen viel profitieren können.

Wer könnte die Rolle der «schweizerischen Medcom» übernehmen?

Die Medcom war sicher einer der Erfolgsfaktoren. Ähnlich wie Health Info Net (HIN) in der Schweiz wurde auch Medcom von der Ärzteschaft initiiert. Durch den Einbezug aller Stakeholders inklusive des Gesundheitsministeriums und den Industriepartnern ist es gelungen, einen dynamischen Prozess zum Aufbau eines sicheren

«Patientendaten sind besonders schützenswerte Daten.

Aber: Heute werden die Patienten oft von den Medien, der Politik und anderen Interessengruppen bevormundet.»

terhin tun können. Welche Preisdifferenz hierfür sinnvoll und angemessen ist, muss der Markt bestimmen. Ich persönlich erwarte von meinem Hausarzt aber deutlich mehr als nur ein Gatekeeping. Was heute gefragt ist, sind offene

Netzwerkes und ein Set von Standards für die interprofessionelle Kommunikation zu etablieren. Dies wäre ohne weiteres auch in der Schweiz möglich. Medcom hat in den letzten zehn Jahren weitaus weniger Finanzmittel beansprucht, als das schweizerische Projekt einer Versichertenkarte zu verschlingen droht. Statt in Hardware und Karten haben die Dänen in die Prozesse und den Nutzen für die Patienten investiert. Das sollten und könnten wir uns auch zum Ziel setzen.

Stichwort «Versichertenkarte». Sie ist das Kernstück der nationalen E-Health-Strategie, die der Bundesrat im Juni 2007 verabschiedet hat. Offenbar sind Sie kein Freund dieser Idee.

Wir setzen uns bei Bluecare schon seit drei Jahren mit diesem Projekt auseinander. Leider hat man die Schwachpunkte und Mängel der Versichertenkarte, wie der Bund sie vorsieht, im Parlament nicht zur Kenntnis genommen. Die Versichertenkarte ermöglicht weder eine eindeutige Patientenidentifikation noch die Durchlässigkeit der Informationen entlang der Behandlungskette. Durch das physische Speichern der medizinischen Daten auf den Karten werden die Behandlungsprozesse meist mehr behindert als beschleunigt. Das Konzept entspricht in etwa

Studienreise nach Dänemark

Das Beratungsunternehmen BlueCare führt vom 9. bis 12. April 2008 eine nächste Studienreise nach Dänemark durch. Weiter Informationen erhalten Sie bei:

BlueCare

Dr. med. Sandy Bloch

Tel. 052 235 19 35

E-Mail: sandra.bloch@bluecare.ch

dem alten Sparbuch: Das würde heute aber niemand mehr gegen eine EC-Karte und deren Einsatzmöglichkeiten tauschen wollen. Dass der Weg mit den Versichertenkarten wenig zielführend ist, stattdessen aber sehr, sehr teuer, sieht man zudem in Deutschland. Da wurden bisher über eine Milliarde Euro investiert, aber noch fast keine der erhofften Nutzen für die Patienten realisiert.

Was schlagen Sie als Alternative vor?

Durch die Schaffung verbindlicher Standards kämen wir innert weniger Jahre zu einheitlichen und breit nutzbaren Patientendossiers: Statt einer Karte erhält jeder Versicherte eine Patientennummer und kann seine Krankheitsdaten digital verwalten. Dann entscheidet jeder selber, ob und wo er diese speichern will und wem er sie

wann zugänglich machen will. Dies würde einen Innovationsschub in den Arztpraxen und den Spitälern auslösen.

Wollen die Patienten aber wirklich ihre eigenen Krankheitsdaten sammeln und verwalten?

Diese Frage lässt sich nicht schlüssig beantworten. Es wird Patienten geben, die das nicht wollen. Das muss möglich sein. Aber es wird auch Patientinnen und Patienten geben, denken Sie an die Generation der Babyboomer, welche für solche Dienste und Medien offen sind. Diese Leute sind absolut internetgängig und zum Teil auch begeistert. Warum sollen sie die modernen Technologien ausgerechnet im Umgang mit der eigenen Gesundheit missen wollen? Voraussetzung ist natürlich, dass ein solches Patientendossier einen Nutzen stiftet: Es muss dem Patienten neue Freiheiten eröffnen, das Leben im Umgang mit der Medizin einfacher machen und im Ernstfall überall auf der Welt zur Verfügung stehen. Ein solches Dossier wird seinen Preis haben, aber ganz sicher auch viele Kunden finden.

Wer müsste diesen Ansatz forcieren?

Da das Gesundheitswesen föderalistisch organisiert ist, müssen die Kantone zusammen mit dem Bund die nationalen Standards initiieren und für verbindlich erklären. Nur so können sich die verschiedenen Anbieter von Praxis- und Spitalinformationssystemen danach ausrichten und diese Standards in ihren Produkten implementieren. Wenn 26 verschiedene kantonale Standards implementiert werden müssen, werden die Systeme unbezahlbar. Das sollten wir – wie in Dänemark – unbedingt vermeiden.

Welcher Ansatz sich auch immer durchsetzt, es wird Bedenkenträger geben, die den Datenschutz gefährdet sehen. Wie lassen sich solche Bedenken neutralisieren?

Diese Bedenken sind sehr ernst zu nehmen. Patientendaten sind besonders schützenswerte Daten. Aber: Heute werden die Patienten oft von den Medien, der Politik und anderen Interessengruppen bevormundet. Lassen wir doch die Patientinnen und Patienten frei wählen, ob sie ein eigenes, digitales Dossier haben wollen oder nicht. Ich wäre nicht überrascht, wenn weit über die Hälfte der Patienten davon Gebrauch machen würde – im Ernstfall kann das Leben retten oder unnötige Komplikationen vermeiden helfen.

Einer der Knackpunkte ist die lebenslange und zuverlässige Identifikation der Versicherten. Wie ist das in Dänemark gelöst?

Da sind die Dänen einfacher «gestrickt» als wir Schweizer: Sie bekommen bei der Geburt eine eindeutige Num-

mer. Diese begleitet sie das ganze Leben und in allen Bereichen der Sozialversicherung. Sie gehen locker damit um – haben keine Bedenken, dass man deswegen bespitzelt oder «gegoogelt» wird. Sie kennen – im Unterschied zu uns – eben auch die Vorteile, die ein so einfaches System hat.

Sehen Sie eine Lösung für die Schweiz, die praktikabel ist und die Bedenken der Datenschützer berücksichtigt?

Ja, Managed-Care-Modelle bieten eine ideale Voraussetzung. Da werden die Patientendaten schon heute beim Hausarzt zusammengeführt. Leider sind das aber fast nur administrative Daten. Analog dazu könnten nun auch die medizinischen Informationen beim Hausarzt zusammengeführt werden – und gleichzeitig dem Patienten der Zugang zu seinen Informationen ermöglicht werden.

Stimmen Sie folgender These zu: «Je intensiver ICT-Systeme genutzt werden, desto besser sind die Patienten «gemanaged»?»

Nein. Hier geht es nicht darum, dass man besser über die Patienten verfügen kann. Es geht um die Kontinuität des Datenflusses entlang der Behandlungskette. Und darum, dass die Information sicher, zuverlässig und zeitgerecht dort ist, wo der Patient behandelt werden soll. Die Behandlungsprozesse und die an diesen Prozessen beteiligten Leistungserbringer müssen besser «gemanaged» werden können.

Voraussetzung dafür ist aber die Bereitschaft der Leistungserbringer, vermehrt ICT-Systeme einzusetzen. Ist diese Bereitschaft vorhanden?

Ja, davon sind wir überzeugt. Das ist nur ein Frage des Nutzens, der damit einhergeht: Neue Technologien werden überall rasch adoptiert, wenn sie uns das Leben einfacher, schneller und günstiger machen. Das ist auch bei Ärzten und Spitälern so. Aber die hohen Investitionen lohnen sich erst, wenn verbindliche Standards gesetzt und sinnvolle Prozessoptimierungen möglich sind.

Das Ausarbeiten solcher Standards hat aber auch seinen Preis.

Die Kosten dafür bewegen sich weit unter denjenigen der Versichertenkarte. Statt 100 Millionen Franken in die Versichertenkarte zu stecken, sollte man über die nächsten fünf Jahre je 6 Millionen in die Standardisierung in-

vestieren. Man spart damit 70 Millionen und bekommt erst noch viel mehr Innovation und Prozessoptimierung. Dann entsteht eine Sogwirkung – wer sich adaptiert, kann von den neuen Möglichkeiten profitieren. Heute ist es genau umgekehrt: Wer in einer Arztpraxis vollkom-

«Bund und Kantone sollten die Rahmenbedingungen für E-Health schaffen.

Hingegen sollten sie nicht selber als Ausführende oder gar Akteure tätig werden.»

men digital arbeiten möchte, eckt überall an, weil die Mehrheit der Kommunikation auf Papier in die Praxis flattert.

Ein weiteres Grossprojekt der bundesrätlichen E-Health-Strategie ist ein nationales Gesundheitsportal. Ist es realistisch und sinnvoll, in der föderalistischen Schweiz ein solches Portal aufzubauen?

Nein. Das kann nicht «von oben herab» durch den Staat diktiert werden. Solche Innovationen gedeihen in der Schweiz nur durch den Mut und die Initiative von Pionieren, die der Politik zeigen, dass es auch ohne staatliche Lösungen geht.

Ist damit gleichzeitig gesagt, der Bund solle sich grundsätzlich dem E-Health-Bereich fernhalten?

Nein. Bund und Kantone sollten die Rahmenbedingungen für E-Health schaffen – zum Beispiel die dringend notwendige Standardisierung vorantreiben. Hingegen sollten sie nicht selber als Ausführende oder gar Akteure tätig werden.

