



Seite 3

Interview mit Jaques de Haller

«In Tat und Wahrheit geht es den Befürwortern ums Geld»

Schwerpunkt Bildung

- **Qualifiziert für Innovation und Vernetzung?**
- **Neue Schlüsselqualifikationen und Berufsfelder in Managed Care**
- **Nichtärztliche Gesundheitsberufe – Innovationen in der Grundversorgung**

E-Health

Informatik in der Arztpraxis: Beispiel Medikamentenmanagement

Qualität

Ärztliche Effizienzbemessung: Mehr Dissens als Konsens

Blick in die Zukunft

Ärztetze als Katalysatoren für Innovationen

Managed Care im Vergleich

Was die Schweiz vom Ausland lernen kann

Offizielles Organ

**FORUM
MANAGED
CARE**

Interview mit Jacques de Haller

«In Tat und Wahrheit geht es den Befürwortern ums Geld»

Am 1. Juni stimmt das Volk über den Verfassungsartikel «Für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung» ab. Die FMH und ihr Präsident Jacques de Haller sind klar dagegen; Begriffe wie Schönfärberei und Kassendiktat machen die Runde. «Ziel muss es sein, dass die freie Arztwahl für den Patienten und die freie Berufsausübung für uns Ärzte erhalten bleiben», schreibt de Haller in der Ärztezeitung.



Care Management: Herr de Haller, weshalb sind Sie so heftig gegen den neuen Verfassungsartikel «Für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung»?

Jacques de Haller: Es gibt hier drei Hauptgründe: erstens der Monismus. Auch wenn die Krankenversicherer nicht explizit als Monist genannt sind, ist klar, dass sie es wären. Das würde aber bedeuten, dass die Krankenkassen künftig acht bis zehn Milliarden Steuerfranken verwalten – ohne Kontrolle. Eine solche Machtverschiebung zugunsten der Kassen ist nicht akzeptabel. Zweiter Grund sind die Pflegeleistungen: Heute sind sie eine Pflichtleistung, im neuen Text nur noch eine Kann-Leistung. Das kommt für uns nicht in Frage. Zum dritten geht es schlicht und einfach um die Einführung der Vertragsfreiheit und damit der Abschaffung der freien Arztwahl für Patienten. Und die ist für uns nicht verhandelbar.

Im neuen Text steht aber nirgends geschrieben, dass die Vertragsfreiheit eingeführt werden soll. Woraus entnehmen Sie Ihre Befürchtung?

Natürlich ist das Wort Vertragsfreiheit nicht explizit erwähnt – schliesslich ist es ein Verfassungstext. Hingegen ist viel von Wettbewerb die Rede. Die parlamentarischen Debatten und das Gutachten, das wir in Auftrag gaben, belegen aber schwarz auf weiss, dass der Artikel den Vertragszwang aufheben und die Vertragsfreiheit einführen will.

Ist denn Wettbewerb per se schlecht? Es gibt doch auch einen Qualitätswettbewerb.

Genau so argumentieren die Befürworter des neuen Verfassungstextes. Doch in Tat und Wahrheit geht es ihnen ums Geld. Die Ökonomie darf aber nie die Grundlage der Medizin sein – wie es zum Beispiel bei den Listenmodellen der Fall ist. Zudem ist es ganz entscheidend, dass Auswahlkriterien, welcher Art sie auch immer sind, gemeinsam von den Tarifpartnern ausgearbeitet werden ...

... und einen Qualitätswettbewerb ermöglichen.

Natürlich brauchen wir Mindestziele und transparente Kriterien, die die hohe Qualität unserer Gesundheitsversorgung gewährleisten. Doch ein Wettbewerb im Sinne von «Ich bin besser als der andere» ist falsch.

Sie bestreiten aber nicht, dass es qualitative Unterschiede bei den Ärztinnen und Ärzten gibt?

Natürlich sind die einen bessere Kommunikatoren als die anderen oder bessere Operateure. Entscheidend ist aber, dass alle Ärztinnen und Ärzte klare, anerkannte und kontrollierbare Qualitätskriterien erfüllen. Dann sollen sie auch einen Behandlungsvertrag bekommen.

Was halten Sie vom Angebotswettbewerb, wie er zum Beispiel durch Ärztenetze ermöglicht wird?

Das unterstützt die FMH seit langem. Allerdings muss die Teilnahme freiwillig sein. Deshalb lehnen wir eine selektive Aufhebung des Vertragszwangs ab, wie es die Gesundheitskommission des Ständerates anstrebt. Denn wenn nur noch Ärztinnen und Ärzte in Managed-Care-Modellen vom Vertragszwang profitieren, wollen alle dorthin. Damit aber wird die Managed-Care-Bewegung ihren Anspruch, bessere Qualität zu bieten, nicht mehr halten können.

Ihre Prognose für den 1. Juni?

Der Verfassungstext wird abgelehnt. Womit wir eine gute Position für bessere Lösungen haben, namentlich im Managed-Care-Bereich.

Interview: Urs Zanoni



Peter Berchtold zum Schwerpunkt Bildung

Qualifiziert für Managed Care?

Bildungsangebote und zukunftsfähige Qualifikationen fürs Gesundheitswesen von morgen



Peter Berchtold

Lassen Sie mich davon ausgehen, dass die Behandlung von Kranken und die Betreuung von älteren Menschen in Zukunft (und im Gegensatz zu heute) weniger fragmentiert, stärker koordiniert und vor allem vernetzter angeboten werden. Dann nämlich ist es höchste Zeit für die Frage, wie wir für diese künftige Gesundheitsversorgung den Nachschub an dafür qua-

lifizierten Berufspersonen gewährleisten können und welche Konsequenzen sich daraus für die Aus- und Weiterbildungsgänge ableiten lassen. Denn was wir heute vermitteln, wird erst in vielen Jahren wirksam werden.

Die Bildungslandschaft in Gesundheitswesen heute ist in weiten Teilen Spiegelbild der Entwicklung der Professionen und der professionellen Selbstverständnisse der Berufspersonen: So wie viele Tätigkeitsfelder und Verantwortungsbereiche von einzelnen Professionen als deren Hoheitsgebiet betrachtet werden, so streng disziplinar getrennt sind auch viele der Aus- und Weiterbildungsgänge, zwischen diesen existiert nur wenig Durchlässigkeit. Wohl gemerkt, Durchlässigkeit meint an dieser Stelle nicht nur

formelle Durchlässigkeit, dass beispielsweise ein Fachhochschulstudent an eine Universität wechseln kann – oder umgekehrt. Viel wichtiger scheint, dass vermehrter Austausch zwischen den – auch zukünftig notwendigen – disziplinären Bildungsgängen entwickelt wird. Spezialisierung und Fachwissen werden immer tragende Säulen der beruflichen Tätigkeiten und der Professionen im Gesundheitswesen sein. Und gleichzeitig werden die zunehmende Komplexität der diagnostischen und therapeutischen Massnahmen mehr Vernetzung und Kooperationsfähigkeiten fordern, neue Berufsfelder hervorbringen und bestehende Berufsverständnisse verändern.

Diese Entwicklungen werden Bildungsinstitutionen und Studierende im Gesundheitsbereich herausfordern und beeinflussen: Wie können Vernetzungs- und Kooperationsfähigkeiten vermittelt werden, welche Veränderungen der heutigen Gesundheitsberufe sind zu erwarten, entstehen auch bei uns neue Berufe, und welches sind die daraus sich ergebenden Konsequenzen für die Aus- und Weiterbildungen? Diesen und weiteren Fragen wollen wir in den folgenden Artikeln nachgehen und mögliche Antworten sowie Lösungsansätze aufzeigen.

PD Dr. Peter Berchtold
College-M
Freiburgstrasse 41
3010 Bern
peter.berchtold@college-m.ch

Christof Schmitz

Qualifiziert für Innovation und Vernetzung?

Der fortschreitende Vernetzungstrend im Gesundheitswesen erfordert Kompetenzen im Umgang mit kulturellen Unterschieden der verschiedenen Akteure. Hier muss die Berufsausbildung ansetzen: Denn verschiedene Rollen- und Berufsbilder und Abgrenzungsbestrebungen gegenüber anderen erschweren Dialoge oft in bedeutsamer Weise.

In der NZZ vom 29. Februar 2008 [2] erschien ein Beitrag, in dem die Möglichkeit erörtert wurde, dass akademisch ausgebildete Pflegefachleute Aufgaben der Hausarztmedizin übernehmen könnten. Die Autoren, Dozenten der Pflegewissenschaften, meinen, «Aufgaben und das Rollenverständnis von Pflegefachpersonen sollten über Berufs- und Standesgrenzen hinweg neu diskutiert werden». Relevant für diese Diskussion seien insbesondere das verstärkte Aufkommen von chronisch Kranken, die Notwendigkeit, diese in Teamarbeit zwischen ÄrztInnen und Pflegenden zu betreuen, und der potentielle Beitrag der Pflegefachpersonen zu einer verbesserten Kosteneffizienz.

Hier finden wir im Nukleus eine Reihe der aktuellen Themenstellungen, die auch zu Diskussionen im Bildungsbereich führen und führen müssen. Während die Nennung von Krankheitsbildern oder demographisch-epidemiologischen Entwicklungen ebenso zum (relativ) unproblematischen Allgemeinbestand solcher Diskussionen zählt

Innovationen, die von «unten» kommen,
müssen die Abwehrreihen jener,
die ihre Territorien in Gefahr sehen,
durchbrechen

wie die von Kostenüberlegungen, lässt der «berufs- und standesübergreifende» Aspekt aufhorchen. Zugespitzt gefragt: «Darf» es sein, dass Pflegenden Tätigkeiten von ÄrztInnen wahrnehmen? Aber was sind ärztliche Tätigkeiten? Wo beginnen diese, und wo hören sie auf? In manchen Fällen ist das klar wie Quellwasser, in anderen so wie Schuhwichse, um ein Bonmot Johann Nestroys zu bemühen. Offensichtlich sind die Grenzen nicht ganz scharf zu ziehen. Einige Tätigkeiten sind weniger aus konkret fachlichen denn aus historischen und gelegentlich auch standespoli-

tischen Gründen der ärztlichen Berufsgruppe zugeteilt.

In dieser Schnittstelle liegt Innovationspotential. Clayton Christensen und Mitarbeitende haben dies vor einigen Jahren in einem wichtigen Artikel zu «disruptive innovations» im Gesundheitswesen thematisiert¹.

Sie beschreiben, wie stark die Entwicklung der Medizin und ihrer Nachbarfelder wie der Medizintechnik oder der Pharma auf die Behandlung schwerer Erkrankungen und die Verbesserungen ihrer diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten fokussiert ist. Die positive Folge ist, dass die Gesamtkompetenz im System ansteigt und eine Fülle schwerer und schwerster Krankheiten behandelt werden kann. Gleichzeitig erzeugt dieser Fokus aber auch eine Tendenz zu teuren Behandlungssystemen, so dass auch für einfachere, weniger dramatische Erkrankungen vor allem Hochkostensysteme zur Verfügung stehen.

Ein Beispiel: Wenn Universitätsspitäler Blinddärme operieren, ist das für die Lehre hilfreich, unter Kostengesichtspunkten aber problematisch. Die Frage, die sich stellt, lautet, wie zu unterschiedlichen Leistungsniveaus entsprechende effiziente Angebote offeriert werden können. Welche Leistungen benötigen chronisch Kranke, akut schwer Erkrankte, und von wem und welcher Einrichtung können diese mit welchen Kosten wahrgenommen werden? Abbildung 1 unterscheidet beispielhaft vier Leistungsebenen und vier Leistungserbringer, die aufsteigend Kompetenz – und Kosten – ins Spiel bringen. Offensichtlich macht es wenig Sinn, wegen eines Schnupfens einen HNO-Spezialisten aufzusuchen, wie es umgekehrt nicht möglich ist, sich selbst mit einer neuen Hüftprothese zu versorgen. Neben diesen evidenten Fällen gibt es andere, wie etwa die längerfristige Betreuung von Patienten mit einer Herzschwäche, die kombiniert von Pflegenden und ÄrztInnen betreut werden können, wie Beispiele aus anderen Ländern zeigen.

Disruptive oder störende Innovationen kommen tendenziell von «unten». Beispiele neben dem genannten bieten



Christof Schmitz

¹ Christensen CM, Bohmer R, Kenagy J. Will disruptive innovations cure health care? Harvard Business Review 2000 (Sept/Oct):102–12.

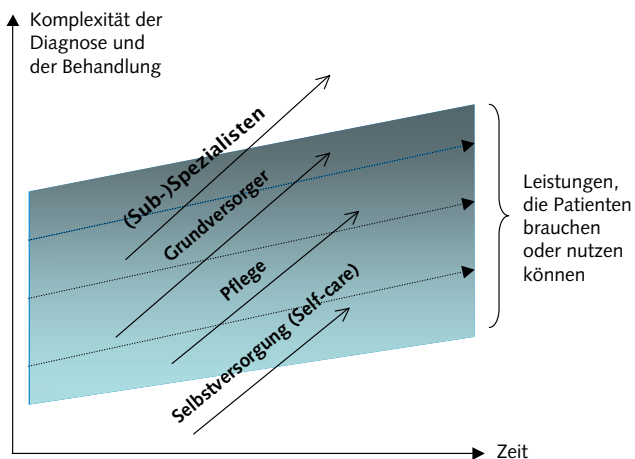


Abb. 1 Leistungsebenen und Leistungserbringende.

einfache Technologien, die die Selbstversorgungsmöglichkeiten von Patienten stärken, oder auch die Übernahme von Tätigkeiten von einer «oberen» auf eine «untere» (kostengünstigere) Ebene. Innovationen wie diese, also solche, die von «unten» kommen, sind üblicherweise starkem Widerstand ausgesetzt. Sie müssen die Abwehrrufen jener, die ihre Territorien in Gefahr sehen, durchbrechen. Worauf Christensen und Mitarbeitende hinweisen, ist, dass die Identitäten und die Geschäftsmodelle der Beteiligten in den Gesundheitssystemen tendenziell in «nach oben gerichtetem» Sinne orientiert sind. Würde beispielsweise die Wahrnehmung einer Reihe von grundversorgerischen Tätigkeiten durch Pflegenden – wie sie etwa in dem erwähnten NZZ-Artikel nahegelegt werden – nicht Risiko bedeuten, weil Pflegenden weniger in der Lage wären, kritische Signale, die auf schwerwiegende Krankheiten hinweisen könnten, wahrnehmen? Hier zu diskutieren ähnelt rasch einem Griff in ein Schlangennest, weil unmittelbar Glaubens-, Einfluss- und Einkommensverhältnisse ganzer Populationen betroffen sind. Die Gruppen hier sind zudem ganz besondere, nämlich professionelle.

Professionen

Professionen sind ein spezielles gesellschaftliches Organisationsprinzip. Sie bilden Berufsstände mit ihren Standesorganisationen, die ihre eigenen Aus- und Weiterbildungen entwickeln und verwalten. Darüber wird der Zugang zur Profession geregelt, sie beziehen sich auf wissenschaftliches Wissen und bringen ihre eigenen Qualitäts- und Ethikstandards hervor. Professionen bilden ihre Mitglieder nicht nur aus, sondern – umfassender noch – sozialisieren sie. Das heisst, sie beschränken sich nicht

nur auf Wissensvermittlung, sondern beeinflussen ihre KandidatInnen in umfangreicher und tiefgehender Weise hinsichtlich Berufs- und Rollenverständnissen. Professionals zeichnen sich in der Regel dadurch aus, dass sie hochspezialisiert ausgebildet sind. Aufgrund ihres Spezialwissens – das für Aussenstehende kaum durchschaubar oder nachvollziehbar ist – bleibt den Professionals in der Regel die Kontrolle ihrer Arbeit selbst überlassen, wodurch sie ein grosses Mass an Autonomie in der Berufsausübung besitzen [5, 6].