Zum Schluss: Welches sind Ihre wichtigsten Erkenntnisse aus Dänemark?

Erstens sollten wir das Know-how der Dänen nutzen – sie sind uns 15 E-Health-Jahre voraus und stellen ihre Erfahrung gerne zur Verfügung. Zweitens: E-Health setzt sich nur dort durch, wo der Nutzen für alle überzeugend ist. Und zum dritten möchte ich persönlich auch so einfach und gut über alles Wichtige rund um meine Gesundheit dokumentiert sein, wie es die Dänen sind.

Interview: Urs Zanoni

Urs Keller

Wer muss was wissen, wer darf was wissen?

Datenschutz aus Sicht der Hausarztnetze – Datenschutz und Managed Care



Urs Keller

Grundlagen

• Der Begriff «Managed Care» meint gesteuerte oder geleitete Gesundheitsversorgung. Dies bedingt ein besonderes Vertrauensverhältnis, das die oder der Betroffene mit der Wahl des Gatekeepers oder Lotsen im «Gesundheitsdschungel» bewusst eingeht.

• In Artikel 41 Abs. 4 des Krankenversicherungsgesetzes KVG heisst es: «Die Versicherten können ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer

beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt.»

- Die Personen, die ein alternatives Versicherungsmodell (HMO oder Hausarztmodell HM) wählen, werden bei der Wahl dieses Versicherungsproduktes, welchem sie unterschriftlich zustimmen, informiert, dass die Arztwahl eingeschränkt ist und dass im Netz im Hinblick auf eine kosteneffektive medizinische Versorgung (z.B. Mehrfachuntersuchungen verhindern) Datenaustausch nötig ist und stattfindet.
- Die Netzmitglieder, die mittels Anschlussvereinbarung einem alternativen Versicherungsmodellvertrag beitreten, sind informiert, dass sie im Hinblick auf prozess- und kostenoptimierte Versorgung ihrer im Netzmodell eingeschriebenen Personen dem Netz gegenüber zu Datentransparenz verpflichtet sind. Sie sind sich bewusst, dass sie betreffend veranlasste Leistungen Gatekeeper-Kontrollfunktionen übernehmen müssen und dass sie die Spezialistendaten innerhalb des Netzes diskutieren können.
- SpezialistInnen, die einem Netz angehören, haben sich unterschriftlich zu Datentransparenz verpflichtet. Solche, die in kein Netz unterschriftlich eingegliedert sind, müssen vom im Hausarztmodell Versicherten auf diese Tatsache und damit auf den möglichen Datenaustausch aufmerksam gemacht werden. Bei einer Überweisung muss diese Tatsache erwähnt werden, und der Patient muss der Spezialistin bzw. dem Spezialisten seinen speziellen Versichertenstatus mitteilen.

Grundsatzfragen

Warum unterschreibe ich als Versicherter so etwas?

Ein Versicherter oder Patient tritt einem Netz in der Regel bei, weil er sich für eine persönliche Betreuung durch den ausgewählten Grundversorger entschieden hat, von welchem er eine von ihm besonders kompetente Betreuung erwartet, ohne mehrmals seine Geschichte erzählen zu müssen und ohne mehrfache Untersuchungen, die nicht notwendig wären, über sich ergehen lassen zu müssen. Zudem wählt er mit dem kostengünstigeren Krankenversicherungsmodell einen Prämienrabatt, für den er zu Konzessionen bereit ist.

Welchen Nachteil habe ich, wenn meine Daten weitergegeben werden?

Die Datenweitergabe innerhalb eines Netzes sind grundsätzlich in sich geschlossen. Damit ist die Frage innerhalb des Netzes mit einem klaren «keine» zu beantworten, sofern sich der Versicherte auch zum Managed-Care-Gedanken bekennt, was er mit der unterschriftlichen Einverständniserklärung zum alternativen Versicherungsvertrag einmal getan hat.

Wer und was soll geschützt werden?

Sicher muss jede Einzelperson, ob als Versicherungsnehmer oder Netzwerkarzt, vor missbräuchlicher Verwendung der eigenen Daten geschützt werden. Insbesondere dürfen dem Versicherten gegenüber seiner oder anderen Versicherungen keine Nachteile entstehen.

Nicht können, nicht wollen, nicht dürfen?

Ebenso wichtig ist innerhalb eines Netzes aber, dass mit dem Datenschutz kein Missbrauch betrieben wird, aus welchen Gründen auch immer. Insbesondere auf ärztlicher Seite darf hinter dem Datenschutz keine «Geheimniskrämerei» zur Vertuschung eigener «Systemstörungen» vorliegen.

Kommunikationstechnologien?

Datenschutzsicher ist der E-Mail-Verkehr innerhalb des Health Info Networks HIN der FMH. Auch die Laborplattformen sind datenschutzsicher. Mailverkehr mit dem Patienten bedingt immer die Information über mög-

liche Datenlecks bei ungesicherten Adressen. Der Patient muss sein Einverständnis geben, dass trotzdem elektronisch kommuniziert werden kann, was in der Regel absolut kein Problem darstellt.

Was ist die Basis allen Handelns?

Informed consent und unterschriftliche oder zumindest aufgezeichnete mündliche Zustimmung. Gegenseitiges Vertrauen und Partnerschaft bilden die Grundlage dazu.

Zustimmung der Versicherten

Die Grundlage für die Datenweitergabe liegt in den Versicherungsbedingungen: So ermächtigen beispielsweise die Hausarztversicherten die Versicherung, ihre Personal- und Rechnungsdaten an ihre Hausärztin bzw. an ihren Hausarzt weiterzuleiten. Es werden die Bestandes- und Leistungsdaten weitergegeben und keine medizinischen Informationen. Konkret wird in den Versicherungsbestimmungen festgelegt: Mit dem Abschluss der Hausarztversicherung erklären sich die versicherten Personen einverstanden, ihrer koordinierenden Ärztin bzw. ihrem Arzt oder in deren Auftrag handelnden Dritten Einsicht in die Behandlungs- und Rechnungsdaten ihrer medizinischen Versorgung zu gewähren. Ebenso willigen sie ein in die Bearbeitung dieser Daten durch die Versicherung oder durch Dritte im Auftrag des Versicherers, der koordinierenden Ärztin bzw. des Arztes oder des Hausarztvereins.

Zusammenarbeit mit Versicherern

Zudem werden in Zusammenarbeitsverträgen zwischen Versicherer und dem Ärztenetz die weiteren Details geregelt, u.a. auch die Datenlieferung z.B. durch Regelung der Informationspflichten und des Datenaustausches.

GrundversorgerInnen, die einem solchen Vertrag beitreten, ermächtigen die Versicherer, dass andere ÄrztInnen des Netzes Einblick in ihre Daten erhalten dürfen.

Konkret bedeutet dies, dass die Diagnosen, die Behandlungs- und Rechnungsdaten der versicherten Personen einem grösseren Personenkreis bekanntgegeben und von

ihm bearbeitet werden. Wechseln die versicherten Personen zu einer neuen koordinierenden Ärztin bzw. einem Arzt, dann gestatten sie mittels schriftlicher Erklärung, dass die notwendigen medizinischen Unterlagen an die neue Ärztin oder den neuen Arzt weitergegeben werden. Die verschiedenen Versicherer haben unterschiedliche, aber alle ähnliche Regelungen.

Austausch der Daten ist notwendig

Im Managed-Care-Modell, insbesondere in solchen mit Budgetmitverantwortung, übernimmt das Ärztenetz gegenüber einer Versicherung die Verpflichtung, kosteneffektive Behandlung den bei dieser Versicherung eingeschriebenen Personen zukommen zu lassen.

Um Prozesse und Abläufe (und damit deren Kosten) zu steuern, ist es notwendig, die Kosten zu kennen. Wenn Kosten transparent gemacht werden, wird natürlich immer auch ersichtlich, wer welche Kosten generierte und wer sie veranlasste.

Patienten in einem solchen System müssen das wissen. Der Preis bzw. der Wert, den sie dafür erhalten, ist, dass sie eine günstigere Prämie und im Idealfall eine optimierte integrierte Betreuung erhalten.

Die Aufklärungspflicht gegenüber den nicht im Netz tätigen SpezialistInnen liegt in der Regel beim Patienten. Zudem kann der Überweiser im Überweisungsschreiben auf den besonderen Status des Patienten hinweisen.

Aus diesen Angaben ist für die Spezialistin oder den Spezialisten sofort ersichtlich, dass hier eine Offenlegung der generierten Daten erfolgen kann, was allenfalls sogar zu einem Vergleich mit einem Benchmark führen kann.

Zukunft

Wenn Managed Care sich weg vom Billigmodell zum Qualitätsmodell mit integrierter Versorgung bewegen soll, allenfalls sogar mit Budgetmitverantwortung, dann ist es für alle Teilnehmenden offensichtlich, dass die Daten im Sinne der Steuerung auf das Ziel «optimierte integrierte kosteneffektive Versorgung» vorhanden sein und ausgewertet werden müssen. Wenn es dabei bleibt, wird es für niemanden, der die gleichen Ziele verfolgt, nachteilig sein.

Dossier Datenschutz

Die Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP) hat ein Dossier zum Thema Datenschutz im Gesundheitswesen herausgegeben. In 14 Beiträgen werden von den führenden Exponenten alle wichtigen Aspekte des Themas beleuchtet.

Bezug: SGGP, Postfach 2160, 8026 Zürich,

Tel. 043 243 92 20, E-Mail: info@sggp.ch

Einzel Exemplare gratis, ab fünf Exemplaren CHF 4.–/Ex.