Die Profession stellt die notwendige Struktur und Koordination zur Verfügung [5]. Die Arbeit von Professionals zeichnet sich neben hoher Autonomie auch durch eine hohe Differenzierung aus, weshalb professionelle Organisationen häufig mit Koordinationsproblemen zwischen den einzelnen Bereichen zu kämpfen haben [6]. Glouberman und Mintzberg [3] zeigen nach mehrjähriger Beobachtung des Spitalalltags, dass Spitäler die vier Subsysteme «Cure», «Care», «Control» und «Community» differenziert haben (Abb. 2).

«Cure» (die MedizinerInnen) und «Care» (die Pflegenden) arbeiten beide im operativen Kerngeschäft der Behandlung und Betreuung von Patienten. Ganz unterschiedliche Grundverständnisse trennen diese beiden Subsysteme: MedizinerInnen profilieren sich in ihren Fachdisziplinen, kontrollieren Behandlungsentscheidungen und orientieren sich gerne ausserhalb der Spitalhierarchie. Die Pflegenden widmen sich vor allem den Betreuungsprozessen, koordinieren vieles rund um den Patienten und orientieren sich eher innerhalb der Organisation. «Control» (das Manage-

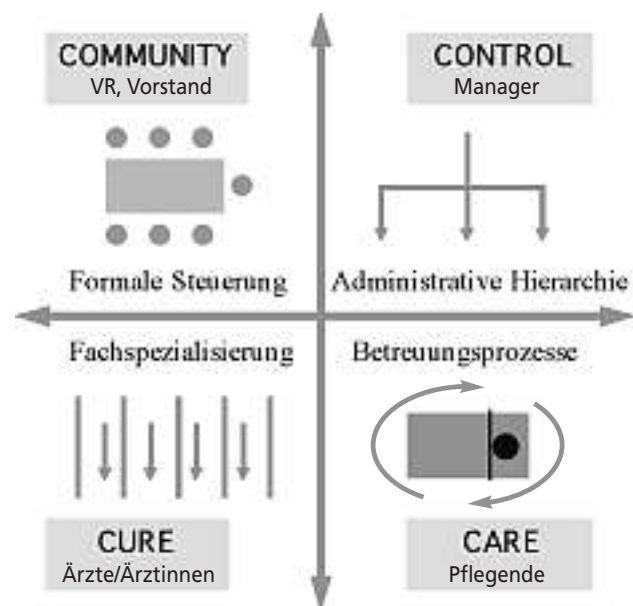


Abb. 2 Die vier Subsysteme in Spitälern nach Glouberman und Mintzberg.

ment) identifiziert sich mit der formalen Hierarchie, kontrolliert Ressourcen (Budget, Betten, Stellen) und hat die Aufgabe, das Spital zu leiten. Das der Gesamtorganisation vorgesetzte Gremium («Community») ist als Repräsentant der Öffentlichkeit zur Aufsicht verpflichtet und bildet gleichzeitig die formale Verbindung zur Aussenwelt. Die je eigenen Selbstverständnisse, Kulturen, Hierarchiebezüge und Orientierungen, die diese vier Subsysteme charakterisieren, entwickeln sich, wie erwähnt, während der beruflichen Ausbildung und Arbeit in den spezifischen Kontexten.

Mintzberg und Glouberman beanspruchen mit ihrem Kreuz, nicht nur Aussagen zum Krankenhaus, sondern auch über das Funktionieren des Gesundheitssystems als Ganzes machen zu können. Sie hieven dazu das Kreuz auf die Systemebene und setzen «Cure» mit dem stationären Akutbereich, «Care» mit Grundversorgung, Rehabilitation usw., «Control» mit Krankenkassen, Versicherungen usw. und «Community» mit Staat und Politik gleich (Abb. 3).

Tatsächlich sind zwischen den so beschriebenen Subsystemen des Gesundheitswesens analoge Kulturunterschiede und Grundhaltungen festzustellen, wie sie für das Krankenhaus beschrieben sind: Spitäler sind entlang medizinischer (Sub-)Spezialitäten konfigurierte Einrichtungen zur Behandlung von Patienten mit akuter Krankheit oder akutem Schub eines chronischen Leidens. «Care» umfasst eine Vielzahl unterschiedlicher Einrichtungen und Professionals (GrundversorgerInnen, Rehabilitationseinrichtungen, spitalexterne Pflege usw.), die sich aber alle vor allem den Betreuungsprozessen widmen und sich rund um den Patienten koordinieren. Man kann wohl davon ausgehen, dass viele Erfahrungen von Netzwerken (Ärztetze, HMOs, Case Management usw.) als Referenzwerte solcher Systemgrenzen zwischen «Cure» und «Care» stehen können. Auch hier gelten zunächst «einfach» Kulturunterschiede, beispielsweise zwischen einem Spezialisten und einem Hausarzt oder zwischen Krankenhaus und Nachsorgeeinrichtung. Diese sind professionell unproblematisch, solange sie nicht die relevanten Einflussphären und Identitäten der Beteiligten tangieren. Wenn letzteres der Fall ist, und das wird rasch passieren, wenn gemeinsamer Handlungsbedarf und nicht nur «sequentielle» Weitergabe gegeben ist, dann darf erwartet werden, dass es zu ähnlichen Abgrenzungs- oder Abstossungsphänomenen kommt wie innerhalb des Krankenhauses.

Ist hier einer der Hintergründe zu finden, warum immer wieder die teilweise geringe oder langsame Weiterentwicklung von Vernetzungen zu beschreiben ist? In jedem Fall zeigen diese Überlegungen, dass eine differenzierte Gesamtsteuerung der Gesundheitssysteme nicht – wie in vielen politischen Diskussionen üblich – auf die Frage

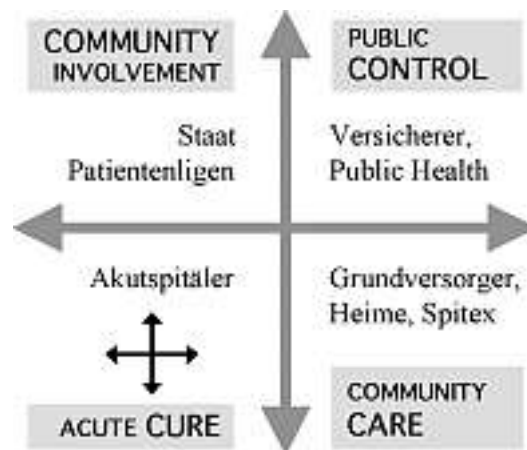


Abb. 3 Die vier Subsysteme des Gesundheitssystems.

«staatlicher (hierarchischer) Kontrolle versus wettbewerbliche Steuerung» reduziert werden kann. Weder ausschliesslich staatliche Organe noch der alleinige Wettbewerb unter Leistungsanbietenden werden erreichen, gleichzeitig Unnötiges zu verhindern und Notwendiges auch solidarisch zu ermöglichen. Eine differenzierte Steuerung setzt – in Analogie zum einzelnen Krankenhaus – Vertrautheit mit den hier beschriebenen Verschiedenheiten voraus und die Bereitschaft, diese in ihrer möglichen Komplementarität wertzuschätzen, statt sie als Grundlage eines Machtkampfes und der Ab- und Ausgrenzung einzusetzen. Eine erste wichtige Forderung an die Bildungslandschaft Managed Care wäre demnach, dieses Verständnis und einen wirkungsvollen Umgang damit in viel grösserem Umfang als heute zu vermitteln und zu stärken.

Innovation und Überbrückung

Nimmt man die im «Kreuz» des Spitals bzw. des Gesundheitssystems illustrierte Erkenntnis ernst, muss erstens erwartet (und gehofft) werden, dass grenzüberschreitende

Um ExpertInnen wirklich dialogfähig zu machen,
ist einiges an Bildungsarbeit zu leisten

Innovationen kommen werden. Zwei Beispiele: Neue, einfache und relativ billige Technologien helfen Patienten, sich besser (und länger) selbst versorgen zu können (z.B. durch eigenständiges Monitoring gesundheitsrelevanter Daten). Eine Reihe bislang ärztlicher Leistungen in der Behandlung von chronisch oder langfristig zu pflegenden Kranken wird von speziell ausgebildeten Pflegen-

den erbracht. Die Hoffnung, dass «disruptive innovations» wie diese «will cure health care systems», mag hochgehängt sein, aber ohne Zweifel steckt gerade darin großes und wichtiges Potential für die Entwicklung innovativer Leistungsprozesse unserer Gesundheitssysteme.

Zweitens stellt sich die Frage der Vernetzung der unterschiedlichen Akteure, SpezialistInnen, ProfessionistInnen und Einrichtungen. Was kann diese Vernetzung befördern helfen? Andy Rihs, der vormalige Chef des Hörgeräteherstellers Phonak, formulierte einmal mit Bezug auf das erfolgskritische Mit- und Nebeneinander der unterschiedlichsten SpezialistInnen in seiner Firma: «Spe-

Erfolgreich wirken können wird jemand nur, der nicht nur in hierarchischen Systemen, sondern insbesondere unter Netzwerkbedingungen effektiv sein kann

zialisten wissen extrem wenig. Wir versuchen aus allen Spezialisten Generalisten zu machen» [7]. Er meinte damit, dass einiges an Arbeit zu leisten sei, um ExpertInnen dialogfähig zu machen – sie sind es nicht von sich aus, bzw. es wurde ihnen während ihrer professionellen Sozialisierung wenn schon nicht ausgetrieben, so zumindest nicht beigebracht. Das ist eine der gar nicht so gerne gehörten Wahrheiten über ExpertInnen: Diese bleiben gerne unter sich oder in asymmetrischen Verhältnissen (gegenüber Laien), lernen relativ schlecht (jenseits ihrer Expertise) und sind vielfach abwehrend in ihrem Lernverhalten [1]. Auch Dietrich Dörner hat in seinen wegweisenden Experimenten zu Entscheidungsverhalten in komplexen Situationen – der berühmten Logik des Misslingens – bereits früh gezeigt, dass ExpertInnen besonders gerne scheitern.

Das Zitat von Andy Rihs bezeichnet die Einsicht in die weitreichenden Konsequenzen des Spezialistentums und die Notwendigkeit, aktiv Einfluss zu nehmen, um Dialoge über Subsystemgrenzen hinweg produktiv werden zu lassen. Kulturunterschiede bedeuten ja keineswegs unüberbrückbare Differenzen, aber sie erschweren Dialoge oft in bedeutsamer Weise. Nicht umsonst florieren heute Programme in interkulturellem Management in den Unternehmen. Dort, wo produktiv miteinander kooperiert werden soll, sind Kompetenzen im Umgang mit kulturellen Unterschieden entscheidend.

In der multikulturellen Welt des Gesundheitssystems ist das nicht anders. Kontakt zwischen den Welten wird dort rasch herausfordernd, wo höhere Intensitäten an Vernetzung und Gemeinsamkeit gegeben sind – wie beispielsweise in einer ernstgemeinten integrierten Versorgung.

Immer dann, wenn die (Sub-)Spezialisierungen einer Profession hinsichtlich ihrer Grenzlinien zu anderen Disziplinen tangiert werden, wird es sensitiv und sind Vernetzungs- und Überbrückungskompetenzen gefragt. Dazu zählen all jene Kompetenzen, die helfen, die Systemunterschiede im Gesundheitswesen zu verstehen und in ihnen erfolgreich wirken zu können. Erfolgreich wirken können wird jemand nur, der nicht nur in hierarchischen Systemen, sondern insbesondere unter Netzwerkbedingungen effektiv sein kann. In professionenübergreifenden Netzwerken tätig zu sein bedeutet, nur wenig mit (An-)Weisungen, aber viel mit wechselseitigen Unterstützungen operieren zu müssen. Netzwerke funktionieren dann gut, wenn die Mitglieder des Netzwerkes eine (mittel- bis langfristige) Stimmigkeit ihres Gebens und Nehmens erfahren. Damit sind Netzwerke ungleich sensibler als andere Sozialtypen auf die Balancierung von Kosten-Nutzen-Verhältnissen.

Damit haben wir drei Inhalte, die für innovative Bildung und Bildungsorganisationen in zukünftigen Gesundheitssystemen relevant sein werden:

1. Innovationsfähigkeit schulen: Wie entstehen Innovationen und was fördert diese?
2. Interkulturelle Kompetenzen entwickeln: «How to deal with Doctors, Nurses, Managers ...?»
3. Netzwerkfähigkeiten entwickeln: das wichtige dritte Prinzip neben Hierarchie und Markt verstehen und die entsprechenden Kompetenzen entwickeln.

Literatur

- 1 Argyris C. Wenn Experten wieder lernen müssen. *Harvard Manager* 1991 (13);4: 95-107.
- 2 De Geest S, Schwendimann R, Spichiger E, Cignacco E. Akademisch ausgebildete Pflegefachleute in der Hausarztmedizin. *NZZ* vom 29.02.2008.
- 3 Glouberman S, Mintzberg H. Managing the care of health and the cure of disease – part I: Differentiation. *Health Care Management Review* 2001, Winter: 56-69.
- 4 Lozeau D, Langley A, Denis JL. The corruption of managerial techniques by organizations. *Human Relations* 2002 (55);5: 537-64.
- 5 Mintzberg H. Covert leadership: Notes on managing professionals. *Harvard Business Review* 1998, November-December: 140-47.
- 6 Mintzberg H. Mintzberg über Management. Führung und Organisation. Mythos und Realität. Wiesbaden: Gabler 1991.
- 7 Schmitz C, Zucker B. Wissensmanagement. Regensburg, Berlin: Metropolitan 2003.

christof.schmitz@college-m.ch

Volker Amelung, Peter Berchtold

Neue Schlüsselqualifikationen und Berufsfelder in Managed Care

In integrierten Versorgungssystemen stehen nicht nur die (ärztlichen) Einzelleistungen im Vordergrund, sondern das Zusammenspiel vieler: Die Bereitschaft zur Kooperation, Kommunikations- und Koordinationsfähigkeit sind dabei die Basis des Erfolgs, EinzelkämpferInnen müssen zugleich TeamplayerInnen werden.

Höhere Vernetzung und Integration in unseren pluralistisch aufgebauten Gesundheitswesen sind herausforderungsreich und im Rahmen der gängigen Funktions- und Rollenverständnisse der Akteure nur beschränkt möglich. Am Beispiel eines hochintegrierten Versorgungsmodells aus den USA [1] soll aufgezeigt werden, was mit verstärkter Integration gemeint ist und welche neuen Qualifikationen für die bestehenden Berufsgruppen und welche neuen Berufsfelder dazu erforderlich sind.

Montefiore Inc. – ein Beispiel weitentwickelter integrierter Versorgung

Montefiore ist eines der ältesten integrierten Versorgungssysteme in den USA. Gegründet wurde Montefiore 1884 als «Home for Chronic Invalids» mit einer damaligen durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von mehr als 350 Tagen. Bereits in der ersten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts wurden verschiedene Elemente eines integrierten Versorgungssystems aufgenommen (1920 «out-patient clinics» und 1947 «Home Health Care»). Ende der 80er Jahre wurde mit dem Aufbau des «Primary Care Network» begonnen.

Das Beispiel aus den USA zeigt, was die grundsätzlichen Herausforderungen der zukünftigen Berufsleute im Gesundheitswesen sein werden

Heute bietet das Versorgungssystem Montefiore nahezu das komplette Portfolio an Gesundheitsleistungen an und ist deshalb ein hervorragendes Beispiel zur Verdeutlichung der Anforderungen an die Qualifikation der Berufspersonen (Abb. 1). Die Versorgung beginnt ausgesprochen basisnah in den Schulen der Bronx – Montefiore verfügt

auch über mobile Einrichtungen – und baut stark auf primärärztlichen Zentren auf. Diese sind mit größten Medizinischen Versorgungszentren vergleichbar. Die fachärztliche Versorgung erfolgt sowohl in diesen Zentren als auch in Portalkliniken und Ambulanzen. Besonders hervorzuheben ist die Verknüpfung zwischen Akut- und Rehabilitationsversorgung: Beispielsweise steht ein Pflegeheim direkt auf dem Campus und ermöglicht eine Optimierung dieser sowohl aus Qualitäts- wie aus Kostenaspekten kritischen Schnittstelle. Ergänzt werden diese Angebote durch einen ausgedehnten ambulanten Versorgungsdienst sowie ein Callcenter. Montefiore ist jedoch nicht nur ein klassischer Leistungsanbieter, sondern übernimmt für etwa 150 000 Einwohner der Bronx die gesamte Gesundheitsversorgung und das komplette (Finanz-)Risiko, indem Montefiore für diese Versicherten, die aus dem bundesstaatlichen Medicaid-Programm kommen, eine jährlich ausgehandelte Kopfpauschale erhält.

In einem derartigen integrierten Versorgungssystem lassen sich natürlich Prozessoptimierungen wie beispielsweise Disease-Management-Programme sinnvoll umsetzen. Der Fokus von Disease-Management-Programmen liegt bei Montefiore auf der Versorgung chronisch Kranker. Entsprechend wurden Programme für Koronare Herzkrankheit, Diabetes, Asthma, Depression, Bluthochdruck und Nierenversagen, d.h. die häufigen und als Volkskrankheiten bezeichneten Indikationen, entwickelt und umgesetzt. Die Konzepte zeichnen sich einerseits durch eine starke primärärztliche Fokussierung und interdisziplinäre Konzeption und andererseits durch die erhebliche telemedizinische Unterstützung aus. Neben diesen indikationsorientierten Ansätzen hat Montefiore 2007 damit begonnen, zielgruppenspezifische Programme zu entwickeln. So wird in einem Programm



Volker Amelung



Peter Berchtold

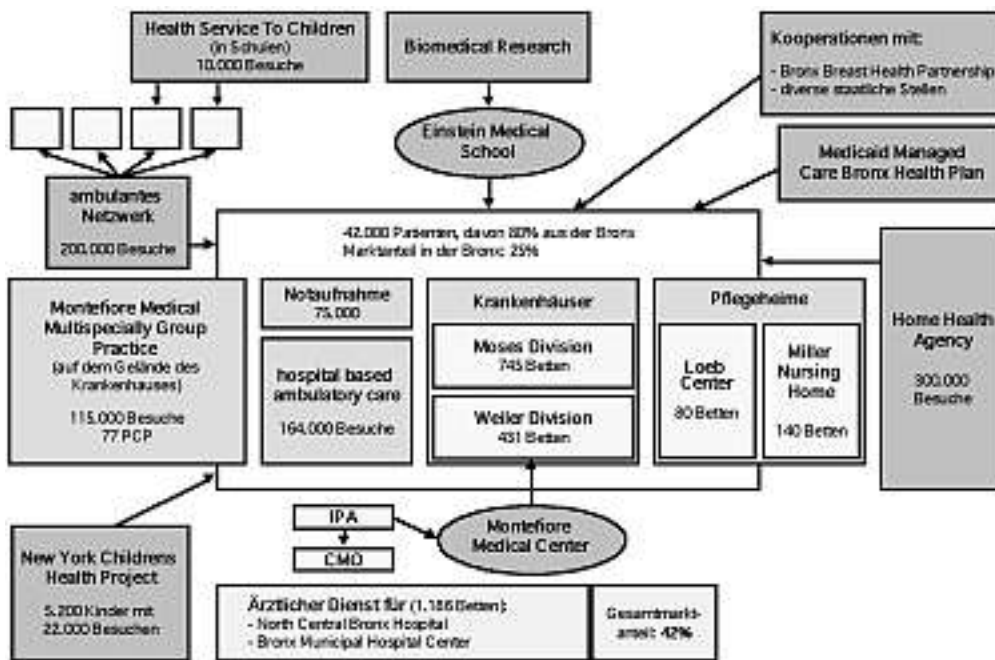


Abb. 1 Organisationsstruktur von Montefiore.

gezielt auf die Herausforderungen der Versorgung Hochbetagter eingegangen, wo beispielsweise der Sturzprophylaxe im häuslichen Umfeld eine grosse Bedeutung zukommt.

Bei der Beurteilung von Montefiore muss berücksichtigt werden, dass dieses Versorgungssystem in der Bronx wohl eines der anspruchsvollsten und schwierigsten sozialen Umfeld der USA umfasst. Die Bronx gehört mit 1,7 Millionen Einwohnern zu den zehn grössten amerikanischen Städten. Mit einem Anteil von 30% der Bevölkerung an Medicaid-Berechtigten und mit einem Drittel der Bevölkerung mit einem Einkommen von weniger als 10 000 US-\$, 75% «Non-Whites» und mit einer Kindersterblichkeit von 13,3% stellt diese Region ohne Frage eines der benachteiligten sozialen Umfeld dar.

Um so mehr beeindruckt die Leistungen von Montefiore. Montefiore zeigt, dass integrierte Versorgungskonzepte, die weite Teile der Wertschöpfungskette beinhalten, auch – oder vielleicht insbesondere – in einem sol-

chen Umfeld umsetzbar sind. Abbildung 2 stellt nochmals in anderer Form dar, wie vollständig die Wertschöpfungskette abgebildet ist.

Trotz der deutlich schwieriger zu versorgenden Bevölkerungsstruktur – die Asthmaprävalenz liegt in der Bronx beispielsweise bei 42% – erzielt Montefiore in allen Qualitätsindikatoren des Staates New York bessere Ergebnisse als der Durchschnitt der entsprechenden Leistungserbringer. Die hohe Versorgungsqualität konnte nur erreicht werden, weil Montefiore unter anderem konsequent in die Verbesserung der Versorgungsqualität investiert hat. Zwischen 1995 und 2005 wurden insgesamt 950 Millionen US-\$ in das Versorgungssystem investiert, alleine 150 Mio. US-\$ in die Informationstechnologie. Als wesentliche Erfolgsfaktoren gelten:

1. konsequente Orientierung an der Wertschöpfungskette mit dem Fokus auf wohnortnaher und primärärztlicher Versorgung entlang von selbstentwickelten Disease-Management-Programmen;

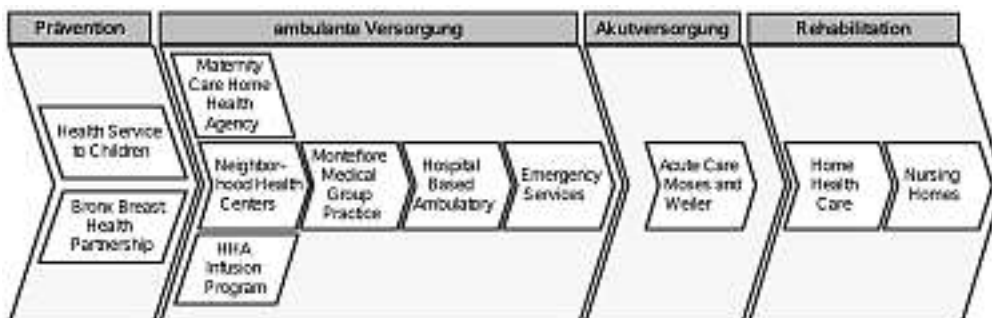


Abb. 2 Wertschöpfungskette von Montefiore.

2. Aufbau einer einheitlichen Unternehmenskultur, die gleichzeitig den unterschiedlichen professionellen Verständnissen und Kulturen Rechnung trägt;
3. Einsatz einer einheitlichen Informationstechnologie und einer internen Patientenakte und
4. adäquater Anreiz und Kontrollsysteme.

Und genau dies sind die grundsätzlichen Herausforderungen, mit denen sich zukünftige Berufsleute im Gesundheitswesen konfrontiert sehen werden. In der Qualifizierung dieser Berufsleute geht es also darum, erstens das Verständnis der einzelnen Akteure und professionellen Gruppen und einen wirkungsvollen Umgang in viel größerem Umfang als heute zu stärken und zweitens Kompetenzen zu vermitteln, die helfen, die Systemunterschiede im Gesundheitswesen zu verstehen und in ihnen – das heisst unter Netzwerkbedingungen und nicht nur in hierarchischen Kontexten – erfolgreich wirken zu können [2].

Zukünftige Schlüsselqualifikationen

Für derartige neue Vernetzungsleistungen bedarf es erheblicher Bildungsinvestitionen. Dies gilt sowohl für die bestehenden Berufsgruppen in Gesundheitsinstitutionen als auch für neue Qualifikationen beziehungsweise Berufsfelder. Für die bestehenden Berufsgruppen stehen folgende neue Schlüsselqualifikationen im Vordergrund:

- Denken und Handeln in Gesamtsystemzusammenhängen:
- Strategisches Denken;
- Team-, Kooperations- und Kommunikationsfähigkeit (u.a. über die eigenen Professionsgrenzen hinweg) und
- Koordinationsfähigkeit.

ÄrztInnen sind in der Regel geschult und sozialisiert, primär in der unmittelbaren Arzt-Patienten-Interaktion zu handeln. Daran soll sich auch nichts ändern, denn eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Interaktion wird auch zukünftig einen Kern der medizinischen Versorgung darstellen. In einem integrierten Versorgungssystem stehen aber nicht nur die (ärztlichen) Einzelleistungen im Vordergrund, sondern das Zusammenspiel vieler, das zudem auf ein kooperativ determiniertes (Behandlungs- und Betreuungs-)Ziel ausgerichtet ist. Nicht «was kann ich leisten», sondern «was können wir leisten» wird im Fokus sein. Dies ist eine grosse Herausforderung für «KünstlerInnen», die nun gleichzeitig Teamplayer sein müssen, und zwar in Teams mit verschiedenen Professionen. Teamplayer und kooperationsfähig zu sein heisst in diesem Kontext jedoch nicht, sich die je anderen professionellen Verständnisse anzueignen, dazu sind diese zu verschieden: ÄrztInnen diagnostizieren und therapieren, während Pflegefachpersonen Patienten im Umgang mit ihrer Krankheit und Behandlung begleiten und unter-

stützen. Kooperationsfähigkeit von ÄrztInnen, Pflegefachpersonen und anderen Gesundheitsberufen meint hier, die Komplementarität der verschiedenen bzw. anderen professionellen Selbstverständnisse zu erkennen und dadurch zu gemeinsam geteilten Vorstellungen – in grundsätzlichen Belangen wie in unmittelbaren Behandlungskontexten – zu gelangen.

Diese für vernetzte Organisationsformen erfolgsentscheidenden Qualifikationen werden weder in der medizinischen noch in den pflegerischen oder anderen Ausbildungsgängen ausreichend berücksichtigt. So auch zwei weitere wesentliche Schlüsselqualifikationen, die Kommunikations- und die Koordinationsfähigkeit.

Gerade das Zuteilen von Aufgaben und Verantwortungen jenseits von traditionell-hierarchischen Rollenverständnissen stellt einen wesentlichen Erfolgsfaktor in einem kooperativen Zusammenspiel der unterschiedlichen Akteure dar. Alle diese zusätzlichen Qualifikationen sind zwingend in die Lernziele der Aus- und Weiterbildungsgänge aller Berufe zu integrieren. Dies kann unter anderem gelingen durch eine verstärkte Verzahnung der Bildungsgänge, durch interdisziplinäre Projektarbeiten sowie durch didaktische Methoden, die kooperative Haltungen fördern und das Erkennen der Komplementarität unterschiedlicher Berufsverständnisse unterstützen.

Neben der zusätzlichen Qualifizierung der bestehenden Akteure werden sich für eine zukünftige Gesundheitsversorgung auch neue Berufsfelder entwickeln. Es sind dies beispielsweise:

- neue Formen der Grundversorgung und der Langzeitbetreuung (durch nichtärztliche Berufspersonen);
- Produkt- und ProjektmanagerInnen, Business Development ManagerInnen;
- Case ManagerInnen und andere Unterstützungsfunktionen zur Prozessoptimierung;
- Public-Health-ExpertInnen und VersorgungsforscherInnen.

Die zusätzlichen Qualifikationen sind zwingend in die Lernziele der Aus- und Weiterbildungsgänge aller Berufe zu integrieren

Die traditionellen Formen der hausärztlichen Grundversorgung wandeln sich, nicht (nur) wegen Attraktivitäts- und Nachwuchsmangels in der hausärztlichen Versorgung, sondern im Rahmen der steigenden Nachfrage nach längerfristiger ambulanter Betreuung chronisch kranker oder älterer Menschen und der sich verändernden Bedürfnisse, Erwartungen und Präferenzen dieser Menschen und ihrer Angehörigen. Dafür werden – wie schon heute zu beobachten ist – neue Einrichtungen (z.B.

interprofessionell besetzte Ambulatorien und Permanence-Praxen), neue Vernetzungen (z.B. städtische Gesundheitsnetze) und neue Berufsfelder (beispielsweise für auf Hochschulstufe qualifizierte Pflegefachpersonen) entstehen [3, 4].

Die Nachfrage nach längerfristiger Betreuung und Begleitung chronisch kranker und älterer Menschen wird weiter steigen

Integrierte Versorgungssysteme erfordern ein hohes Mass an Projekt- und Produktentwicklung. Dies kann nicht einfach «nebenbei» erfolgen, sondern erfordert auch, dass Projekte von entsprechend qualifizierten Personen unterstützt, die angedachten Ideen zu umsetzbaren Konzepten weiterentwickelt, diese Projekte wirksam gesteuert und eine finanzielle Verantwortung erfolgreich gemeistert werden.