Dr. med. Urs Keller

Büntenstr. 6

CH-7323 Wangs

urs.keller@hin.ch

www.keller-wangs.ch

Kurt Hess

Performance- und Outcome-Indikatoren – ein Statusbericht

Die Einführung von klinischen Ergebnisindikatoren und deren Machbarkeit wird von den Akteuren im Gesundheitswesen höchst kontrovers diskutiert. Der gemeinsame Nenner beschränkt sich auf die Meinung, dass die Outcomequalität jene Qualität abbildet, die wir eigentlich meinen. Doch weshalb fokussieren dann fast alle Qualitätssysteme die Struktur- und Prozessqualität? Wir haben vor einem knappen Jahr unter dem Titel «Klinische Indikatoren – EQUAM betritt Neuland»¹ über ein Pilotprojekt zur Diagnose Hypertonie berichtet, das nun mit der erfolgreichen Akkreditierung beim Bund abgeschlossen ist. Wir stellen Resultate und Minimalstandards vor.

Die Forderung nach klinischer Qualitätsbemessung

Indikatoren der Outcomequalität zu entwickeln, ist eine höchst komplexe Angelegenheit. Viele Versuche sind an der Praktikabilität gescheitert, da die Ergebnisparameter schwierig zu messen, schwierig zu dokumentieren und – etwa im Hinblick auf eine Zertifizierung – nur mit grossem Aufwand in Minimalstandards umzusetzen sind. Es stehen sich dabei fast regelmässig die Forderungen nach der Praktikabilität in einer Grundversorgerpraxis den Postulaten der wissenschaftlichen Evidenz entgegen².

In den vergangenen Jahren konnte hier ein gewisser Durchbruch verzeichnet werden. Insbesondere im *stationären* Sektor werden teilweise bereits Indikatoren der Ergebnisqualität angewandt, etwa Komplikationsraten, Wiedereintrittsraten oder Parameter der Funktionalität. Immerhin kann heute auch die fast durchwegs erhobene Patientenzufriedenheit der Ergebnisqualität zugeordnet werden.

Im *ambulanten* Bereich beschränkt sich der Durchbruch auf eine wachsende Zahl an fachspezifischen Indikatoren und – in der Grundversorgung – auf das erwähnte Projekt der Stiftung EQUAM «Klinische Indikatoren und Minimal Standards zur Hypertonie», das nun mit der Erteilung der SAS³-Akkreditierung erfolgreich abgeschlossen worden ist und jetzt mit anderen Diagnosen fortgesetzt wird.

In beiden Bereichen – stationär und insbesondere ambulant – hat es sich erwiesen, dass statt reiner Outcomeindikatoren häufig die Kategorie der Performanceindikatoren⁴ zur Anwendung kommt. Die Performancequalität

ist der Outcomequalität in der Wertigkeit durchaus ebenbürtig, hat aber den Vorteil, besser bemessen und dokumentiert werden zu können. Auch hier wird heute die Patientenzufriedenheit diesen beiden Qualitätskategorien gleichgesetzt.

Es tut sich also etwas auf dem Gebiet der Ergebnisbemessung von ärztlichen Verrichtungen, während zuvor fast ausschliesslich Struktur- und einfache Prozessindikatoren zur Anwendung kamen und nachdem über Jahre diskutiert worden ist, ob und wie man die Behandlungsqualität ins

Qualitätsmanagement integrieren kann. Doch die Forderung, diese Kategorie einzuführen, verstärkte sich von Jahr zu Jahr. Relativ neu ist, dass sich die Politik zunehmend mit der medizinischen Ergebnisqualität beschäftigt und dies gleich in Form von Postulaten, Parlamentarischen Initiativen, Motionen und Kommissionsberichten. Einer der Gründe ist der Wildwuchs an Indikatorensystemen und Zertifikaten, die sich vorwiegend auf Strukturen und Praxisabläufe beschränken. Solche zu optimieren, ist zwar löblich, doch beschreiben sie nicht die Qualität, die Gesellschaft und Gesetzgeber meinen. Gute Strukturen und optimierte Prozesse sind eine Voraussetzung zu guten Behandlungsergebnissen; der letztlich entscheidende, gerechteste und gleichzeitig komplexeste Massstab in der klinischen Qualitätsbewertung ist jedoch die Evaluation der Ergebnisse selbst.

Mit dem umfassenden Bericht der PVK⁵ vom September 2007 folgen deren Autoren dieser Interpretation, indem sie wiederholt die Defizite in der Bewertung der Ergeb-



Kurt Hess

¹ «Managed Care» 3/2007.

² Beispiel: Nach wissenschaftlicher Evidenz wird ein Blutdruck <140/90 postuliert, realiter zeigt sich jedoch, dass nur 30–50% der behandelten Hypertoniker diese Werte erreichen.

³ SAS: Schweizerische Akkreditierungsstelle des Bundesamtes für Metrologie und Akkreditierung.

⁴ Performance: ärztliche Leistung in Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie nach wissenschaftlicher Evidenz.

⁵ Die Rolle des Bundes bei der Qualitätssicherung nach KVG. Bericht der Parlamentarischen Verwaltungskontrolle (PVK) der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates, 5.9.2007.

nisqualität ansprechen und feststellen, dass die Ergebnisqualität aufgrund fehlender Konzepte, Indikatoren und Daten zurzeit noch kaum beurteilt werden kann. Sie weisen darauf hin, dass das dem KVG zugrunde liegende Qualitätskonzept sich «hauptsächlich auf die Leistungserbringung und deren Ergebnisse bezieht, wobei sowohl die gesundheitlichen Ergebnisse als auch die Patientenzufriedenheit von Bedeutung sind».⁶ Gestützt auf diese Evaluation fordert die ständerätliche Geschäftsprüfungskommission den Bundesrat auf, insbesondere darauf zu achten, dass neben den Anforderungen an das Qualitätssicherungssystem auch die Prozess- und Ergebnisqualität in die Vereinbarungen im Rahmen von Tarifverträgen einfließen⁷.

Das Projekt in Kürze

Der EQUAM-Stiftungsrat hat diese Entwicklung früh antizipiert, indem er im Herbst 2005 den Auftrag erteilte, das bestehende Zertifizierungsinstrumentarium um Indikatoren und Standards aus der klinischen Qualität zu ergänzen. Es sei hier nochmals daran erinnert, dass die EQUAM-Zertifizierung modular aufgebaut ist:

- Modul A Basis-Set für Einzelpraxen, Gruppenpraxen und Ärztenetze, bestehend aus rund 100 Qualitätsstandards, die auf dem EPA-Indikatorensystem⁸ basieren.
- Modul B Zusatz-Modul für Versorgungsmodelle des Managed Care (Ärztenetze, HMO-Praxen), höherwertige Prozessindikatoren (Qualitätszirkel, Guidelines, Disease-Management usw.).
- Modul C Klinisches Zusatzmodul mit Standards zur Performance- und Outcomequalität.

Mit der jüngsten SAS-Akkreditierung des Moduls C (einstweilen auf die Diagnose Hypertonie beschränkt) sind nun alle drei Module beim Bund akkreditiert.

Die Minimalstandards zur Diagnose Hypertonie

Ein Kooperationsvertrag mit dem Bundesverband des deutschen Grossversicherers AOK erlaubt EQUAM die Nutzung von deren validierten Indikatoren.⁹ In der Umsetzung der AOK-Indikatoren in Subindikatoren und Standards stellt die Prüfung von wissenschaftlicher Evidenz und Praktikabilität den Kernprozess dar. Das Projektteam hat entschieden, die Anforderungen an die Zertifikatserteilung auf Minimalstandards zu beschränken, da den Punktbewertungen insbesondere bei klinischen Indikatoren immer etwas Arbitrarisches anhaftet, und auf folgende Leistungen zu beziehen:

- Basisdiagnostik und Indikationsstellung (Identifikation der Hypertoniker im Patientenstamm, Screening, Messmethodik, Untersuchungsparameter),
- Therapie (Guidelines, medikamentöse und nicht-medikamentöse Behandlung, Lifestyle-Beratung und Sekundärprävention),
- Kontroll-Kadenz (inkl. Call-System bei verpassten Kontrollen),
- Rate der erreichten Normotonie ein Jahr nach Diagnosestellung,
- Aus- und Weiterbildung (Patienten, Ärzte, MPA).

Damit wurde die Formulierung der Minimalstandards zum zentralen Teilprojekt, dessen Resultate den Postulaten sowohl der wissenschaftlichen Evidenz wie der Machbarkeit in einer Grundversorgerpraxis zu genügen haben. Dieses Teilprojekt konnte extern plaziert werden und war Thema einer Masterarbeit am Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie im Lehrgang MASMHC¹⁰.

Die Aufgabenstellung an die Master-Thesis bestand aus drei Evaluationen:

- Zweistufige Delphi-Analyse bei 25 Grundversorgern mit der Frage nach Praktikabilität und Gewichtung der vorgeschlagenen Minimalstandards,
- Literaturrecherche,
- Experteninterviews.

Die Delphi-Analyse der Praktikabilität einerseits und die Literaturrecherche andererseits lieferten teils diskrepante Ergebnisse, die mit den Experten diskutiert wurden und anschliessend in die zweite Delphi-Runde einflossen. Der Schlussbericht liegt seit Oktober 2007 vor und bildete die Grundlage zur Akkreditierung. Als Resultat dieses Teilprojekts konnten Minimalstandards (siehe Kasten) für folgende Indikatoren formuliert werden:

- Anforderungen an die Blutdruck-Messmethodik zur Diagnosestellung,
- Lifestyle-Beratung/Sekundärprävention,
- Apparative und Labordiagnostik,

⁶ Bericht PVK 5.9.2007, S.16.

⁷ Geschäftsprüfungskommission des Ständerats (GPK-S), Schreiben an den Bundesrat vom 13.11.2007, Pkt. 4.

⁸ European Practice Assessment (EPA), international validiertes und europaweit etabliertes Indikatorensystem für ambulante Praxen, in der Schweiz betrieben durch Swisspep Institut für Qualität & Forschung im Gesundheitswesen, Gümli/Bern.

⁹ Validierung: Wissenschaftlicher Prozess zur Definition jener Indikatoren, welche die Qualität korrekt, relevant und bemessbar beschreiben. Die AOK-Indikatoren sind vom AQUA-Institut für angewandte Qualitätsforschung in Göttingen im Auftrag des AOK Bundesverbands erarbeitet worden.

¹⁰ Master of Advanced Studies in Managed Health Care, Master-Thesis von Dr. med. Thomas Zehnder, Chefarzt Stv. Medizin, Angiologie und Innere Medizin FMH, Spital Thun.

- Blutdruck-Screening,
- Rate erreichter Normotonie behandelter Hypertoniker nach einem Jahr.

Als weiterer Minimalstandard ist zunächst der internistische Status vorgeschlagen worden. Die Einschätzung der Relevanz von einzelnen diagnostischen Verrichtungen streut hier jedoch sowohl in der Literatur wie in der Delphi-Befragung in einem Mass, dass dieser Punkt als Minimalstandard zurzeit kaum konsensfähig ist. Zudem haben ergänzende Befragungen gezeigt, dass der Fokus einzelner Untersuchungen (z.B. Herzauskultation, Nierenpalpation, Fundoskopie, neurologische Untersuchung) oft unklar ist. Aus analogen Gründen musste einem Minimalstandard zur Anamnese Konsensunfähigkeit attestiert werden.

EQUAM Minimalstandards zum Modul C1 Hypertonie

Anforderungen an die Blutdruckmessmethodik zur Diagnosestellung:

- Messung sitzend oder liegend,
- validiertes und geeichtes Gerät,
- Mittelwert aus mindestens zwei Messungen nach einigen Minuten Ruhe,
- Heimmessungen oder vorzugsweise 24-h-Messung,
- Breiter Cuff bei grossem Oberarmumfang,
- mindestens einmal (initial oder im Verlauf der Kontrollen) beidseitige Messung.

Lifestyle-Beratung/Sekundärprävention

- Gewichtsreduktion,
- salzarme Diät,
- Aktivität,
- Alkohol,
- Nikotin.

Apparative und Labordiagnostik

- EKG,
- Urinstatus,
- Glucose,
- Kalium,
- Kreatinin,
- Lipide (mindestens totales Cholesterin).

Blutdruckscreening

- Anteil der Patienten >20-jährig mit mindestens einmal dokumentiertem Blutdruck beträgt über 90%.

Erreichte Normotonie-Rate behandelter Hypertoniker

- 50% der diagnostizierten und behandelten Hypertoniker haben nach einem Jahr normotone Werte (140/90) erreicht.

Grenzen der Qualitätsbemessung

Die Pilotassessments und insbesondere der Akkreditierungsaudit¹¹ haben klar demonstriert, dass die Prüfung der klinischen Qualität sowohl eine konsequente Dokumentation als auch eine elektronischen Krankengeschichte voraussetzt. Dies mit einer manuell geführten Akte zu tun, ist zwar grundsätzlich möglich, würde jedoch zu einem unverhältnismässigen Arbeits- und Zeitaufwand führen.

Im weiteren erweist es sich einmal mehr, wie sehr die Qualitätsbemessung – gerade in der medizinischen Versorgung – immer eine Stichproben-Messung darstellt, von deren Resultaten im Sinne von «pars pro toto» auf das Ganze, das Ergebnis der medizinischen Behandlung, geschlossen wird. Die Kunst in diesem Kontext ist es, jene validierten Parameter mit der Stichprobe abzudecken, die alle relevanten Qualitätsinhalte beschreiben. Damit ist bei der Stichproben-Erhebung von klinisch relevanten Indikatoren auch konsequent darauf zu achten, dass man die schwer zu erhebenden und zu dokumentierenden Parameter nicht weglässt und damit nur noch misst, was gemessen werden kann, und nicht das, was eine gute Medizin auszeichnet. Oder etwas drastischer ausgedrückt: Von einem noch so guten Praxismanagement darf nicht auf eine gute Medizin oder gar Ergebnisqualität geschlossen werden.

Nach dem nun abgeschlossenen Projektteil – Modul C1 Hypertonie – wird in diesem Jahr die Diagnose Diabetes mellitus in analoger Weise bearbeitet. Es ist das Ziel, jährlich eine neue Diagnose zu bearbeiten. Die weitere Finanzierung¹² ist keineswegs gesichert, es ist jedoch zu hoffen, dass EQUAM von einer Projektfinanzierung profitieren kann, wie sie die ständerätliche Geschäftsprüfungskommission vorschlägt¹³. Über den Projektfortschritt werden wir noch in diesem Jahr einen weiteren Statusbericht publizieren.

Dr. med. et lic. oec. Kurt Hess
 Projekte im Gesundheitswesen
 Ausschussmitglied des EQUAM-Stiftungsrats
 Grossmünsterplatz 1
 8001 Zürich
 kurt.hess@hin.ch

¹¹ Dr. med. Patrick Landolt, Adliswil, FMH für Allgemeinmedizin, mediX Zürich.

¹² Die bisherige Projektbearbeitung ist in verdankenswerter Weise unterstützt worden von: Mepha, Novartis, Bristol-Myers Squibb, Sanofi-Aventis.

¹³ Geschäftsprüfungskommission des Ständerats (GPK-S), Schreiben an den Bundesrat vom 13.11.2007, Pkt. 10.

Jetzt gilt es ernst mit der Qualitätssicherung

«Die Geschäftsprüfungskommission des Ständerates (GPK-S) stellt fest, dass im Bereich der Qualitätssicherung noch beträchtliches Optimierungspotenzial besteht. (...) Die Kommission hält den Bundesrat dazu an, die gesetzlichen Kompetenzen des Bundes konsequent und vollständig auszuschöpfen.»

Diese Sätze stammen aus einem Brief der ständerätlichen Geschäftsprüfungskommission an den Bundesrat vom 13. November 2007. Anlass sind die Resultate der Untersuchung «Die Rolle des Bundes bei der Qualitätssicherung nach KVG». Die GPK-S belies es aber nicht bei ihren Feststellungen. Vielmehr zeigte sie in zwölf Punkten auf, was sie vom Bundesrat erwartet:

1. Der Bundesrat erarbeitet eine klare und verbindliche Strategie, welche Massnahmen, Verantwortlichkeiten und Fristen für die Umsetzung des Qualitätssicherungsauftrags des Bundes definiert.
2. Der Bundesrat sorgt dafür, dass bei den Tarifpartnern eine umfassende Berichterstattung über die Durchführung der Qualitätssicherung eingefordert wird und das EDI oder das BAG auf dieser Grundlage ein Monitoring über den Umsetzungsstand der Qualitätssicherung in allen Leistungsbereichen erstellt.
3. Der Bundesrat sorgt dafür, dass die Daten, welche aufgrund bestehender Erhebungen (zum Beispiel Gesundheitsstatistik) vorliegen, im Hinblick auf die Qualität medizinischer Leistungen ausgewertet und als Grundlage der Qualitätssicherung genutzt werden.
4. Der Bundesrat definiert und kommuniziert Mindestanforderungen an die Inhalte von Qualitätsverträgen bzw. entsprechenden Vereinbarungen im Rahmen von Tarifverträgen. Er achtet insbesondere darauf, dass neben den Anforderungen an das Qualitätssicherungssystem auch die Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Folgen der Nichterfüllung vereinbarter Massnahmen in angemessener Form in die Vereinbarungen einfließen.
5. Der Bundesrat hält die Tarifparteien dazu an, im Rahmen der Tarifverhandlungen auch Modelle zu prüfen, welche Differenzierungen der Tarife nach Qualitätskriterien vorsehen (payment for performance).
6. Der Bundesrat definiert und kommuniziert eine verbindliche Frist zum Abschluss von Vereinbarungen

zur Qualitätssicherung in allen Leistungsbereichen. Auf der Grundlage einer entsprechenden Berichterstattung (vgl. Punkt 1) kontrolliert er die Umsetzung. Kommen die Verträge nicht fristgerecht zustande oder erfüllen sie die Minimalanforderungen nicht, macht der Bundesrat umgehend von seiner Kompetenz zum Erlass eigener Bestimmungen Gebrauch (Art. 77 Absatz 3 KVV).