Im Kern aller Integrationsbestrebungen steht die Zielsetzung, Qualität und Effizienz der ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Massnahmen innerhalb stationärer Einrichtungen und über ganze Krankheitsverläufe im Rahmen verbindlich gesteuerter Prozesse zu optimieren. Das Know-how und die Kenntnisse der verschiedenen Prozesssteuerungsinstrumente und -konzepte müssen nicht nur im Hinblick auf die Einführung von DRGs breiter gestreut und laufend ergänzt werden, sondern weil die Prozesssteuerung in Zukunft durch zwei Entwicklungen noch stärker an Bedeutung gewinnen wird:

- durch den Ausbau der Verfügbarkeit relevanter Informationen zugunsten der Leistungserbringenden und der Patienten (elektronisches Patientendossier): Leistungserbringende werden unabhängig von Ort und Zeit Zugriff auf behandlungsrelevante Informationen ihrer Patienten haben. Diese können online auf ihr Dossier zugreifen und/oder den Leistungserbringenden ihrer Wahl den Zugang gewähren;
- Ausrichtung der Steuerung und Gestaltung der Behandlungsprozesse auf die Gesamtqualität aller Behandlungen bzw. das Outcome: Als wesentliche Qualitätsdimension für Patienten wie auch für Finanzierende

und die Gesellschaft wird zukünftig stärker das Gesamtergebnis eines Behandlungsprozesses und weniger die Qualität der Einzelmassnahmen angesehen werden. Integrierte Versorgungssysteme und -institutionen sind viel stärker als traditionelle Versorgungsformen von neuen Qualifikationen ihrer Mitarbeitenden abhängig: Dazu müssen sie erstens bestehende Mitarbeitende konsequent qualifizieren und zweitens gezielt neue Berufsfelder bzw. Qualifikationen einbinden. Von den Aus- und Weiterbildungsinstitutionen im Gesundheitswesen ist zu fordern, dass sie sich viel stärker als heute mit genannten Anforderungen auseinandersetzen und die neuen Qualifikationen in ihre Lernziele aufnehmen. Für sämtliche Bildungsgänge gilt ein stärkerer Fokus auf Denken und Handeln in Gesamtsystemzusammenhängen sowie Team-, Kooperations- und Kommunikationsfähigkeit über die eigenen Professionsgrenzen hinweg.

Literatur

- 1 Amelung V: *Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement*. Wiesbaden: Gabler 2007.
- 2 Schmitz C: *Qualifiziert für Innovation und Vernetzung? – Bildung für Managed Care*. *Care Management* 2008; 2.
- 3 Meyer PC: *Der Nutzen der Akademisierung von Gesundheitsberufen. Die neuen Studiengänge sollen helfen, Veränderungen im Gesundheitswesen zu bewältigen*. *Neue Zürcher Zeitung* 19.3.2007.
- 4 De Geest S, Schwendimann R, Spichiger E, Cignacco E: *Akademisch ausgebildete Pflegefachleute in der Hausarztmedizin*. *Neue Zürcher Zeitung* 29.2.2008.

Prof. Dr. oec. Volker Amelung
Medizinische Hochschule Hannover
und Bundesverband Managed Care e.V.
Friedrichstrasse 136
D-10117 Berlin

PD Dr. med. Peter Berchtold
Forum Managed Care und College-M
Freiburgstrasse 41
CH-3010 Bern

Sabina De Geest, Peter C. Meyer, Martin Täuber

Qualifiziert für morgen?

Antworten aus Bildungsinstitutionen

Forderungen nach neuen Berufen und neuen Qualifikationen von Berufspersonen sind in erster Linie Forderungen an die Aus- und Weiterbildungsinstitutionen. Sie sind es, die Entwicklungen und zukünftige Anforderungen an die Fachpersonen frühzeitig antizipieren und ihre Bildungsgänge entsprechend konzipieren müssen. Denn was und wie wir heute ausbilden, wird erst viel später wirksam werden.

Nachfolgend schildern drei Leitende wichtiger Aus- und Weiterbildungsinstitutionen exemplarisch ihre Vorstellungen zu diesen Entwicklungen, Anforderungen und notwendigen Massnahmen.

Fragen:

1. Einen Blick in die Zukunft: Werden die Gesundheitsberufe, wie wir sie heute kennen, in 15 Jahren noch existieren bzw. welchen Veränderungen erwarten Sie?
2. Anzunehmen ist, dass sich die (Grund-)Ausbildungen der Gesundheitsberufe auf diese Veränderungen ausrichten werden: Welche Entwicklungen bzw. welche Massnahmen verfolgen Sie?
3. Wenn Zusammenarbeit über Berufs- und Disziplingrenzen hinaus immer wichtiger werden, welche Veränderungen in der (Grund-)Ausbildung Ihrer Berufsgruppe sehen Sie, um zukünftige AbsolventInnen darauf vorzubereiten?



Prof. Dr. phil. Peter C. Meyer, Direktor des Departements Gesundheit, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften:

1. Die heutigen Gesundheitsberufe werden auch in Zukunft eine tragende Rolle in der Gesundheitsversorgung spielen. Der Trend zu mehr Spezialisierung wird weitergehen. Eine wesentliche Veränderung wird sein, dass Rollen und Funktionen der einzelnen Berufe neu

definiert («die richtige Funktion am rechten Ort») und weniger ein Produkt verbandspolitischer Aushandlungen und rechtlich fixierter Monopole sein werden. Zudem werden Demographie und Zunahme chronischer Krankheiten neue Tätigkeitsfelder auch für die bestehenden Gesundheitsberufe entstehen lassen, z.B. in den Bereichen Rehabilitation, Palliative Care und Grundversorgung.

2. (Noch) stärkere Spezialisierung und neue Funktionen verlangen nach mehr Vernetzung. Dafür soll in den Studiengängen Kooperations- und Vernetzungskompetenz mehr Gewicht erhalten. Dies heisst für eine

«Demographie und Zunahme chronischer Krankheiten werden neue Tätigkeitsfelder auch für die bestehenden Gesundheitsberufe entstehen lassen.»

Peter C. Meyer

Fachhochschule aber nicht nur Vermitteln kommunikativer Qualifikationen, vielmehr sollen Fähigkeiten in Evidence-based Practice, Critical Appraisal von Studien und Forschungsmethoden den Absolventinnen und Absolventen Mitarbeit und Mitgestalten von Forschungsprojekten und die Umsetzung von Forschungsergebnissen in die berufliche Praxis ermöglichen. Darin liegt der tiefere Sinn der Akademisierung nicht-ärztlicher Berufe.

3. Aneignung von Fähigkeiten zu interdisziplinärer Arbeit in der Patientenbetreuung und in Forschungsprojekten gelingt nur mit Unterrichtsformen, die nicht nur Wissen, sondern auch Fertigkeiten und Haltungen vermitteln bzw. didaktische Formen wie beispielsweise problem-/projektbasiertes Lernen (PBL), interprofessionelle Gruppenarbeit und vor allem viel Praxisbezug einschliessen. Insbesondere in Masterstudiengängen soll akademische Kompetenz dadurch gefördert werden, dass einerseits Forschungsarbeiten in den Unterricht einfließen und andererseits sich Studierende an unseren Forschungsprojekten beteiligen. In Zukunft wollen wir uns in innovativen Projekten neuer Versorgungsmodelle engagieren, die wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden.



Prof. Dr. med. Martin Täuber, Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Bern:

1. Der Arzt wird als Ansprechperson für Menschen mit gesundheitlichen Problemen, Experte für Diagnostik und Therapie, Forscher und Innovator weiter existie-

«Interdisziplinäre Zusammenarbeit
entwickelt sich nur dann gut, wenn die Rollen
klar definiert und an die Kernkompetenzen der
beteiligten Berufe angepasst sind.»

Martin Täuber

ren. Anpassungen sehe ich bei seiner Aus- und Weiterbildung: mehr Tools zur Anpassung an Veränderungen, Verständnis für die ökonomisch-sozial-politischen Rahmenbedingungen, Managementfähigkeiten, vermehrte Ausrichtung auf Partnerberufe. Bezüglich Pflege sehe ich eine zunehmende Auftrennung in verschiedene Berufssparten, von der Pflegeassistentin für die pflegerische Grundversorgung bis zu akademisch ausgebildeten Pflegenden für neue Aufgaben, wie der selbständigen Betreuung von betagten, polymorbiden und chronisch Kranken. Auch sind neue, hochqualifizierte Berufe mit stark fokussierter Tätigkeit denkbar, die technisch anspruchsvolle Eingriffe unter ärztlicher Aufsicht durchführen (z.B. in der Endoskopie, kardiovaskulären Medizin oder bildgebenden Diagnostik). Insgesamt erwarte ich gegenüber heute viel mehr klar definierte Schnittstellen und interdisziplinäre Kollaborationsmodelle in der Grundversorgung wie in Spitälern.

2. Das mit problembasiertem Unterricht verfolgte Ziel, MedizinerInnen auszubilden, die gewohnt sind, selbstständig zu lernen, in der Entwicklung von Problemlösungen und der Akquisition von neuem Wissen geschult sind und hohe Sozialkompetenzen besitzen, muss weiter gefördert werden. Neue Lerninhalte (Ökonomie, Ethik, Kommunikation, Management, IT) müssen noch vermehrt integriert werden. Studierende

mit klaren Berufsvorstellungen sollen sich bereits während des Studiums gezielter auf ihren späteren Beruf vorbereiten können. Gewichtsetzung in Bereichen wie Grundversorgung, invasiv-operative Berufe, biomedizinische Forschung, Public Health, und Mental Health sind denkbar.

3. Sicher ist das gegenseitige Verständnis für die verschiedenen Medizinalberufe hier von grosser Bedeutung, ohne dass eine Institution alle Gesundheitsberufe parallel ausbildet. Gewisse Inhalte sollen in verschiedenen Berufsausbildungen komplementär entwickelt und berufsübergreifend praktisch erarbeitet werden. Die komplementären Beiträge zur Lösung eines konkreten Gesundheitsproblems, z.B. im Bereich Public Health oder auch Notfallmedizin, kann das Verständnis für die Partnerberufe fördern. Oft scheint die interprofessionelle Zusammenarbeit durch gegenseitige Vorurteile und ein fehlendes Verständnis für die notwendigen ergänzenden Fähigkeiten und Kompetenzen der Partnerberufe erschwert. Aus meiner Sicht wird dieses Gebiet zurzeit durch die weitverbreitete Ideologie gehemmt, dass alle Berufe möglichst hierarchisch flach und ohne Differenzierung der unterschiedlichen Kompetenzen zusammenarbeiten müssen. Ich bin überzeugt, dass interdisziplinäre Zusammenarbeit sich nur dann gut entwickelt, wenn die Rollen klar definiert und an die Kernkompetenzen der beteiligten Berufe angepasst sind.



Prof. Dr. Sabina De Geest, Vorsteherin des Instituts für Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät der Universität Basel:

1. Die heutige Gesundheitsversorgung fokussiert (zu) stark auf akute Erkrankungen. Zukünftig wichtiger wird aber die Betreuung chronisch Kranker und älterer Menschen. Die zentrale Frage ist, welche Bedürfnisse diese Patienten haben und welche Konsequenzen sich daraus für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung ergeben werden. Auch wenn die Akutmedizin immer eine wichtige Rolle spielen wird, bedeutet diese Neuausrichtung einen Systemwandel in unserem Gesundheitswesen, der neue und interdisziplinäre Betreuungsmodelle, neue Kompetenzen der Gesundheitsfachleute

und auch neue Berufs- und Tätigkeitsfelder erforderlich machen wird.

2. Für alle Gesundheitsberufe sind für diese Zukunft neue Basiskompetenzen zu fordern. Es sind dies: 1. Fähigkeit zum Arbeiten in vernetzten Systemen und Kooperationsmodellen, 2. Verstehen der Krankheiten in ihrer Gesamtheit (und nicht nur der akuten Episoden),

«Die Fähigkeit zum Arbeiten in vernetzten Systemen und Kooperationsmodellen wird in Zukunft eine Basiskompetenz sein.»
Sabina De Geest

3. kontinuierliche Qualitäts- und Resultatoptimierung in der eigenen Arbeit, 4. kompetenter Umgang mit neuen Informations- und Kommunikationstechnologien (z.B. Telemedizin, Telefontriage), 5. Fähigkeit zu Systemdenken, d.h. Vermögen, Gesamtsystem und Systemzusammenhänge zu erkennen und zu verstehen. Auf diesen Basiskompetenzen werden sich die spezifischen Berufsqualifikationen aufbauen müssen.

3. Viele der heutigen Bildungsgänge sind noch viel zu stark dem disziplinären Denken verpflichtet und berei-

ten ihre AbsolventInnen ungenügend auf diese zukünftigen Herausforderungen vor. Der Mangel an Berufspersonen in verschiedenen Bereichen wie beispielsweise in der Pflege oder bei den HausärztInnen ist auch vor diesem Hintergrund zu verstehen. Sowohl die aktuellen wie auch die neu entstehenden Bildungsgänge im Gesundheitsbereich werden sich sehr den erwähnten Basiskompetenzen verpflichten müssen.

Prof. Dr. Sabina De Geest
Vorsteherin des Instituts für Pflegewissenschaft
Medizinische Fakultät
Universität Basel
sabina.degeest@unibas.ch

Prof. Dr. med. Martin Täuber
Dekan der Medizinischen Fakultät
Universität Bern
martin.taeuber@ifik.unibe.ch

Prof. Dr. phil. Peter C. Meyer
Direktor des Departements Gesundheit
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
pc.meyer@zhaw.ch

Kilian Künzi

Nichtärztliche Gesundheitsberufe – Innovationen in der Grundversorgung

Für eine effiziente Steuerung und Organisation des Gesundheitswesens sind der richtige «Skillmix» bzw. die Zusammensetzung und die unterschiedlichen Fähigkeiten der Leistungserbringenden von grosser Bedeutung. In jüngerer Zeit finden sich in der Ausbildung ärztlicher und nichtärztlicher Fachleute Neuerungen, die zu hohen Qualifikationen in sich ergänzenden Leistungsbereichen führen.



Kilian Künzi

Mittelfristig wird in der ambulanten Grundversorgung – besonders in ländlichen Gebieten – ein Rückgang der Hausärzteschaft befürchtet. Auf der einen Seite ist das Interesse der Studierenden an einer Weiterbildung in Allgemeinmedizin relativ gering. Auf der anderen Seite stehen viele der heute praktizierenden HausärztInnen kurz vor der Pensionierung. Es stellt sich die Frage, inwiefern hochqualifizierte nichtärztliche Berufsleute – teilweise findet sich auch der Begriff «arztähnliche Berufsleute» – unterstützend in der ambulanten

Grundversorgung eingesetzt werden können, wie dies in einigen Ländern bereits praktiziert wird. Entscheidend ist dabei, ob der Einsatz eher additiv, also als erweitertes Leistungsangebot neben dem ärztlichen, oder eher substitutiv, also als Entlastung oder Ersatz des ärztlichen Angebots, zu sehen ist.

Im Auftrag des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) erarbeitete das Berner Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) eine Übersicht über die entsprechende internationale Literatur.¹ Bei den Berufsgruppen erfolgte eine Eingrenzung auf fünf reglementierte Berufe, deren Ausbildung in der Schweiz neu im Fachhochschulbereich angesiedelt ist: spezialisierte Pflegefachpersonen, Hebammen, PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen und ErnährungsberaterInnen.

¹ Künzi Kilian und Patrick Detzel (2007): Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute. Literaturübersicht und Einschätzung von Berufsvertreter/innen, Arbeitsdokument 27, Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Ein Beitrag zur Lösung diverser Probleme

Der Einbezug hochqualifizierter nichtärztlicher Berufsleute in die ambulante Grundversorgung ist in vielen Ländern in unterschiedlicher Form und Intensität bereits Wirklichkeit und wird als Beitrag zur Lösung diverser Probleme betrachtet:

- *Lösung von Zugangs- und Verteilungsproblemen*, insbesondere für die Versorgung ländlicher Regionen, aber auch für die medizinische Betreuung von städtischen Randgruppen, für welche die Rekrutierung von ÄrztInnen schwierig ist. In Betracht gezogen wird auch das Schaffen von Wahlmöglichkeiten für die PatientInnen.
- *Unterstützung der AllgemeinärztInnen*, Reduktion der Arbeitslast, Erhöhung der Berufszufriedenheit. Die Unterstützung durch nichtärztliche Fachleute erfolgt in Form von Triagearbeiten bzw. Diagnosestellungen und Behandlung «einfacherer» oder chronischer Krankheiten durch spezialisierte Pflegefachleute oder solcher Fälle, die auf die spezifischen Berufsgruppen zugeschnitten sind.