7. Auf der Grundlage einer entsprechend ausgestalteten Berichterstattung durch die Tarifpartner (vgl. Punkt 1) prüft das BAG, ob die vertraglichen Verpflichtungen zur Qualitätssicherung eingehalten werden und ob bei Nichteinhaltung der vertraglichen Bestimmungen die notwendigen Massnahmen eingeleitet werden.
8. Falls sich die vertragliche Regulierung als zu schwach erweisen sollte, fasst der Bundesrat eine Revision der rechtlichen Bestimmungen ins Auge. Neben der Revision von Verordnungsbestimmungen wäre dabei auch die Revision von gesetzlichen Bestimmungen zu prüfen. Zu denken wäre dabei insbesondere an die Schaffung geeigneter Anreize, etwa eine Differenzierung der Tarife nach Qualitätskriterien.
9. Der Bundesrat wird aufgefordert, den Anteil der innerhalb des BAG für die Überwachung der Qualitätssicherung eingesetzten personellen Ressourcen zu prüfen und gegebenenfalls der strategischen Bedeutung der Aufgabe entsprechend anzupassen.
10. Der Bundesrat sorgt dafür, dass die Finanzierung von Pilotprojekten auf eine verlässliche Basis gestellt und Projekte nach Massgabe ihrer Nachhaltigkeit und Wirksamkeit gefördert werden. Zu prüfen wäre in diesem Zusammenhang auch die Schaffung zusätzlicher Anreize, welche erfolgreiche Qualitätsmassnahmen belohnen (zum Beispiel Qualitätspreis).
11. Der Bundesrat wird eingeladen, in einer längerfristigen Perspektive eine übergeordnete Regelung der Qualitätssicherung zu prüfen, welche auch die Leistungserbringung in anderen Bereichen der Sozialversicherung einschliesst (zum Beispiel Unfallversicherung, Invalidenversicherung).
12. Ebenfalls in einer längerfristigen Perspektive wird der Bundesrat gebeten, die Rolle des Bundes in der Qualitätssicherung grundsätzlich zu hinterfragen. Neben weiter reichenden Sanktionskompetenzen des

BAG oder EDI wären dabei auch Alternativen wie die Delegation an ein nationales Institut für Qualitätssicherung oder einen verwaltungsunabhängigen Regulator zu prüfen.

Kommentar von Kurt Hess

Ein langer Leidensweg mit plötzlich drohender Wunderheilung

Es sind unerwartet klare Worte der ständerätlichen Geschäftsprüfungskommission, mit welchen sie dem Bundesrat die Stossrichtungen zur Umsetzung des Bundesrechts vorgibt: Mindestanforderungen an Tarifverträge, neue Anreizstrukturen, Ergebnisqualität, Ressourcen des BAG, Förderung von Qualitätsprojekten. Und andere, die alle seit Inkrafttreten des KVG vorwiegend auf der Bühne des Managed Care diskutiert wurden.

Es hat lange gedauert, bis solche Inhalte derart konkret auch auf der politischen Bühne thematisiert wurden. Genau genommen sind dies inzwischen zwölf Jahre. Immerhin haben KVG und KVV die Qualitätssicherung bereits 1996 so konkret thematisiert, dass dem Bundesrat die nötigen Kompetenzen und Verantwortungen übertragen worden sind, etwas zu tun, falls niemand etwas tut.

Die ganze Hierarchieordnung hat sich seither bemüht, den Bund in die Pflicht zu nehmen, vom einfachen Bürger und Patienten, über Verbände – die FMH ausgenommen –, über halb verhungerte Qualitätsstiftungen, dann weiter über Parlamentarische Initiativen und Kommissionen bis schliesslich hin zur Parlamentarischen Verwaltungskontrolle der ständerätlichen Geschäftsprüfungskommission. Dass dies zwölf Jahre dauerte – und

dabei Unsummen verschlang –, ist zu einem gewissen Grad verständlich. Leicht hat man sich den Weg von A (Art.58 KVG/Art.77 KVV) nach B (Art.58 KVG/Art.77 KVV) sicher nicht gemacht.

Was lange währt: Plötzlich geht alles erstaunlich rasch. Der Katalog der Empfehlungen und Stossrichtungen ist erfreulich konzis, deckt die wesentlichen Defizite ab und schlägt teilweise sogar Umsetzungsstrategien vor. Bundesrat Couchepin hat prompt auf das Schreiben von Mitte November reagiert und das BAG mit der Erarbeitung einer Strategie gemäss Punkt 1 des Forderungskatalogs beauftragt. Die eingeräumten Fristen mögen etwas kurz sein, wenn man sich die Komplexität der Materie,

Die Entwicklung bringt etwas einer längst verloren geglaubten Zuversicht zurück, die sich hoffentlich in weiteren zwölf Jahren nicht wieder als Illusion erweisen wird.

die Konsensfähigkeit der betroffenen Akteure und die Anamnese des bisherigen Leidenswegs in Erinnerung ruft. Doch die Entwicklung bringt etwas einer längst verloren geglaubten Zuversicht zurück, die sich hoffentlich in weiteren zwölf Jahren nicht wieder als Illusion erweisen wird.

Dr. med. et lic. oec. Kurt Hess
 Projekte im Gesundheitswesen
 Grossmünsterplatz 1
 8001 Zürich
 kurt.hess@hin.ch

Marco Vecellio

Databox – internetbasierte Diabetes-Datenbank bei mediX zürich



Marco Vecellio

Der Diabetes mellitus hat sich mittlerweile zu einer Pandemie ausgeweitet. Weltweit leiden gemäss Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation WHO über 150 Millionen an dieser Erkrankung. Für das Jahr 2010 wird ein Anstieg auf 240 Millionen Menschen prognostiziert. Schätzungen der International Diabetes Federation (IDF) gehen auf globaler Ebene von einer Verdoppelung der Zahl der Diabetes-Betroffenen in den kommenden 20 Jahren aus. Davon werden etwa 90% Typ-2-Diabetiker sein.

Die durch Diabetes hervorgerufenen Kosten überstiegen in den USA 2007 den Betrag von 174 Milliarden USD. 116 Milliarden US-Dollar sind allein der medizinischen Versorgung, rund 58 Milliarden US-Dollar dem Erwerbsausfall, also sekundär verursachten Kosten wie Absentismus, reduzierter Produktivität und Verlust der Produktivkraft durch die verkürzte Lebensdauer zuzuschreiben. In den USA wird aktuell jeder zehnte US-Dollar im Gesundheitswesen für die Diabetesbehandlung eingesetzt.

Wir verfolgen mit der internetgestützten Diabetes-Datenbank als Bestandteil unseres Diabetes-Disease-Management-Programmes das Ziel, Patienten durch eine gut abgestimmte, kontinuierliche Betreuung und Behandlung vor Folgeerkrankungen möglichst zu bewahren.

In der Schweiz sieht es keineswegs erfreulicher aus. Jeder zwanzigste Einwohner, rund 5% der Wohnbevölkerung (dies entspricht rund 300 000 Personen), sind von Diabetes betroffen. Mehr als ein Drittel dieser Personen wissen von ihrer Erkrankung (noch) nichts. Die durchschnittlichen Kosten pro Diabetiker betragen jährlich schätzungsweise CHF 8000.–. Für das Jahr 2025 werden in der Schweiz über 600 000 Erkrankte prognostiziert.

In epidemiologischer Sicht aufsehenerregend war die Entdeckung, dass sich Typ-2-Diabetes durch «Lifestyle Changes» verhindern lässt. Es konnte nachgewiesen werden, dass bei Patienten mit einer gestörten Glucosetoleranz, also einem Vorstadium des Diabetes mellitus, durch intensive Beratungen sich das Risiko, an Diabetes zu erkranken – verglichen zur Kontrollgruppe –, um 58% verringerte! Die Steno2-Studie zeigte zudem auf, dass die Strategie einer intensivierten Kombinationstherapie der kardiovaskulären Risikofaktoren das Risiko, diabetische Spät komplikationen zu entwickeln, drastisch senkt. Die zugehörigen NNTs (number needed to treat) waren beeindruckend niedrig.

Die moderne Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 muss daher, basierend auf der heutigen Evidenz, sich einem umfassenden Management der kardiovaskulären Risikofaktoren sowie Verhaltensänderungen zuwenden. Der Primärprävention und dem Self-Empowerment der Betroffenen kommt individuell und gesundheitspolitisch eine zentrale Bedeutung zu.

Gesucht: Projekt- und Erfahrungsberichte

Die Rubrik «Da tut sich was» soll für laufende oder vor kurzem abgeschlossene Projekte der integrierten Versorgung als Plattform dienen: in Ärztenetzen, Spitälern, der Spitex, Managed-Care-Organisationen, bei Versicherern usw. Die Berichte sollen einerseits eine Leistungsschau ermöglichen, andererseits Ideen und Anregungen von Praktikern für Praktiker liefern. Struktur und Umfang der Beiträge sind offen.

Fertige Artikel oder Fragen zu einem geplanten Beitrag senden Sie bitte an:

Redaktion Care Management
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Farnsburgerstrasse 8
CH-4132 Muttenz
E-Mail: tlerch@emh.ch

Besten Dank!

Disease Management-Programme, die das Empowerment fördern und den Fokus auf die Prävention legen, können nicht nur die Stoffwechseleinstellung, die Ernährungsgewohnheiten, die Lebensqualität und die Zufriedenheit mit der Behandlung verbessern, sondern auch Hospitalisationsraten wegen Diabetes und schwerer Diabeteskomplikationen wie Herzinfarkt, Hirnschlag, Erblindung, Amputationen oder terminale Niereninsuffizienz vermindern. Outcome-Messungen bei Diabetes-Typ-Disease-Management-Programmen im HMO-Setting haben eine effektive und signifikante Verbesserung der klinischen Indikatoren wie auch des durch die Patienten erfassten «Health Status» mittels des SF36 Health Survey Manuals aufgezeigt.

Elemente effektiven chronischen Disease-Managements

- Förderung der engen Zusammenarbeit zwischen Service Providern und Patienten,
- personalisierter schriftlich festgehaltener «Care Plan»,
- massgeschneiderte Schulung in Self-Management-Techniken,
- regelmässig eingeplante Follow-up-Konsultationen,
- Monitoring von Outcome-Parametern und Evaluation der Behandlungsadhärenz,
- gezielter Einsatz von Spezialisten,
- Stepped-Care-Protokolle.

Schlüsselkriterien erfolgreicher Disease-Management-Programme

- Patientenzentrierte Ausrichtung und Fokus auf Outcome,
- auf objektiver Datengrundlage aufbauend und evidenzbasiert ausgerichtet, um Glaubwürdigkeit und Akzeptanz zu fördern,
- realistische Orientierung, basierend auf dem, was in der realen Welt vor sich geht,
- flexibel und pragmatisch ausgerichtet, um den Unsicherheiten und Normvarianten im Praxisalltag zu begegnen,
- Dauerhaftigkeit, Nachhaltigkeit und evolutive Prozesse durch dynamischen Ansatz zu fördern,
- Hausarzt behält zentrale Schlüsselfunktion in der Behandlung bei,
- Vorteile aller Stakeholders (Patienten, Ärzte, weitere Careproviders und Versicherungen) sollen maximiert werden,
- Ziel, die Schwierigkeiten zu minimieren und Prozessabläufe möglichst einfach zu gestalten.

Internetbasierte Entscheidungshilfen (Disease Management Applications oder DMAs) scheinen das Potential zu haben, evidenzbasierte klinische Parameter der Diabetesbehandlung zu verbessern. Solche Applikationen zeichnen sich durch eine Wissensbasis aus, welche die ökonomische Struktur der Krankheit quantifiziert und Richtlinien beinhaltet, welche die verschiedenen Handlungsoptionen einschliessen. Das damit verbundene Behandlungskonzept versucht, bestehende traditionelle Grenzen zwischen medizinischen Spezialdisziplinen und Institutionen zu überbrücken, Synergien zu schaffen sowie das Selfempowerment (Erlernen von Fertigkeiten und das Erarbeiten angemessener Verhaltensweisen, die den Umgang mit ihrer Krankheit erleichtern) der Betroffenen zu fördern. Wichtige Elemente eines effektiven chronischen Disease Managements sind unten aufgeführt (siehe Kasten).

Voraussetzung zum Nachweis einer Betreuungsoptimierung sind objektivierbare Outcome-Messungen, wobei webbasierte Internet-Datenbanklösungen, die von überall zugänglich sind und die Daten zentral erfassen, eine grosse Hilfe darstellen. Auch sollten für erfolgreiche Disease-Management-Programme einige generelle Krite-

In epidemiologischer Sicht aufsehenerregend
war die Entdeckung,
dass sich Typ-2-Diabetes durch «Lifestyle
Changes» verhindern lässt.

rien sorgfältige Berücksichtigung finden (siehe Kasten), wobei der Hausarzt die zentrale Schlüsselfunktion in der Behandlung beibehält.

Zum jetzigen Zeitpunkt fehlen betriebssystemübergreifende, frei parameterisierbare, flexible und einfach zu bedienende Datenbanklösungen zum Disease Management für Diabetes weitgehend, wie sie von Ärztenetzwerken gefordert werden. Daher hat sich mediX zürich entschlossen, hier innovativ eine unabhängige und frei parameterisierbare Netzdatenbanklösung, basierend auf dem Industriestandard SQL, zu entwickeln.

Das Resultat ist Databox, eine Frontend-Softwarelösung, die plattformunabhängig konzipiert wurde und den benutzerfreundlichen Zugriff auf die mediX-SQL-Diabetes-Datenbank erlaubt. Mit Databox lassen sich Laborwerte, klinische Befunde, vereinbarte Zielsetzungen, medikamentöse Therapien und Selfempowerment-Strategien protokollieren sowie organisieren. Die zentrale Datenverwaltung erlaubt Outcome-Performance-Messungen auf Netzwerkebene und ermöglicht Analysen zur Betreu-

ungsstrategie sowie zum Optimierungspotential. Verarbeitung, Speicherung und Kommunikation wurden so gestaltet, dass Vertraulichkeit, Verfügbarkeit und Integrität in ausreichendem Masse sichergestellt sind.

Wir verfolgen mit der internetgestützten Diabetes-Datenbank als Bestandteil unseres Diabetes-Disease-Management-Programmes das Ziel, Patienten durch eine gut abgestimmte, kontinuierliche Betreuung und Behandlung vor Folgeerkrankungen möglichst zu bewahren. Fachärzte für Allgemeinmedizin und Spezialisten anderer Richtungen, Krankenhäuser und Rehabilitationszentren sollen sinnvoll koordiniert zusammenarbeiten. Das Self-empowerment der Patienten muss gefördert werden und Therapieschritte sollen nach wissenschaftlich gesichertem medizinischem Wissensstand aufeinander abgestimmt sein. Mittel- bis langfristig verfolgen wir eine substantielle Verbesserung der Betreuungsqualität, als erfreulicher Nebeneffekt dürfte aufgrund der aktuellen Studien auch eine Senkung der Leistungsausgaben der Kostenträger damit einhergehen.

Die Pilotphase der Lösung Databox wurde im Januar 2008 in der mediX Gruppenpraxis Zürich lanciert. Die ersten Erfahrungen sind erfreulich. Ein schrittweiser Ausbau auf Netzwerkebene ist geplant.

Weiterführende Referenzen

- 1 Puder J. et al, Klinische Studien zum Empowerment bei Diabetes mellitus. *Swiss Medical Forum* 2005;5:1073–75.
- 2 Knight K. et. al, A systematic review of diabetes disease management programs, *The American Journal of Managed Care* 2005;11:242–50.
- 3 Meighs JB et.al, A controlled trial of web-based diabetes disease management : The Massachusetts General Hospital diabetes primary care improvement project. *Diabetes Care*. 2003;26(3);750–7.
- 4 Rothman RL et.al., Labor characteristics and program costs of a succesful diabetes disease management program, *The American Journal of Managed Care* 2006;12(5);277–83.
- 5 Yu Lucy, Measuring outcomes of type 2 diabetes disease management programs in an HMO setting. *Southern Medical Journal*, 1, 2002.
- 6 Tuomiletho J et.al. for the Finnish Diabetes Prevention Study Group. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects wiht impaired glucose tolerance. *New England Journal of Medicine* 2001;344:1359–67.
- 7 Gaede P et.al. The Steno-2 study: intensified multifactorial intervention reduces the risk of cardiovascular disease in patients with Type 2 diabetes and microalbuminuria. *Diabetologica* 2002; A63.

Christian Eggenberger, Karl Metzger

Grisomed – Betreuungssystem für die Gesundheitsregion Graubünden

Graubünden soll nicht länger ein weisser Fleck auf der Managed-Care-Landkarte der Schweiz bleiben. Denn der Verband Hausärzte Graubünden hat ein Projekt «Grisomed» für den Aufbau eines flächendeckenden, integrierenden Ärztenetzes für die Gesundheitsregion Graubünden lanciert. Im Zentrum steht die Etablierung eines neuartigen Betreuungssystems. Dies aus der Überzeugung, dass die Herausforderungen der Zukunft gemeinschaftlich in Zusammenarbeit mit allen Akteuren im Gesundheitswesen besser gelöst werden können. Grisomed soll die hierfür notwendigen Grundlagen schaffen.

Eine etwas andere Versorgungsregion

Wenn man ein flächendeckendes Ärztenetz im Kanton Graubünden aufbauen will, muss man die Besonderheiten der regionalen medizinischen Versorgung kennen:

- Neben dem Ballungszentrum Chur und Regionalzentren wie Davos gilt es auch, die abgelegenen Regionen und Talschaften optimal zu versorgen. Graubünden gehört zudem gemäss den Prognosen des Bundesamtes für Statistik¹ zu jenen Kantonen, die in den nächsten 20 Jahren mit einem überdurchschnittlichen Anstieg an Personen über 65 Jahre zu rechnen haben. Die teilweise zeitintensiven Wege zu den Ballungszentren sprechen für einen erhöhten Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologien, damit die Patientendaten zeitgerecht und sicher gemäss der Behandlungskette fliessen können.
- Aber auch die zunehmenden Schwierigkeiten bei Nachfolgeregelungen und veränderte Bedürfnisse der ÄrztInnen an Berufs- und Freizeitgestaltung verlangen nach neuen Konzepten der Zusammenarbeit. Eine Verdünnung des Angebotes in der Peripherie würde unweigerlich zu einer schlechteren Zugänglichkeit und damit zu einer Rationierung der Medizin führen. Dieses Risiko soll durch fortschrittliche Versorgungsstrukturen minimiert werden.

¹ Szenarien zur Bevölkerung der Kantone 2005–2030, Bundesamt für Statistik.

Nach intensiven Vorarbeiten hat der Verband Hausärzte Graubünden daher beschlossen, mit «Grisomed» ein flächendeckendes, integrierendes Ärztenetz mit Unterstützung der BlueCare zu realisieren. Die regionale Dichte der Versorgungsinfrastruktur lässt einen auf Konsens und Kooperation ausgerichteten Netzwerkaufbau zu. Mit dem Aufbau von Grisomed, das von den Grundversorgern initiiert, aber möglichst von allen Leistungserbringern getragen werden soll, will man die Gesundheitsversorgung der Bündnerinnen und Bündner mitgestalten und optimieren.

Der Weg ist das Ziel

Die Vision von Grisomed ist, ein mit möglichst vielen Leistungserbringern verknüpftes und auf den Patientennutzen fokussiertes Versorgungsnetz in der Gesundheitsregion Graubünden zu entwickeln. Die Optimierung der Kommunikation und Kooperation der AkteurInnen steht im Vordergrund. Dank Grisomed

- sollen möglichst viele Leistungserbringer in Graubünden vernetzt werden, um besser und integral zusammenarbeiten zu können,
- sollen die Behandlungsprozesse mittels Etablierung eines Betreuungssystems zum Nutzen der PatientInnen unter Berücksichtigung von Effektivität und Effizienz optimiert werden,
- soll eine Verbesserung des Outcomes und der Patientensicherheit durch eine aktive Steuerung der Behandlungsprozesse erreicht werden,
- sollen Transparenz und Qualität der Leistungen verbessert werden, indem Strukturen und Instrumente zur Qualitätsentwicklung gefördert werden,



Christian Eggenberger



Karl Metzger

- soll den PatientInnen eine partnerschaftliche Betreuung ermöglicht werden, indem die Mitgestaltungsmöglichkeit in den Behandlungsprozessen erhöht wird.