Organisatorisch kann der Einsatz unter Leitung einer Allgemeinärztin bzw. eines Allgemeinarztes, unter loser Oberaufsicht in Form periodischer Aktenkontrolle, als gleichberechtigte/r Co-PraktikerIn oder auch in voller Eigenverantwortung (freischaffend, angestellt bei nationalem Gesundheitsdienst) stattfinden. Häufig erfolgt er im Rahmen interprofessioneller Teams, beispielsweise in auf Primärversorgung ausgerichteten Gesundheitszentren. Dabei verfügen spezialisierte Pflegefachleute und Hebammen ebenfalls über die Kompetenz, Medikamente zu verschreiben. Den direkten Zugang zu PhysiotherapeutInnen, die auch die Funktion von «Gatekeepern» in der Grundversorgung erfüllen, kennt man beispielsweise in den USA.

- *Potential für Kostenreduktion*, da bei bestimmten Einsätzen nichtärztliche Berufsleute kosteneffektiver als ärztliche Berufsleute arbeiten können, was eine Folge der tieferen Ausbildungs- und Lohnkosten beim nicht-ärztlichen Personal ist. Im Hintergrund steht die Überzeugung, dass aus Effizienzgründen hoch- bzw. spezifisch qualifizierte Personen nur hochqualifizierte bzw. spezifische Tätigkeiten ausführen sollten.

Thematisiert werden auch Schwierigkeiten eines vermehrten Einbezugs nichtärztlicher Berufsgruppen:

- Durch zusätzlich involvierte Berufe kann der Koordinationsaufwand steigen.

- Die hochausgebildeten nichtärztlichen Berufsgruppen entwickeln eine Autonomie auf einem Feld, das zuvor die Ärzteschaft besetzte. Diese fürchtet Wettbewerb und einen Positionsverlust. Ein versorgungspolitisch motivierter Einbezug nichtärztlicher Gesundheitsberufe sollte daher auf klaren Kompetenzzuweisungen beruhen und in Diskussion mit den ärztlichen Berufsleuten umgesetzt werden. Beispiele aus Skandinavien zeigen hier Möglichkeiten auf.

Spezialisierte Pflegefachpersonen / Nurse Practitioners

Weit verbreitet ist der Einbezug von spezialisierten Pflegefachleuten bzw. Nurse Practitioners, Advanced Nurse Practitioners oder Physician Assistants. Ihr Einsatz ist in den USA, Kanada, Australien, Grossbritannien oder Finnland bereits seit Jahrzehnten etabliert. Erst punktuell oder noch gar nicht einbezogen werden diese Berufsgruppen in den anderen berücksichtigten Ländern wie Frankreich, Deutschland oder der Schweiz. Im Vergleich zu diesen Ländern sind die Niederlande weiter fortgeschritten.

Die klassischen Einsatzgebiete sind: Triage/Erstkonsultation, Krankheitsprävention und die Betreuung chronisch Kranker. Die verschiedenen Studien ergeben ein sehr positives Bild bezüglich der gemachten Erfahrungen. Die Pflegefachleute erreichen eine gute Wirksamkeit bzw. Effektivität sowohl innerhalb als auch ausserhalb von Praxen. Es gibt kaum Unterschiede in den Behandlungsprozessen und den Resultaten (Outcomes) zwischen den Berufsgruppen «Allgemeinarzt» und «Pflegefachperson». Konsultationen bei den Nurse Practitioners dauern eher etwas länger als bei den ÄrztInnen. Hingegen ist die Pa-

Der Einbezug hochqualifizierter nichtärztlicher Berufsleute in die ambulante Grundversorgung ist in vielen Ländern bereits Wirklichkeit

tientenzufriedenheit etwas höher. Teilweise wirkt das Angebot der Nurses nicht substitutiv, sondern additiv (z.B. im Präventionsbereich), eine klare Unterscheidung ist allerdings schwierig und hängt von verschiedenen Kontextfaktoren ab. Die Frage der Kosteneinsparung ist nicht eindeutig zu beantworten. Nach einigen Studien ist diese gesichert, nach anderen hebt die etwas tiefere Produktivität der Nurse Practitioners ihre geringeren Kosten wieder auf. Eine Reduktion der Arbeitsbelastung bei den ÄrztInnen durch den Einsatz von Nurse Practitioners ist möglich. Die als delegierbar erachteten Konsultationen schwanken zwischen 20 und 60 Prozent. Dabei muss strukturellen und organisatorischen Fragen grosse Auf-

merksamkeit geschenkt werden, wenn das Substitutionspotential genutzt werden soll.

Hebammen

Die Paarbeziehung «ÄrztInnen und Hebammen» steht in der konsultierten Literatur zum «Skillmix» in der Grundversorgung nach der Paarbeziehung «Hausarzt und Pflegefachperson» zahlenmässig an zweiter Stelle. Neben der ambulanten wird hier auch die stationäre Versorgung (Geburtsphase) thematisiert. Der Zugang zu den Hebammen, ihre Kompetenzen und die Betreuung der Frauen vor, während und nach der Geburt sind in den betrachteten Ländern recht unterschiedlich. Die Literatur ist stark durch die Situation in den Niederlanden geprägt, was mit der im Vergleich zu den anderen Ländern sehr hohen Hausgeburtsrate erklärbar ist. Die Ergebnisse der Studien, in denen die kontinuierliche Betreuung von Frauen durch eine Hebamme untersucht wird, weisen auf positive Effekte dieser Betreuungsform hin (Wirksamkeit, Patientenzufriedenheit, Kosteneffektivität). Die von Hebammen Betreuten benötigen weniger Interventionen als ärztlich Betreute und schneiden beim Gesundheitszustand von Mutter und Kind nicht schlechter ab. Ein vermehrter Einsatz von Hebammen kann während der Geburtsphase substitutiv in bezug auf SpezialärztInnen bzw. GynäkologInnen wirken. Im Bereich der vor- und nachgeburtlichen Betreuung sind dagegen auch die AllgemeinärztInnen betroffen. Teilweise wird in der Literatur der endgültige Rückzug der AllgemeinmedizinerInnen aus der Betreuung der frühesten menschlichen Lebensphase thematisiert: Einerseits würden Normalschwangerschaften von Hebammen betreut, andererseits Risikoschwangerschaften von GynäkologInnen. Der Einsatz von AllgemeinärztInnen wird mit Blick auf die Betreuungskontinuität als sinnvoll erachtet. Eine wesentliche Rolle spielen die Hebammen bei den Hausgeburten. Verschiedene Länder versuchen seit einigen Jahren, die Zahl der Hausgeburten (wieder) zu steigern. Dies mit dem Ziel, Spitäler zu entlasten und Kosten zu senken. Mehrere Vergleichsstudien deuten darauf hin, dass Hausgeburten bei Normalschwangerschaften ebenso sicher sind wie stationäre Geburten.

PhysiotherapeutInnen

Die Ergebnisse der konsultierten Literatur zum Einbezug der PhysiotherapeutInnen in der ambulanten Grundversorgung sind unterschiedlich. Studien aus den skandinavischen Ländern weisen auf eine positive Wirkung physiotherapeutischer Behandlungen im Vergleich zu Selbstbehandlungen oder der herkömmlichen hausärztlichen Betreuung hin, so beispielsweise bei chronischen Kreuzschmerzen. Die Literatur aus Grossbritannien oder den

USA ist teilweise weniger eindeutig. Insgesamt dürfte in der Grundversorgung eher eine additive als eine substitutive Nutzung der Physiotherapie stattfinden. Ihr Einfluss auf die Anzahl Konsultationen bei HausärztInnen wird von keiner der betrachteten Studien direkt analysiert und kann daher nicht beurteilt werden. Im Vergleich zur Situation in anderen Ländern haben PhysiotherapeutInnen insbesondere in den USA eine hohe Autonomie. Sie dürfen ohne ärztliche Zuweisung von PatientInnen konsultiert werden und können selbständig mit Versicherungen abrechnen. In einer niederländischen Arbeit wird eine (additive) einmalige abklärende Konsultation von PhysiotherapeutInnen in Kooperation mit HausärztInnen positiv bewertet.

ErgotherapeutInnen

Zum vermehrten Einsatz von ErgotherapeutInnen in der ambulanten Grundversorgung ergaben sich aus den Literaturrecherchen vergleichsweise wenig Erkenntnisse. Ein möglicher Einbezug findet vor allem im Rahmen von multidisziplinären Primary-Care-Teams und der Betreuung und Behandlung von Rückenschmerzen, im Bereich der Rehabilitation und Mobilität statt, so beispielsweise bei Personen in Altersheimen. Insgesamt deutet die Literatur auf eine gute Effektivität hin, jedoch sind keine Aussagen über einen kostenwirksamen und entlastenden Einsatz möglich. Die Substitutionsfrage dürfte hier neben der hausärztlichen Versorgung vor allem die Physiotherapie betreffen.

ErnährungsberaterInnen

Eine im Vergleich zu den europäischen Ländern grössere Bedeutung in der ambulanten Grundversorgung haben die ErnährungsberaterInnen in den USA oder Australien, wo sie sowohl in der Prävention von Übergewicht oder von Herzkrankheiten als auch in der Behandlung übergewichtiger Personen verbreitet eingesetzt werden. Die Literatur deutet mehrheitlich auf eine gute Wirksamkeit bei bestimmten Zielgruppen hin. Die wenigen Studien zur Kosteneffektivität gehen von einem positiven Kosten-Nutzen-Verhältnis aus. Relativ offen ist die Frage des Einbezugs im ambulanten Bereich. Es ist davon auszugehen, dass dieser eher additiv als substitutiv ist.

Diskussion und Ausblick

In der Schweiz gibt es – vielleicht mit Ausnahmen bei den freischaffenden Hebammen – noch keinen vergleichbaren Einbezug nichtärztlicher Berufsleute oder spezialisierter Pflegefachleute in der ambulanten Grundversorgung, wie ihn Grossbritannien, Finnland oder die USA kennen. Die Übertragbarkeit der Erfahrungen aus anderen Län-

dern ist mit offenen Fragen verbunden. Aufgrund der konsultierten Studien kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die Tätigkeiten der auf der Tertiärstufe ausgebildeten nichtärztlichen Berufsleute eine Qualität erreichen, die hohen medizinischen und Versorgungsansprüchen genügt, und die Sicherheit der PatientInnen dabei gewährleistet ist.

Wenn die Einschätzung stimmt, dass spezialisierte Pflege-

**Die Tätigkeiten der auf der Tertiärstufe
ausgebildeten nichtärztlichen Berufsleute
erreichen eine Qualität,
die hohen medizinischen Ansprüchen genügt**

personen oder andere nichtärztliche Berufsleute effektiv und entlastend für GrundversorgerInnen einsetzbar sind (die Erfahrungen aus anderen Ländern und die meisten konsultierten Studien weisen in diese Richtung), dann müssten mittelfristig verschiedene Massnahmen ergriffen werden:

- Aufnahme bzw. Anpassungen der Ausbildungsgänge spezialisierter nichtärztlicher Berufsleute und Fokussierung auf den Einsatz in der ambulanten Grundversorgung. Die Legitimität einer Aufgabenteilung beruht auf der entsprechenden Kompetenz (Ausbildung).
- Überarbeitung, Definition und Abgleichung der Rollen, Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der ärztlichen und nichtärztlichen LeistungserbringerInnen mit entsprechenden Anpassungen der Gesetzgebung.
- Weitere Förderung von Managed-Care-Modellen (multidisziplinäre Teams, Capitation-Ansätze) durch die Versicherer und Leistungserbringenden, Anpassung der aktuellen Anreizsysteme und Öffnung für eine wirtschaftliche Differenzierung des Gesundheitsmarkts.

Mit Blick auf die weitere Forschung ist anzumerken, dass die Frage nach der Wirksamkeit des vermehrten Einbezugs (Qualität, Sicherheit, Patientenzufriedenheit usw.) bereits relativ verlässlich erforscht ist. Hingegen liegen bezüglich der Frage nach der Kosteneffektivität und Entlastung erst wenige gesundheitsökonomische Analysen oder kontrollierte Pilotstudien vor.

Kilian Künzi
Geschäftsleiter Büro BASS
Konsumstrasse 20
3007 Bern
kilian.kuenzi@buerobass.ch

Iris Ludwig

Auf den Mix kommt es an

Durch das neue Berufsbildungsgesetz finden tiefgreifende Veränderungen bei den Pflegeberufen statt. Die Pflgeteams werden jetzt nach den Kriterien des Skill- und Grade-Mix zusammengesetzt.

Die Integration der Gesundheitsberufe in die Berufsbildungssystematik (siehe Kasten) stellt die leitenden Pflegefachleute vor eine neue Herausforderung: Den Kompetenzen der neuen BerufsabgängerInnen muss bei der Zusammenstellung des Pflgeteams Rechnung getragen werden. Zudem sollen bei der Integration sowohl die formalen Berufsabschlüsse als auch die durch Erfahrung erworbenen Fähigkeiten berücksichtigt werden. Diese Situation erfordert ein kritisches Überdenken der bisherigen Rekrutierungs- und Delegationspraxis. Die Aufgabenverteilung muss reflektiert und die Fachverantwortung der diplomierten Pflegefachpersonen berücksichtigt werden. Weiter braucht es eine Vorstellung über die Personalentwicklung für ein solch gemischtes Team. Um einen qualifizierten Skill- Grade-Mix garantieren zu können, werden diese Pflegefachpersonen – ob mit Bachelorabschluss oder mit einem HF-Abschluss – dringend in den Pflgeteams benötigt.

Die Pflegeberufe im Wandel der Zeit

Bis heute ist die Pflege eine Domäne, welche die diplomierten Pflegefachpersonen (ehemals diplomierte/r Krankenschwester/Krankenpfleger) für sich gepachtet haben. Vergessen geht dabei, dass seit den Anfängen der Berufskrankenpflege Ende des 19. Jahrhunderts stets unterschiedliche Berufsleute wie Pflegehilfen, PflegeassistentInnen und Berufspersonen mit dem Fähigkeitsausweis des Schweizerischen Roten Kreuz (FASRK) den steigenden Versorgungsbedarf in der Pflege abdeckten. Nicht zu vergessen ist dabei auch die grosse Zahl von Laien und Angehörigen. Damit weist der Bereich Pflege in der Schweiz eine ausgeprägte Differenzierung auf, wie in den meisten europäischen Ländern.

Mit der Überführung der Gesundheitsberufe in die Berufsbildungssystematik des BBT und mit den neuen Berufsabschlüssen (siehe Kasten) wird diese Differenzierung explizit. Seit 2006 ergänzen die ersten AbsolventInnen der Berufslehre Fachangestellte/r Gesundheit das «Berufsfeld Pflege und Betreuung». Im Herbst 2007 kommen die ersten diplomierten Pflegefachpersonen HF auf Tertiärstufe hinzu.