Mehr als (nur) Gatekeeping

Im Zentrum von Grisomed stehen die Betreuungsbedürfnisse der PatientInnen und die Schaffung eines umfassenden Versorgungsverständnisses. Dass ein gut funktionie-

Grisomed will insbesondere dort Prozessinnovationen realisieren, wo für Arzt und Patient echte Mehrwerte geschaffen werden können.

rendes Team einen wesentlichen Faktor für den Outcome und die Patientensicherheit darstellt, ist unbestritten. Grisomed ist mehr als ein Gatekeeping-Modell. Für die

Umsetzung von Grisomed wird ein «Betreuungsarztssystem» geschaffen (siehe Abb.1). Im Unterschied zu den Gatekeeper-Ansätzen der Managed-Care-Modelle der ersten Generation wird der Fokus vermehrt auf die Koordination und Begleitung des Patienten gelegt. Neben einer Kostenoptimierung soll für die PatientInnen mehr Transparenz, Qualität und Sicherheit geboten werden.

Im Rahmen des Betreuungsarztssystems stellt der Betreuungsarzt einerseits die Primärversorgung sicher, andererseits koordiniert und überwacht er in Zusammenarbeit mit den ebenfalls an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern die weiteren Behandlungsschritte. Dem Patienten steht so, je nach Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten, ein individuelles Betreuungsteam zur Seite, bestehend aus dem primären Betreuungsarzt und den weiteren Fachpersonen (FachärztInnen, Spitäler, Apotheken usw.). Sie stellen zusammen die aufeinander abgestimmte Patientenversorgung sicher, indem die Patienteninformationen fließen und die Kommunikation als Teamarbeit verstanden funktioniert. Betreuungsärzte sind GrundversorgerInnen oder SpezialärztInnen, die am Grisomed angeschlossen sind und die entsprechenden Anforderungen und Zusammenarbeitskriterien erfüllen.

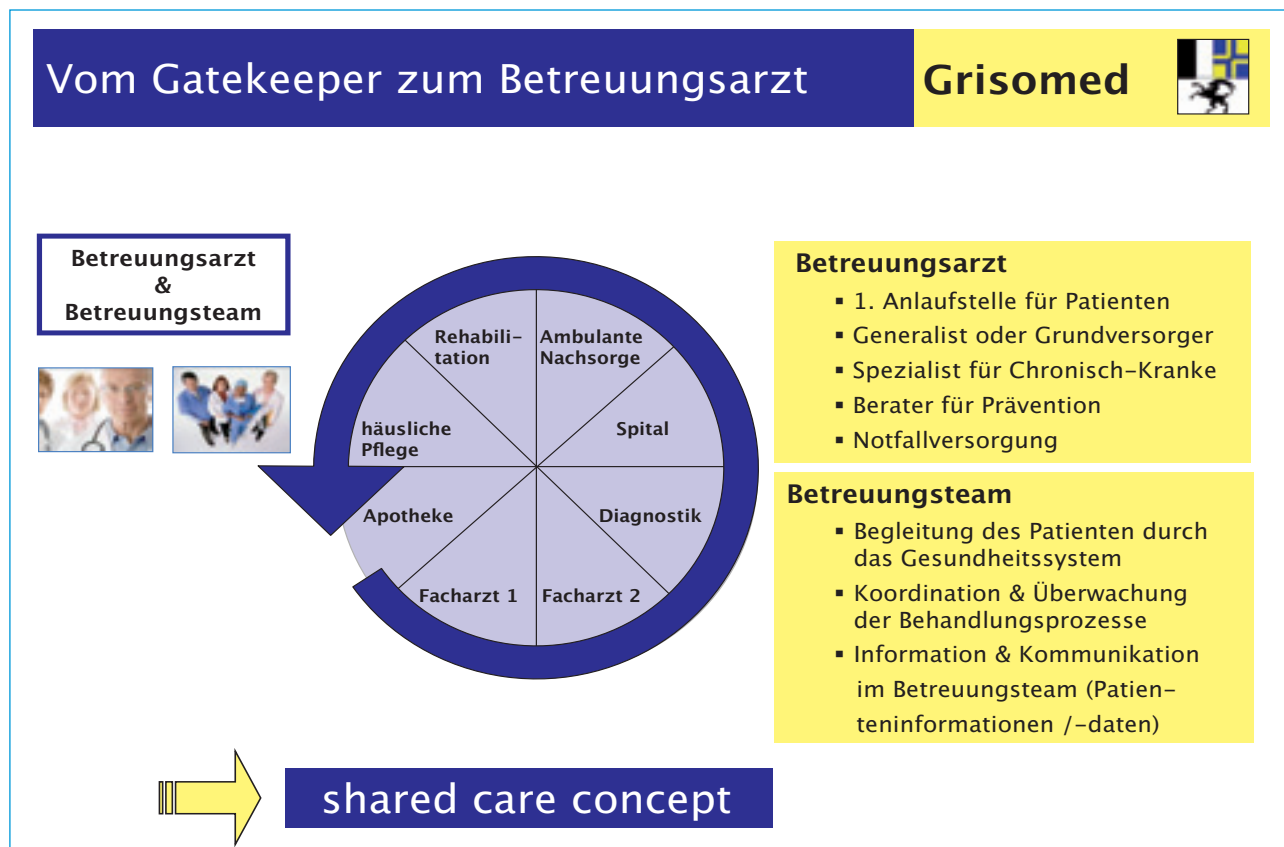


Abb.1 Übersicht über das «Betreuungsarztssystem» von Grisomed.

Patienteninformationen verfügbar machen

Zur Optimierung der Behandlungsprozesse und um Patientendaten zeitgerecht und sicher fliessen zu lassen, kommt künftig dem Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologien grosse Bedeutung zu. Mittelfristig soll mit Grisomed ein elektronisches Patientendossier – das nicht mit einer elektronischen Krankengeschichte zu verwechseln ist – eingeführt werden. Darin können alle relevanten Informationen bezüglich der verschiedenen Krankheiten oder Unfälle des Patienten zusammengefasst werden. Die Patienten legen mit ihrem Betreuungsarzt fest, was im Patientendossier abgelegt werden soll und wer sonst noch Zugriff auf das Dossier haben darf. Grisomed will insbesondere dort Prozessinnovationen realisieren, wo für Arzt und Patient echte Mehrwerte geschaffen werden können.

Angebote für Kranke und Gesunde

Neben einem besseren Krankheitsmanagement im Rahmen des Betreuungsarzt-systems will Grisomed in Zukunft auch noch weitere Dienstleistungsangebote realisieren. Heute bestehende Dienstleistungen sollen besser miteinander vernetzt werden. Ebenso sollen neue Dienstleistungen angeboten werden, welche die Bedürfnisse der Bevölkerung – ob krank oder gesund – nach Information und Orientierung bezüglich der regionalen Gesundheitsversorgung aufgreifen. Dazu können beispielsweise gebündelte Gesundheitsinformationen über verschiedene Krankheiten oder auch Angebote in der Gesundheitsförderung zur Verfügung gestellt werden.

Lernende Organisation mit Potential

Grisomed soll als dynamische, lernende Organisation aufgebaut und – nach Abschluss der Planungsarbeiten –

Mitte 2008 in Form einer Aktiengesellschaft gegründet werden. Organisatorisch soll das Ärztenetz in regionale Netzgruppen unterteilt werden, worin auch die ärztliche Qualitätsarbeit stattfinden wird. Die medizinische Leitung der Netzgruppen sowie die operative Führung der Geschäftsstelle werden durch eine qualifizierte Geschäftsleitung sichergestellt. Dort, wo sinnvoll, soll mit professionellen Partnern zusammengearbeitet werden.

Die Initianten von Grisomed sind überzeugt, dass dieses Vorhaben sowohl für die Bündner ÄrztInnen und Versicherer, die ihren Versicherten ein attraktives Managed-Care-Modell anbieten wollen, als auch für die öffentliche Hand eine grosse Chance darstellt, die Gesundheitsregion Graubünden optimaler zu gestalten. Der Schlüssel von Grisomed liegt in einer besseren Vernetzung der Zusammenarbeit der Health Professional, der Koordination der Betreuungs- und Behandlungsmassnahmen für die Patienten und der Nutzung digitaler Patientendaten.

Dr. med. Christian Eggenberger
Medizinischer Koordinator Grisomed
Belmontstrasse, 7000 Chur
eggenberger.ch@hin.ch

BlueCare AG
Karl Metzger
Projektleiter Grisomed
Pflanzschulstrasse 3, 8400 Winterthur
karl.metzger@bluecare.ch
www.bluecare.ch

Sie machen die nächsten vier Jahre Gesundheitspolitik

Mit den Neuwahlen in den National- und Ständerat wurden auch die ständigen Kommissionen für die Legislaturperiode 2007 bis 2011 neu besetzt. In der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) nehmen drei frisch Gewählte Einsitz: Dominique Baettig (SVP), Ignazio Cassis (FDP) und Thomas Weibel (Grünliberale). Hinzu kommen vier bisherige Parlamentarier, die zuvor nicht in dieser Kommission

waren. In der SGK des Ständerates (SGK-S) gibt es zwar ebenfalls neue Köpfe, doch drei der vier machten zuvor schon in der nationalrätlichen SGK Gesundheitspolitik: Christine Egerszegi (FDP), Felix Gutzwiller (FDP) und Liliane Maury Pasquier (SP). Der folgende Überblick zeigt ausserdem die Interessenbindungen im Gesundheitswesen.

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N)

Name	Partei	Interessenbindungen im Gesundheitswesen
Jürg Stahl, <i>Präsident</i>	SVP	GL-Mitglied Groupe Mutuel, Mitglied Groupe de réflexion santé der Groupe Mutuel, Mitglied Arbeitsgruppe Gesundheitswesen der Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz (VIPS)
Thérèse Meyer-Kaelin, <i>Vizepräsidentin</i>	CVP	Stiftungsrätin Fondation suisse pour la recherche sur le cancer
Dominique Baettig ^{1,2}	SVP	Psychiater FMH
Roland Borer	SVP	Mitglied Groupe de réflexion santé der Groupe Mutuel
Toni Bortoluzzi	SVP	keine
Ignazio Cassis ^{1,2}	FDP	Kantonsarzt, Präsident Public Health Schweiz
Jean Henri Dunant	SVP	Chirurg FMH
Hugo Fasel	Grüne	keine
Jacqueline Fehr	SP	Präsidentin Nationale Arbeitsgemeinschaft für Suchtpolitik
Christine Goll	SP	keine
Maya Graf ²	Grüne	Präsidentin Schweizerische Arbeitsgruppe Gentechnologie
Ruth Humbel	CVP	Regionenleiterin Santésuisse, Stiftungsrätin Pro Senectute Aargau
Marianne Kleiner ²	FDP	Co-Präsidentin Patronatskomitee Spitex-Verband Schweiz
Ueli Leuenberger ²	Grüne	keine
Ueli Maurer ²	SVP	keine
Guy Parmelin	SVP	keine
Paul Rechsteiner	SP	keine
Meinrado Robbiani	CVP	keine
Stéphane Rossini	SP	keine
Claude Ruey	FDP	Ausschussmitglied Association romande contre la drogue, Mitglied Groupe de réflexion santé der Groupe Mutuel
Silvia Schenker	SP	Präsidentin Schweizerische Gesundheitsligenkonferenz (GELIKO)
Marcel Scherer	SVP	keine
Piere Triponez	FDP	Mitglied Groupe de réflexion santé der Groupe Mutuel
Reto Wehrli	CVP	Vorstandsmitglied Krankenhausgesellschaft Schwyz, Mitglied Arbeitsgruppe Gesundheitswesen der Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz (VIPS)
Thomas Weibel ^{1,2}	Grünliberale	keine
nach Fraktionen (total 25)	SVP 8; SP 5; CVP/Grünliberale 5; FDP 4; Grüne 3	

¹ neu im Parlament ² neu in der SGK-N

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S)

Name	Partei	Interessenbindungen im Gesundheitswesen
Urs Schwaller, <i>Präsident</i>	CVP	keine
Alex Kuprecht, <i>Vizepräsident</i>	SVP	keine
Hans Altherr	FDP	VR Rheinburg-Klinik (Walzenhausen)
Christoffel Brändli	SVP	Präsident Santésuisse, Vorstandsmitglied Ombudsstelle der sozialen Krankenversicherung
Eugen David	CVP	VR-Präsident Helsana (und mehrerer Gruppengesellschaften), Beiratsmitglied RehabNet
Christine Egerszegi ³	FDP	Präsidentin Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik, Stiftungsrätin Rehaklinik Rheinfelden, Vizepräsidentin Gensuisse, Vizepräsidentin Stiftung 3E (Tierversuche)
Anita Fetz	SP	Vorstandsmitglied Krebsliga beider Basel
Erika Forster	FDP	Präsidentin Stiftung Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste St. Gallen, Präsidentin Spitex-Verband Kanton St. Gallen
Bruno Frick	CVP	Verwaltungsrat Swica Gesundheitsorganisation (und Gruppengesellschaften), Präsident Schweizer Paraplegiker-Stiftung
Felix Gutzwiller ³	FDP	VR Hirslanden Holding, VR Osiris Therapeutics (Stammzellen), VR Siegfried, Stiftungsrat Sanitas Krankenkasse, Präsident Schulrat Swiss School of Public Health, Mitglied Direktion Schweizerische Herzstiftung, Mitglied Arbeitsgruppe Gesundheitswesen der Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz (VIPS)
Liliane Maury Pasquier ³	SP	Stiftungsrätin Fondation suisse pour la santé sexuelle et reproductive (PLANES), Sekretariat des Bildungsrates Hôpitaux Universitaires de Genève
Gisèle Ory ³	SP	Stiftungsrätin Fondation de service en assurance-maladie (FOSAMAL)
Philipp Stähelin	CVP	VR Spital Thurgau, Stiftungsrat Stiftung Chiropraktoren-Institut, Mitglied Groupe de réflexion santé der Groupe Mutuel
nach Fraktionen (total 13): SVP 2; SP 3; CVP/Grünliberale 4, FDP 4		

³ neu in der SGK-S (mit Ausnahme von Gisèle Ory waren alle zuvor in der SGK-N)

Quellen: www.parlament.ch, Bundeskanzlei.

Gegenvorschlag zur SVP-Initiative: Abstimmung am 1. Juni 2008

In den Schlussabstimmungen der letzten Wintersession nahmen National- und Ständerat den Gegenvorschlag zur Eidgenössischen Volksinitiative «für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung» mit deutlichen Mehrheiten an. In der Folge zogen die Initianten der SVP ihr Begehren am 10. Januar 2008 zurück, wie es Alex Kuprecht vor der Schlussabstimmung in Aussicht gestellt hatte: «Ich bin von den Initianten autorisiert worden, Ihnen heute mitzuteilen, dass bei Zustimmung beider Räte zum Gegenvorschlag die Initiative zurückgezogen

wird.» Am 23. Januar hat der Bundesrat beschlossen, den Gegenvorschlag am 1. Juni vors Volk zu bringen. Santé-suisse fasst ihn wie folgt zusammen: «Der Kompromissvorschlag liegt näher beim Ständerat und ist damit weniger verbindlich als die ursprüngliche nationalrätliche Fassung. Aufgenommen wurde der Monismus (allerdings ohne den Monisten zu nennen). Nicht enthalten ist im neuen Text die Vertragsfreiheit (auch wenn dies von den Gegnern des Gegenvorschlags behauptet wird).» (uz)

Zu wenig genutzte Managed-Care-Angebote

Das Angebot an Managed-Care-Modellen ist im schweizerischen Gesundheitswesen recht gut ausgebaut, doch genutzt werden die verschiedenen Möglichkeiten noch zu wenig. Eine im Auftrag der Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz (VIPS) erstellte Studie¹ zieht aus dem Vergleich mit Modellen in anderen europäischen Ländern und den USA Lehren für die Schweiz. Die Verfasser der Studie fordern unter anderem, dass die durch Managed Care erzielten Einsparungen umfassend an die Versicherten über Prämienreduktionen weitergegeben werden. Sie empfehlen ferner, durch besondere Rahmenbedingun-

gen, namentlich durch die Anpassung des Risikoausgleichs, einen Wettbewerb um chronisch Kranke ähnlich wie in den Niederlanden zu etablieren. Die Überprüfung des Leistungskatalogs soll zu einer ständigen Aufgabe werden. Dazu könnte Schweden als Vorbild dienen. (NZZ)

¹ *Managed Care – ein internationaler Vergleich mit Lehren für die Schweiz: Studie im Auftrag der Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz (VIPS). Sozialökonomisches Institut der Universität Zürich 2007.*

Position der SGAM zu Risikoausgleich und Managed Care

Die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM) ist überzeugt, dass Managed Care die Hausarztmedizin stärken und die zu Recht geforderte Transparenz in den ambulanten Bereich bringen wird. Der SGAM-Vorstand möchte mit seinem Positionspapier die Optimierung der Rahmenbedingungen auf gesetzlicher Ebene unterstützen. Er setzt dabei auf folgende Eckwerte:

- Freiwilligkeit für alle Partner
- Netzwerke übernehmen Steuerungsaufgaben und können eine Budgetmitbeteiligung beschliessen
- Förderung von MC-Modellen durch Anreize für alle Beteiligten
- Die hausärztliche Kompetenzen stehen im Zentrum der ärztlichen Tätigkeit im Netzwerk
- Qualitätsstandards sollen gemeinsam mit den Kostenträgern erstellt werden, messbar sein und nicht auf rein wirtschaftlichen Kriterien beruhen
- Datenparität im Sinne einer Vollkostentransparenz

Die wesentliche Wirkung von Managed Care kann sich erst mit einem verbesserten Risikoausgleich entfalten. Daher soll der Bundesrat weitere geeignete Kriterien festlegen, welche die Morbidität abbilden. MC-Modelle müssen vor allem für chronisch Kranke und polymorbide Patienten attraktiv sein.

Die Qualifikation der als Care Manager tätigen Leistungserbringer bedarf einer Präzisierung. Es soll im Gesetzestext aufgenommen werden, dass es sich dabei um Fachärzte handeln muss, die in der Grundversorgung ausgebildet sind.

Die SGAM ist gegen eine generelle Verpflichtung zur finanziellen Mitverantwortung. Diese soll weiterhin im Rahmen der Managed-Care-Verträge definiert werden. Der SGAM-Vorstand hat grosse Sympathie für die Idee einer differenzierten Kostenbeteiligung. Fixe Grenzen (10 bzw. 20 Prozent) und ein ausschliesslicher Bezug auf diesen finanziellen Aspekt lassen hingegen zu wenig Spielraum für andere Anreizmodelle. Die Wirkung eines erweiterten Risikoausgleichs wird die Versicherer zwingen, möglichst vielseitige MC-Modelle anzubieten.

Dr. med. Margot Enz Kuhn, Mitglied SGAM-Vorstand

Vorschau

Care Management 2/08 erscheint am 14. April; Schwerpunktthema «Managed Care als Bildungslandschaft»