In verschiedenen Gesundheitsinstitutionen werden Projekte zu den neuen Teamzusammensetzungen durchgeführt, wobei sich zeigt, dass die Pflegefachpersonen die Neuerungen als einschneidend erleben. Sie gehören jetzt zum Berufsfeld Pflege und Betreuung und müssen den Pflegeauftrag mit anderen Berufspersonen teilen. Der fachliche Führungsauftrag, der mit den Ausbildungen auf der Tertiärstufe verbunden ist, bedeutet für viele Pflegende nicht nur eine willkommene Erweiterung ihrer beruflichen Rolle.

Ein Blick über die Schweizer Grenze zeigt, wie beispielsweise in den USA die Pflege von akademisch qualifiziertem Pflegepersonal geleistet wird, dem angelerntes Personal («on the job training») zur Seite steht. Eine der Schwächen dieses Systems besteht darin, dass für Aufgaben im Bereich Pflege und Betreuung im direkten Lebensumfeld der PatientInnen kein ausgebildetes Personal eingesetzt wird. Dies verstärkt die Vorstellung, dass nichtqualifiziertes Personal solche Aufgaben erfüllen kann. Vor diesem Hintergrund lautet das Motto des ICN (International Council Nurses) «safe staffing saves lives»¹ [1]. Die Berücksichtigung des Pflegebedarfs ist beim Skill- und Grade-Mix also ein zentrales Anliegen.

Vom Pflegebedarf zum Personalbedarf

Bei den Projekten zum neuen Skill- und Grade-Mix ist festzustellen, dass sie von unterschiedlichen Interessen geleitet sind. Ökonomisch orientierte Modelle legen in erster Linie die prozentuale Verteilung der erforderlichen Mitarbeiterqualifikationen, die «Grades», fest. Andere Projekte fokussieren den Anspruch an Delegation und die dafür notwendige Qualifizierung der (bisherigen) Mitarbeitenden. Hier werden die «Skills» betont. Wieder andere Modelle stellen das pflegerische Organisationsmodell (in der Regel die Bezugspflege) ins Zentrum und leiten daraus den qualitativen und quantitativen Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonal ab. Andere Projekte eruieren, wie das bereits in früheren Zeiten zur Abgrenzung



Iris Ludwig

¹ «Ein sicherer Personaleinsatz kann Leben retten».

von Berufsniveaus versucht wurde, die Komplexität von Pflegesituationen.

Das Modell «Kompetenzprofile BS/BL», dessen Inhalt und Instrumente in einem Handbuch zusammengestellt sind [2], betont die Ermittlung des stations- und institutionseigenen Pflegebedarfs. Anhand dieses Bedarfs wird der qualitative und quantitative Personalbedarf bestimmt. Das Modell hebt die Abhängigkeit der Grades von den durch den Pflegebedarf ermittelten Skills hervor. Dies ist ein Vorgehen, das vor allem auch bei starken Schwankungen beim Pflegebedarf unabdingbar ist, um den durch die Patientensituationen an die Pflege gestellten Auftrag zu ermitteln.

Die bisherige Rekrutierungspraxis lässt erkennen, dass Führungspersonen der Pflege oft nur unklare Vorstellungen

Die bisherige Rekrutierungspraxis lässt erkennen,
dass Führungspersonen der Pflege
oft nur unklare Vorstellungen über den
benötigten Skill- und Grade-Mix, die geforderten
Kompetenzen und den Anspruch
der zu leistenden Pflegearbeit haben.

gen über den benötigten Skill- und Grade-Mix, die geforderten Kompetenzen und den Anspruch der zu leistenden Pflegearbeit haben. In der Regel fokussieren sie aufgrund ihrer Erfahrungen eher Grades, also Berufsabschlüsse, die ihnen vertraut sind und eine gewisse Vorstellung der geforderten Skills, also Fähigkeiten, implizieren. Es kann deshalb davon ausgegangen werden, dass alle Mitarbeitenden, ungeachtet ihres Ausbildungsniveaus, oft dieselben Arbeiten ausführen. Leitende Pflegefachleute geben häufig an, dass bei der Differenzierung im pflegerischen Alltag meist die Grund- von der Behandlungspflege unterschieden wird, wobei die Behandlungspflege dem diplomierten Personal vorbehalten bleibt. Doch spätestens mit der neuen Berufsausbildung «Fachangestellte/r Gesundheit» hat dieser Zuteilungsparameter ausgedient, da die Fachangestellten Gesundheit einen erheblichen Anteil der gesamten Pflege- und Betreuungsarbeit abdecken können. Jetzt müssen bei der Bestimmung des institutions- oder stationseigenen Skill- und Grade-Mix neue Faktoren wie Komplexität, Stabilität und Risikograd in Abstimmung mit den neuen Berufsprofilen BBT beachtet werden. Komplexität bezieht sich dabei nicht nur auf akute Ereignisse, sondern ergibt sich ebenso aus anspruchsvollen Familienkonstellationen. Die Stabilität

einer Pflegesituation kann deshalb nicht ausschliesslich aufgrund messbarer Parameter wie der Höhe des Blutdrucks eingeschätzt werden. Die Aufteilung der Pflegearbeit, die Differenzierung im Team erfolgt aufgrund der klinischen Einschätzung der Pflegefachperson, welche soziale, psychische und ethische Aspekte mit einschließt. Die Delegationspraxis soll berufliche Aufgaben beinhalten und nicht einzelne Verrichtungen. Die neuen BBT-Profile, die aus beruflichen Arbeitsaufgaben generiert wurden, stellen dabei wichtige Leitplanken dar [3]. An Pflegefachpersonen wird mit der Positionierung auf Tertiärniveau ein erhöhter Rollenanspruch gestellt.

Kompetenz- und funktionsorientierte Stellenprofile

Der Weg von der bisherigen Zusammensetzung der Teams hin zum Skill- und Grade-Mix führt zu den neuen Rollen, welche die AbsolventInnen der neuen Berufsausbildungen innerhalb der Institutionen wahrnehmen. Dies bedingt eine Auseinandersetzung mit dem zu leistenden Pflegeauftrag, mit Themen wie Delegation und fachliche Führungsverantwortung und mit der Frage nach dem bisherigen und künftigen pflegerischen Organisationsmodell. Die Ermittlung der Arbeitsaufgaben der unterschiedlichen Berufsniveaus ermöglicht es, Stellenbeschreibungen in kompetenz- und funktionsorientierte Stellenprofile umzuwandeln und dabei die neue berufliche Rolle hervorzuheben. Die neuen Rollen im Berufsfeld Pflege und Betreuung sind für die Fachangestellten

Die neuen Ausbildungen in der Pflege

Das Berufsbildungsgesetz von 2002 regelt auch die Berufe im Gesundheitswesen. Die Ausbildungen wurden in die Berufsbildungssystematik eingegliedert mit folgenden Neuerungen: Auf der Sekundarstufe II wird eine Berufslehre mit dem Abschluss «Fachangestellte Gesundheit» angeboten, und ein «Berufsattest» ist geplant. Die Ausbildung auf Tertiärstufe beinhaltet eine Ausbildung mit dem Abschluss «dipl. Pflegefachfrau/Pflegefachmann HF».

Die Akademisierung hat dazu geführt, dass an Fachhochschulen in Bachelorprogrammen dipl. Pflegefachfrauen FH ausgebildet werden. An Fachhochschulen und Universitäten kann ein Master of Nursing Science oder ein Master of Advanced Studies absolviert werden.

Zuständig für die neuen Ausbildungsverordnungen der Berufsabschlüsse ist das Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT).

Gesundheit vielfältig und erlauben den tertiärgebildeten Pflegepersonen eine fachliche Führung wie auch eine Entlastung von pflegefremden Arbeiten. 2007 wurde in fachlichen und politischen Kreisen erörtert, ob ausgewiesene Pflegefachpersonen nicht HausärztInnen (an denen bekanntermassen ein Mangel besteht) ersetzen oder ergänzen könnten [4].

Es ist von grosser Bedeutung, dass Pflegefachpersonen besser in die Grundversorgung eingebunden werden und dass Pflegefachpersonal mit akademischer Qualifikation mit ärztlichen Kolleginnen und Kollegen zusammenarbeitet. Dies kann als wichtige und längst fällige Strategie im präventiven und kurativen Bereich der Grundversorgung gesehen werden. Problematisch scheint eine solche Strategie jedoch in Zeiten knapper Personalressourcen in der Pflege. Der ärztliche Personalnotstand soll und kann aus berufspolitischen und berufsständischen Überlegungen nicht durch Pflegefachpersonen aufgefangen werden. Dem ständig steigenden Pflegebedarf – insbesondere im Bereich der Alters- und Chronischkrankenpflege – muss mit neuen Modellen der Grundversorgung begegnet werden, die den pflegerischen Bedarf ins Zentrum stellen. Deshalb sind der neue Mix, getragen von einem partnerschaftlich-interdisziplinären Verhältnis zu den ÄrztInnen, und das «Staffing» der Pflegeteams dadurch gekenn-

zeichnet, dass die neuen Berufskategorien und Qualifikationen im Bereich Pflege und Betreuung – vom Attest bis zum Master in Nursing Science – vor dem Hintergrund eines begründeten Pflegebedarfs und der entsprechenden beruflichen Arbeitsaufgaben eingesetzt wurden.

Literatur

- 1 ICN. (2006). *International Nurses Day, 12. Mai 2006: Safe staffing saves lives*. Geneva 2006: 1–23.
- 2 www.oda-gesundheit.ch: Der richtige Mix bringt's!
- 3 Ludwig I., Mondoux J., Schaefer M. BBT Mandat: Referenzmodelle ausgewählter Gesundheits- und Sozialberufe. Schlussbericht Teilprojekt Gesundheit 2007: 1–48.
- 4 www.obsan.ch/d/index.htm: Innovationen in der ambulanten Gesundheitsversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute.

Iris Ludwig
Pädagogin/Pflegeberaterin MA
Sous les Craux 4
Postfach/case postale 114
2340 Le Noirmont
im.ludwig@bluewin.ch

Managed Care – the next generation

Care Management jenseits von Gatekeeping, Prämienrabatt und Verzicht

5. Juni 2008

8.30 Registrierung

9.15 Begrüssung

Keynote/Referate

- 9.30 Lost in Translation: Patientenorientierte Netzwerke im Gesundheitswesen
Dr. Stephan Sigrist, Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Collegium Helveticum, Zürich
- 9.55 Jenseits von Gatekeeping: Grundversorger und Spezialisten im selben Netz?
Paneldiskussion
- 10.20 Jenseits von Prämienrabatten: Welche Anreizsysteme für welche Akteure? Wirkungen und Nebenwirkungen?
NN
- 10.45 Kaffeepause
- 11.15 Qualität vs. Effizienz: Kann man professionelle Behandlungsabläufe von der Automobilindustrie lernen?
Cornelius Clauser, Porsche Consulting, Bietigheim-Bissingen, Deutschland
- 11.40 Managed Care, the next generation: Was haben unsere Bürger, Versicherten und Patienten davon?
Prof. Dr. med. Gerd Nagel, Präsident, Stiftung Patientenkompetenz, Zürich
- 12.05 Plenardiskussion mit E-Voting
- 12.45 Stehlunch

14.00 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.
- Projektpräsentationen zu wissenschaftlichen Studien, Optimierungsprojekten oder Innovationsinitiativen.

15.00 Kaffeepause

15.30 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.
- Projektpräsentationen zu wissenschaftlichen Studien Optimierungsprojekten oder Innovationsinitiativen.

16.40 Verleihung Managed-Care-Förderpreis 2008

16.50 Managed Care – the next generation:

- Vision einer Vernetzung,
Vernetzung einer Vision!
Dr. phil. Ludwig Hasler, Publizist und Philosoph

17.15 Symposiumsende und Apéro

18.30 Apéro und Managed Care Networking Dinner

- Mit den Referenten des Symposiums und künstlerischer Umrahmung.
- Zum Ausklang und zur Kontaktpflege mit Kunden und Geschäftspartnern.

Tagungsort

World Trade Center
Leutschenbachstrasse 95, 8050 Zürich

Kosten

CHF 480.–
CHF 580.– mit Managed Care Networking Dinner

Sprache

Deutsch

Anmeldung

Ihre Anmeldung nehmen wir gerne unter www.fmc.ch («Veranstaltungen») entgegen.

Information/Organisation

MKR Consulting AG, Marketing und Kommunikationsberatung
Steinerstrasse 37, 3006 Bern
Franziska Goldinger, Telefon 031 350 40 55
franziska.goldinger@fmc.ch

Heinz Bhend

Informatik in der Arztpraxis: Beispiel Medikamentenmanagement

Die Möglichkeiten des Informatikeinsatzes in der Arztpraxis sind weit umfassender und komplexer, als gemeinhin angenommen wird. Letztlich muss die Informatik uns in der ärztlichen Tätigkeit unterstützen und sollte zur Effizienzsteigerung und/oder Qualitätssicherung beitragen.¹

Acht Jahre nach der Umstellung auf eine papierarme Praxis kann ich bestätigen, dass die konsequente elektronische Dokumentation meine Effizienz gesteigert und die Qualität verbessert hat.

Aktueller Stand der IT

Gemäss einer noch unveröffentlichten Studie (SISA, 2008)² führen nur 11,1% der niedergelassenen ÄrztInnen eine vollständige elektronische Krankengeschichte. Die Hauptgründe für die Widerstände dürften die mangelnden Anreize, der massive zeitliche und finanzielle Aufwand und die fehlenden Standards sein. Aufgrund der letztgenannten Rahmenbedingung besteht die Gefahr, dass bei Bedarf die Daten nicht in ein Fremdsystem transferiert werden können und die Ärztin bzw. der Arzt somit für den Rest seiner Erwerbstätigkeit an den Softwareanbieter gebunden ist. Gleichzeitig nimmt er einem allfälligen Nachfolger den Entscheid über die Wahl des Softwareanbieters auch schon vorweg.

Welche Daten fallen an

In der Hausarzt- oder Spezialarztpraxis fallen drei Gruppen von Daten an:

- Administrative Daten: Patientendaten, Leistungsdaten
- Dokumente: eingehende Dokumente (Mail, Fax, Post), ausgehende Dokumente
- Klinische Daten: Notizen des Arztes, Labordaten, Medikamentendaten, Bilddaten wie Sonobilder, Röntgenbilder und Fotos, evtl. Codierungsdaten.

¹ Der Text wurde anlässlich des Educational Workshop 1, Telematik-tage 2008, am 6. März in Bern als Referat gehalten.

² SISA – Status quo der Informatikinfrastruktur und -kompetenz in Schweizer Arztpraxen, FMH/SGAM.Informatics (2008).

Bisherige Datenverarbeitung

Seit ungefähr 1990 erfolgt die Administration und Rechnungsstellung in den meisten Praxen praktisch ausnahmslos computerassistent. Seit etwa 1995 werden die meisten Dokumente mit Hilfe von Computern erstellt. Die elektronische Krankengeschichte ist etwa seit dem Jahr 2000 in einer Häufigkeit im einstelligen Prozentbereich im Einsatz – Tendenz langsam steigend. Seit etwa 2004 gibt es Stand-alone-Module zum Medikamentenmanagement wie zum Beispiel das Rosenstudio.

Wo ist der Computereinsatz sinnvoll?

Überall dort, wo grosse Datenmengen und/oder Datenbanken im Spiel sind und eine hohe Granularität gefordert ist, ergibt die computerunterstützte Verarbeitung Sinn. Beispiele aus der Arztpraxis sind der TARMED-Katalog mit mehreren tausend Positionen, der Medikamentenstamm und allenfalls auch ein Kodierungssystem (wie z.B. ICD-10 mit ebenfalls über 14 000 Codes). Hier ist die Lern- und Erfolgskurve für den Anwender sehr steil. Wer einmal begriffen hat, wie er Medikamenteninformationen mit Hilfe einer Software findet, wird nur noch in Ausnahmefällen im (buchstäblich!) unhandlichen Kompendium blättern. Die wenigsten werden den ausgedruckten TARMED- oder ICD-10-Katalog verwenden.



Heinz Bhend

Voraussetzung für Effizienz

Eine Effizienzsteigerung ist dort möglich, wo Daten wiederverwendet werden können.

Wenn ich die Medikamente bei einem Patienten einmal richtig erfasst habe und diese Daten bei der nächsten Konsultation zur Verfügung stehen und für ein Rezept, für den Einnahmeplan und in ein allfälliges Überweisungsschreiben «automatisch» übernommen werden können, habe ich wohl etwas initialen Mehraufwand betreiben müssen, der sich aber schon bald durch die Möglichkeit der Wiederverwendung rechtfertigt. Analog sind Labordaten,

Verlaufseinträge, Bilder usw. wiederverwendbar, indem sie intern oder extern übermittelt werden können.

Elektronische Kommunikation als zentrales Element

Damit kommen wir zum Kern der ganzen E-Health-Geschichte: Alle möchten elektronisch kommunizieren. Für die Kommunikation gibt es schier unendlich viele «Lösungen». Jede grössere Firma wittert hier ein Geschäftsfeld im Bereich des Austauschs von medizinischen Daten.

Unabdingbare Voraussetzung für eine digitale Kommunikation ist eine digitale Dokumentation! – Um es klar zu formulieren: Ohne elektronische Dokumentation in der Arztpraxis ergibt die ganze E-Health-Diskussion wenig Sinn! Ich wage sogar zu behaupten: E-Health wird in der Schweiz erst einen Durchbruch erleben, wenn 51% der KollegInnen elektronisch dokumentieren, d.h. eine elektronische Krankengeschichte und damit eine papierarme Praxis führen. Dahin ist noch ein weiter Weg, und das Ziel wird sicher nicht im Jahr 2012 erreicht sein, zumal gemäss der obenerwähnten Umfrage (SISA, 2008) zwei Drittel der niedergelassenen ÄrztInnen in den nächsten drei Jahren diesen Schritt ausdrücklich ausschliessen!

Digitale Kommunikation erfordert digitale Dokumentation. Diese wiederum ermöglicht digitale oder elektronische Interaktion. Damit ist nicht nur die Interaktionsprüfung zwischen einzelnen Medikamenten gemeint, sondern die Computerunterstützung in der klinischen Entscheidungsfindung. Das Kerngeschäft der Computer ist es, die richtige Information zur richtigen Zeit am richtigen Ort (RIRZRO) zur Verfügung zu stellen. Diese RIRZRO ist denn auch der erste Schritt in Richtung Clinical Decision Support.

Medikamentenmanagement

Am Beispiel des Medikamentenmanagements kann aufgezeigt werden, dass die Computerunterstützung tatsächlich zur Qualitätsverbesserung führt.

Es geht um die drei Bereiche: Auswahl/Einsatz, Übersicht/Verlauf und Hilfstoos.

Auswahl/Einsatz

Bei der klassischen Verschreibung geht es immer um den gleichen Algorithmus: Problemstellung – Auswahlmöglichkeiten zur Lösung – Alternativen. Wenn mir die Informatik hier die ganze oder vorselektionierte Liste der Medikamente in Sekundenschnelle zur Verfügung stellt, ist dies eine echte Hilfestellung. Die IT kann noch weit mehr: Der Computer kann beispielsweise meine Favori-

ten für eine Indikation, für meine Praxis oder für einen bestimmten Patienten monitorisieren und diese als Vorschlag präsentieren. Die Software kann auf Interaktionen, Kontraindikationen, Alternativvorschläge, Verfügbarkeit und Preis hinweisen. Ein Pop-up-Fenster, das mich warnt, falls der Patient ein bestimmtes Medikament nicht verträgt, ist ein echter Qualitätsquantensprung. Wenn ich doch ein starkes Analgetikum geben möchte, Tramadol aber nicht geht, bin ich froh um Auflistung der

Solange nicht eine Mehrheit der KollegInnen
eine elektronische Krankengeschichte
in ihrer Praxis führt, wird es im Bereich E-Health
keinen Durchbruch geben.

«starken Analgetika ohne Tramadol», um daraus eine Wahl zu treffen.

Im Sinne eines Biofeedback-Mechanismus funktioniert wohl die Aufaddierung des Preises: Je ein Klick auf ein Statin, Glitazon und einen Angiotensin-II-Hemmer ergibt zum Beispiel die Summe von CHF 653.10; dies lässt mich nicht unbeeindruckt.

Übersicht/Verlauf

Wohl eine der grössten Herausforderungen ist es, im Verlauf einer mehrjährigen Patientenbetreuung jederzeit zu wissen, welche Medikamente ein bestimmter Patient am Tag XY einnimmt. Wenn die Medikamentenliste diszipliniert nachgeführt ist, kann diese Auskunft bei Bedarf auch die MPA am Telefon erteilen. Diese Information steht gemäss RIRZRO jedem zur Verfügung, der Zugang zum System hat.

Weitere Fragen: Welche Verordnung/welches Rezept wurden dem Patienten XY am Datum DDMMJJ ausgestellt? Welche Medikamente sind bei einem bestimmten Patienten kontraindiziert und weshalb? Da muss ich zugeben: Übersicht zu halten ohne Informatikunterstützung ist für mich ein Ding der Unmöglichkeit. Ich möchte auch nicht mehr in jene Jahre zurück, als ich mich irgendwie durchgemogelt habe und bei wirklichem Bedarf (Bsp. externe Anfrage) mit gewaltigem zeitlichem Aufwand und entsprechendem Stress das Ganze aus der praktisch unleserlichen Papier-KG zu rekonstruieren versuchte!

Hilfstoos

Als Hilfstoos beim Medikamentenmanagement können aufgelistet werden:

– lesbare Rezepte (sehr geschätzt bei meinen Patienten),

- Ausdruck des Einnahmeplanes (Compliancehilfe und damit Qualitätssteigerung),
- Übernahme der aktuellen Medikation in Überweisungsschreiben,
- Reminder bei Packungsende.

Dies sind Möglichkeiten, die direkt effizienz- und qualitätssteigernd sind und die viel diskutierte «Störung der Sprechzimmerambiance durch einen Bildschirm» bei weitem aufheben.

Fazit und Folgerungen

Für mich kann die Frage nach Qualitäts- und Effizienzsteigerung durch IT-Einsatz in meiner Praxis zweimal mit einem klaren «Ja» beantwortet werden. Das Potential ist vorhanden, um in Zukunft digital kommunizieren zu können. Längst sind gesicherte Kommunikationskanäle etabliert. Solange nicht eine Mehrheit der KollegInnen eine elektronische Krankengeschichte in ihrer Praxis führt, wird es im Bereich E-Health keinen Durchbruch geben. Die Illustration dazu liefert die Erfahrung vieler KollegInnen: Solange sie papierbasiert arbeiten, wünschen sie die Berichte der Spitäler per Fax und/oder Postversand zu erhalten. Sobald der Wechsel zur digitalen Dokumentation gemacht ist, bedeutet jeder Fax und jeder Brief einen Mehraufwand. Viele Sekretariate stellen sich

auf den Standpunkt «Wir machen was die Mehrheit will – solange die Mehrheit per Fax/Print kommuniziert, kriegen es alle auf diesem Weg».

Die in Diskussionen mit KollegInnen wahrgenommenen Befürchtungen und die oben kurz skizzierten Hindernisse führen zu folgenden Forderungen:

Wir brauchen

- Standards für den Datenaustausch (CDA–Clinical Document Architecture) und die Schnittstellen,
- Export- und Importmöglichkeit aus/in die diversen elektronischen KGs,
- Hilfestellung für KollegInnen, die umstellen wollen (Schulungen, Begleitung),
- Anreize (Incentives) für elektronische Dokumentation. Man stelle sich vor, die Gelder für Versichertenkarte und HPC (Health Professional Card) wären für die obgenannten Punkte verwendet worden! – Vielleicht hätte der Fahrplan der nationalen E-Health-Strategie damit sogar eine realistische Chance gehabt.

Dr. med. Heinz Bhend

Facharzt für Allgemeinmedizin FMH

Leiter Arbeitsgruppe SGAM.Informatics

Oltnerstrasse 9

4663 Aarburg

heinz.bhend@sgam.ch

Arnold Milstein, Thomas H. Lee

Ärztliche Effizienzbemessung: Mehr Dissens als Konsens

In den USA zeigt sich in der Diskussion um ärztliche Effizienz ein scheinbar unüberwindbarer Dissens zwischen denen, die für die medizinischen Leistungen bezahlen, und jenen, die sie erbringen. Wie ist die Lage in der Schweiz? Der Text erschien in englischer Sprache im *New England Journal of Medicine*.¹ Hier erscheint er in einer leicht gekürzten Version, übersetzt von Kurt Hess.

In den vergangenen Jahren sind immer häufiger Publikationen zur Leistungsfähigkeit in der Gesundheitsversorgung erschienen. Doch während sich die meisten Berichte auf die Versorgungsqualität in HMO-Zentren oder andern grösseren Gruppenpraxen sowie in Spitälern konzentrierten, richten die Leistungseinkäufer heute den Blick auf jene Ärzte, die gute Qualität und hohe Effizienz der Leistungserbringung vereinen. Der geeignete Weg zur Effizienzbemessung – und der richtige Einsatz entsprechender Messgrössen – erweist sich nun aber als eine Angelegenheit des Dissenses zwischen jenen Akteuren, die für die Leistungen bezahlen, und jenen, die sie erbringen.

Zunächst stellt sich die Frage, wer darüber entscheidet, ob sich ermittelte Effizienzdaten für die Zwecke der Konsumenten eignen – die Konsumenten selbst oder die Leistungserbringenden? Die Ärztinnen und Ärzte argumentieren, dass die verfügbaren Massstäbe zur Effizienzbeurteilung zu wenig differenziert und genau sind, während die Konsumenten und Leistungseinkäufer das Warten auf die perfekten Kriterien als inakzeptabel bezeichnen. Wesentliche Aspekte der Methodologie werfen Fragen nach der Behandlung von Hochkostenfällen auf oder nach den minimalen Fallzahlen für eine sinnvolle Analyse ärztlicher Effizienz. Klar ist: Es gibt keine Patentlösungen, und Lösungen, die auf eine maximale Fairness gegenüber den analysierten Ärzten ausgerichtet sind, kompromittieren die Zweckmässigkeit aus Konsumentensicht. So führt beispielsweise die Forderung nach höheren Minimalfallzahlen dazu, dass immer weniger

Ärztinnen und Ärzte überhaupt einem solchen Assessment unterzogen werden können.

Die meisten Konsumenten erwarten, dass ihre Interessensorganisationen eine Auswahl von Leistungskriterien treffen, zu welchen die Leistungserbringenden ihre Kommentare abgeben dürfen, aber nicht das Veto einlegen können. Demgegenüber stellt die Ärzteschaft fest, dass die Leistungsbemessung der Gesundheitsversorgung extrem komplex ist, dass die universell verfügbaren Abrechnungsdaten diese Komplexität nicht abbilden und dass die Öffentlichkeit die daraus resultierenden Messgrössen nicht zu verstehen vermag.

Eine zweite Kategorie des Dissenses betrifft die Frage nach dem Inhalt der Leistungsdaten: Soll dies umfassen-

Solange keine geeigneten Qualitätsindikatoren
verfügbar sind, sollte den Ärztinnen
und Ärzten die Gelegenheit geboten werden,
diese Lücke zu schliessen

des, ausführliches bis vollständiges Datenmaterial sein, oder genügen einfache, punktuelle und eng definierte Inhalte? Umfassende Kriterien und Indikatoren zielen auf eine einzige zusammenfassende Bewertungsgrösse hin, die alle generierten Kosten aller Patienten eines Leistungserbringenden spiegeln, der die medizinische Versorgung substantiell beeinflusst hat. Die durchschnittliche Kostenverursachung pro Behandlungsfall oder – bei chronischen Krankheiten – pro Jahr werden mit den Ergebnissen anderer Ärzte gleicher Fachspezialität und gleicher geographischer Region verglichen, dies unter Berücksichtigung des Behandlungsmix und der Schwere der Erkrankung. Der andere Approach zielt auf die Analyse weniger punktueller Inhalte, etwa des Prozentsatzes verschriebener Generika oder der Häufigkeit veranlasster Röntgenuntersuchungen pro Fall von Schmerzen der unteren Wirbelsäule.

Patienten bevorzugen in der Regel einen zusammenfassenden Gesamt-Score, da sie bei der Wahl ihres Arztes noch nicht vorauszusagen vermögen, welches genau die Behandlungsbedarfe sein werden. Auch die Leistungsein-

¹ Milstein M, Lee TH. Comparing Physicians on Efficiency. *N Engl J Med*. 2007 357(27): 2649–52.

käufer neigen zu einer zusammenfassenden Kennzahl, wenn es darum geht, einen Leistungserbringenden in das Netzwerk ihrer Versicherung einzuschliessen. Demgegenüber bezeichnen viele Ärzte einen solchen Gesamt-Score als eine kaum mehr zu interpretierende Versimplifizierung einer komplexen Realität. Ein Arzt mag überdies effizient sein in der Behandlung des einen Krankheitsfalls, jedoch ineffizient im andern.

Eine dritte Quelle des Dissenses liegt in der Fragestellung, ob Effizienzmessungen die individuellen Leistungserbringenden oder Ärztegruppen fokussieren sollen. Aus der Kundenperspektive ist die Bemessung des einzelnen Arztes ausschlaggebend, da Patienten in der Regel ihren Doktor und nicht eine ganze Gruppe wählen und da die ärztliche Effizienz in einer Gruppe oft deutlich variiert. Im übrigen hat die sozialwissenschaftliche Forschung nachgewiesen, dass die Leistung einer Gruppe dann am besten ist, wenn das Verhalten der individuellen Mitglieder transparent gemacht wird. Doch die Ärzteschaft argumentiert, dass die medizinische Versorgung und deren permanente Verbesserung eine Teamangelegenheit ist, dass der individuelle Beitrag zur Kostengenerierung nur schwer zu definieren ist und dass die Bewertung von Einzelleistungen auf deutlich zu kleinen Fallzahlen beruht. Viertens: Die Vergleiche ärztlicher Effizienz können ausschliesslich auf der unterschiedlichen Inanspruchnahme diagnostischer und therapeutischer Verrichtungen basie-

Effizienzanalysen sollten
auch den gesellschaftlichen Nutzen
von ärztlichen Leistungen –
etwa die Versorgung von Unterprivilegierten
oder die Lehrtätigkeit – berücksichtigen.

ren, oder sie berücksichtigen auch deren Preisdifferenzen. So kann beispielsweise ein Arzt in einer grossen Lehrklinik deutlich weniger Röntgenuntersuchungen veranlassen als der Kollege in einem kleineren öffentlichen Spital, doch die höheren Preise der Lehrklinik machen ihre tieferen Fallzahlen mehr als wett. Konsumenten und Einkäufer favorisieren natürlich die aggregierten Kosten, so dass sich die ärztliche Effizienz gleichermassen nach Nutzung und Preis bemisst. Damit werden den Ärzten auch Anreize zu kostengünstigeren Weiterweisungen gesetzt, sofern dadurch die Qualität nicht tangiert wird.

Ein fünfter Streitpunkt liegt in der Tatsache, dass es in vielen klinischen Bereichen keine oder nur unbefriedi-

gende Qualitätsindikatoren gibt und dass allfällige Qualitätsdaten weiterhin auf die manuelle Krankenakte abgestellt werden müssen. Doch ist es sinnvoll, Leistungsscores zu kommunizieren, wo der notwendige Bezug zur Qualität fehlt? Konsumenten und Leistungseinkäufer argumentieren, dass bei Vorhandensein eines vernünftigen Sets an Qualitätsindikatoren nicht darauf gewartet werden soll, bis zueinander passende Effizienz- und Qualitätsmassstäbe für jede klinische Situation verfügbar sind. Ärzte sorgen sich, dass sie in Fällen, wo keine Qualitätskriterien vorliegen, für ökonomische Effizienz Rechenschaft abzulegen haben und dass dies zu einer Sparmedizin führen mag.

Schliesslich haben die Versicherer – der Not gehorchend – Abrechnungsdaten genutzt, um ein Rating der Ärztinnen und Ärzte nach Qualität und Effizienz zu etablieren. Obschon solche Bemessungen aussagefähiger wären, wenn zusätzliche klinische Daten in der Krankenakte abgebildet würden, ist ein Screening der manuellen Krankenakte schon aus Kostengründen unrealistisch. Doch auch mit der elektronischen Akte werden auch auf längere Sicht keine klinischen Daten breit verfügbar sein.

Trotz alledem: Wie können Ärzte und Konsumenten einen gemeinsamen Blickwinkel finden?

Allem voran wäre es der Sache dienlicher, wenn Kunden und Ärzte in der Entwicklung neuer Ansätze zur Effizienzsteigerung zusammenarbeiteten, statt nur darüber zu debattieren, ob die bereits verfügbaren Effizienzindikatoren gut oder schlecht sind. Beispielsweise könnten einzelne Ärztegruppen ermächtigt werden, die Abgabe von Effizienzdaten für individuelle Ärzte einzuschränken, falls die Gruppe mit einem variablen Vergütungssystem einverstanden ist, das mit dem Erreichen konkreter qualitativer und ökonomischer Ziele verbunden ist. Die Versicherer andererseits sollten ihre Ratingmethoden aufdecken und gemeinsam mit der Ärzteschaft an einer Verfeinerung arbeiten.

Zum zweiten: Solange keine geeigneten Qualitätsindikatoren verfügbar sind, sollte den Ärztinnen und Ärzten die Gelegenheit geboten werden, diese Lücke zu schliessen, bevor fachspezifische und morbiditätsspezifische Effizienzscores etabliert werden, beispielsweise durch die Ergänzung der Laborrechnungen um Laborresultate.

Drittens sollten Effizienzanalysen auch den gesellschaftlichen Nutzen von ärztlichen Leistungen – etwa die Versorgung von Unterprivilegierten oder die Lehrtätigkeit – berücksichtigen. Dies macht es notwendig, dass die Berechnung von Leistungsscores zwischen effektiven und standardisierten Preise unterscheidet. Erst wenn die Analyse den effizienten Einsatz der Ressourcen nachweist, können die Effizienzscores auf Basis effektiver Preise adjustiert werden.

Alle Akteure im Gesundheitssektor der USA postulieren, dass es in der medizinischen Versorgung nicht nur um Geld gehen darf. Wenn dies nicht bloss Vision bleiben soll, müssen Ärzte und Kunden gemeinsam im Bereich

der Effizienzmessung zusammenarbeiten, und die Leistungserbringer müssen dazu inspiriert werden, kosteneffektive Behandlungspfade mit dem Ziel bestmöglicher Behandlungsqualität zu evaluieren.

Kommentar

Transparenz als unabdingbares Recht

Hier also die amerikanische Sicht der Diskussion um ärztliche Effizienz – oder besser: des kaum überbrückbaren Dissenses zwischen denen, die für die medizinischen Leistungen bezahlen, und jenen, die sie erbringen. Das US-Gesundheitssystem unterscheidet sich bekanntlich in manchen Dimensionen von unserem oder dem anderer europäischer Länder. Was kümmert uns also das transatlantische Jammern?

Eine lupenreine Messbarkeit von Nutzen und Aufwand gibt es nicht

Und doch: Wie sich die Bilder gleichen! Die Diskussion um die Effizienz und die Argumentarien erweisen sich dem Beobachter der schweizerischen Qualitätsszene als gute alte Bekannte. Und die Ärzteschaft greift sich – hüben wie drüben – aus den verfügbaren Argumentarien immer zielsicher jenes heraus, das zu keiner Veränderung führt.

Man erinnert sich etwa, dass Konzepte zur Qualität ärztlichen Wirkens spätestens seit 1996 gesetzlich gefordert sind und dass heute die Parlamentarische Verwaltungskontrolle feststellen muss, dass nur Punktueller umgesetzt ist. Oder man erinnert sich an 2002, als eine grosse Koalition von Patientenvertretungen, Ärzten und Versicherern versuchte, einen «Guide Santé» zu erarbeiten, der Transparenz schaffen sollte – und kläglich scheiterte.

Effizienz ist die Relation zwischen einem gewünschten Nutzen und dem Aufwand, mit dem der Nutzen erarbeitet wird. Und der Nutzen ist in der Medizin – quasi per definitionem – das Behandlungsergebnis bzw. dessen Qualität. Für eine lupenreine Effizienzbewertung müsste damit zweierlei ebenso lupenrein bemessbar sein: die

kumulierten Kosten eines Krankheitsfalls über die gesamte Behandlungskette hinweg und das, was als Ergebnis am Ende der Behandlungskette steht. Ohne dieses Zweierlei gibt es keine Effizienzdiskussion, jedenfalls keine sinnvolle. Und doch wird sie allorts end- und ergebnislos geführt.

Als wohl einzige konsensfähige Aussage sollte man es – sozusagen als Prämisse für die weitere Diskussion – einmal offen aussprechen: Es gibt sie nicht, die lupenreine Messbarkeit von Nutzen und Aufwand! Dann müsste sich die Gemeinde farbbekennend in zwei Lager scheiden: solche, die sich in dieser Frage endlich offiziell legitimiert sehen, die Hände in den Schooss zu legen, und solche, die Transparenz als unabdingbares Recht – vor allem auch der Patientinnen und Patienten – erkennen, selbst wenn die Lupenreinheit einstweilen nur zweit- oder drittklassig ist.

Was die Lösungsvorschläge der Autoren angeht, trifft der erste der skizzierten Ansätze wohl den Kern: eine Anreizsetzung für Hausarztnetze, deren Vergütung mit dem Erreichen vorab ausgehandelter qualitativer und ökonomischer Ziele verbunden ist. Eine Zieldiskussion lässt sich nur auf dieser Ebene führen und wird hierzulande teils bereits geführt. Damit werden wohl – und dies einmal mehr – die Versorgungsstrukturen vorangehen, die sich an Managed-Care-Konzepten orientieren. Zumal es fruchtbarer ist, aktiv Lösungen mitzugestalten, als später reaktiv zu jammern.

Dr. med. et lic. oec. Kurt Hess
Vizepräsident
des Forums Managed Care
Grossmünsterplatz 1
8001 Zürich
kurt.hess@hin.ch



Norbert Mappes-Niediek, Kerstin Blum

Mit Transparenz zu mehr Qualität: Patienteninformation anderswo

Transparenz, sowohl intern wie gegen aussen, ist die Grundlage jeder Qualitätsverbesserung. In einigen Ländern Europas kann sich der kritische Patient mittlerweile im Internet über Leistungsdaten von Krankenhäusern informieren, in den USA wird mit einem ambitionierten Projekt versucht, die Todesrate in Kliniken zu senken.

«Fünf Millionen Leben» ist der anspruchsvolle Titel einer Kampagne in den USA, mit der ein gemeinnütziges Institut in den USA bis Ende 2008 die Zahl der Schäden durch medizinische Fehler um fünf Millionen verringern will, bei geschätzten 15 Millionen Fällen pro Jahr also um rund einen Drittel.

Das Institute for Healthcare Improvement (IHI) will auf freiwilliger Basis 4000 Krankenhäuser für die Teilnahme gewinnen. Schwerpunkte liegen auf gezielter Vermeidung von chirurgischen Komplikationen und auf besserer Kommunikation zwischen Mitarbeitenden und Klinikleitung.

USA: Gegen 100 000 Todesfälle pro Jahr durch vermeidbare Behandlungsfehler

Vermeidbare Behandlungsfehler führen in den USA pro Jahr zu 44 000 bis 98 000 Todesfällen und sind damit die häufigste Ursache für vorzeitigen Tod, wie das renommierte Institute of Medicine 1999 errechnet hat. Der darauf basierende Bericht mit dem Namen «Irren ist menschlich» hatte ein starkes öffentliches Echo hervorgerufen. Die jetzige Aktion hat ein erfolgreiches Vorbild: 2004 hatte das IHI eine erste Kampagne unter dem Titel «100 000 Leben» lanciert – 100 000 Todesfälle durch medizinische Fehler sollten vermieden werden. 3100 Kliniken nahmen teil, und das Ziel wurde sogar übertroffen: Die Zahl der vermeidbaren Todesfälle sank binnen zweier Jahren um 122 000.

Die Kampagne «100 000 Leben» hatte sechs messbare Ziele: Überall sollten «schnelle Notfallteams» bereitstehen. Für Herzinfarkte wurden allen Kliniken verlässliche, erfahrungsbasierte Therapiemodelle an die Hand gegeben. Medikationen wurden gegeneinander abgeglichen, um unerwünschte Wirkungen zu vermeiden. Infektionen über Spritzen und Infusionen wurden mit einem genauen Ablaufplan ins Visier genommen. Mit «den richtigen Antibiotika zur richtigen Zeit» wurden Infektionen bei Operationen bekämpft.

Schliesslich sollte eine Serie von Massnahmen die Verbreitung von Keimen über das Lüftungssystem unterbinden. Für «fünf Millionen Leben» sind sechs weitere Massnahmen hinzugekommen, unter anderem zur Vermeidung von Druckgeschwüren und Infektionen mit methicillinresistentem Staphylococcus aureus (MRSA), einem häufig auftretenden und gegen Antibiotika resistenten Erreger.

Fast wie ein sportlicher Wettbewerb

Organisiert ist die Kampagne als beinahe sportlicher Wettbewerb. Die Ergebnisse werden kontinuierlich veröffentlicht, z.B. an sogenannten «Aktionstagen». Für Patienten steht eine Liste der beteiligten Kliniken bereit. Ausserdem lassen sich genaue Informationen abrufen, beispielsweise in welchen Kliniken die Zahl der Druckgeschwüre bei bettlägerigen Kranken zurückgegangen ist.

Als Voraussetzung für solche Kampagnen gilt, was vielen Gesundheitssystemen noch fehlt: Transparenz – sowohl in den klinikinternen Abläufen als auch bei den Ergebnissen der Versorgung. Zu den Vorreitern der Transparenz- und Qualitätsbewegung gehört in den USA das National Committee for Quality Assurance (NCQA), eine Art «Stiftung Warentest» für Gesundheitsleistungen von Health Plans. Rückendeckung geben dem Komitee die Arbeitgeber: Sie zahlen die vollen Kassenbeiträge und schliessen kollektiv für ihre Belegschaften oft Hunderttausende Verträge ab. Deshalb haben sie nicht nur ein starkes Interesse an Transparenz, sondern auch eine grosse Marktmacht. Zur Qualitätsmessung bedient sich das NCQA sowohl objektiver Indikatoren wie Diagnose- und Abrechnungsdaten als auch subjektiver Angaben aus Patientenbefragungen (etwa: «Sind Sie respektvoll behandelt worden?»).

Im Hintergrund solcher Initiativen bemüht sich in den USA seit 2005 eine 19 köpfige Kommission aus WissenschaftlerInnen, ManagerInnen und hohen BeamtenInnen im grossen Rahmen darum, das gesamte System gründlich in Richtung Transparenz und Qualität zu reformieren. Die Initiative ging vom Commonwealth Fund aus, einer privaten Stiftung. Ziel der «Commission on a High Performing Health System» ist, ein «Hochleistungs-Gesundheitswesen» zu schaffen und vulnerablen Gruppen wie Zuwanderern aus armen Ländern, Kranken und Alten einen besseren Zugang zu ermöglichen. Mit einem Ranking der Gesundheitsversorgung in den einzelnen

Bundesstaaten hat die Kommission zusätzlich Bewegung in die US-amerikanische Debatte gebracht.
 Weitere Informationen: www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign; www.ncqa.org; www.cmwf.org

Grossbritannien: Suche nach der besten Klinik

Kurz an den Umrissen eines männlichen oder eines weiblichen Körpers per Mausclick markieren, wo es einem fehlt, dann den Ortsnamen oder die Postleitzahl eingeben: Schon liefert einem «NHS direct», das Online-Informationssystem des britischen Nationalen Gesundheitsdienstes, eine Liste mit ÄrztInnen und Kliniken, die helfen können – inklusive Lageplan. Wer weiterklickt, findet eine Art populärmedizinisches Nachschlagewerk: Zu jeder Krankheit, jedem Symptom finden sich Überblicksdarstellungen und bei Bedarf auch eingehende Informationen unter dem Titel «Was mein Arzt liest».

Der kritische Patient kann sich darüber hinaus über die Qualität einer Klinik informieren: über Wartezeiten, abgesagte Operationen und die Zahl der Krankenhausinfektionen wie auch über Patientenmeinungen zu Komfort und Sauberkeit, Freundlichkeit des Personals und Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung. Balken in Ampelfarben markieren jedes Krankenhaus als «ausgezeichnet», «gut», «in Ordnung» oder «schwach». Wer es genauer wissen möchte, findet zu jedem Kriterium detaillierte Werte und umfassende Ergebnisse.

Weitere Informationen: www.nhs.uk/England/Choice.

**Dänemark:
Fünf-Sterne-Kliniken am Nordseestrand**

Der Ärzteverband ist dagegen, alle Parteien sind dafür: Nach mehrjähriger Diskussion hat die dänische Regierung sich entschlossen, die Leistungsdaten der Krankenhäuser zu veröffentlichen und, wie bei Hotels, Sterne für gutes Abschneiden zu vergeben. Im Internet lassen sich die Daten übersichtlich und für Laien verständlich vergleichen. Gemessen wird, was das jeweilige Haus an medizinischen Einrichtungen bietet, ausserdem Sicherheit

In Dänemark werden für Spitäler,
wie bei Hotels,
Sterne für ein gutes Abschneiden vergeben

und Zufriedenheit der Patienten, Pünktlichkeit und Hygiene und damit auch die Zahl der postoperativen Infektionen. Bis 2009 sollen alle Kliniken klassifiziert sein. Beschwerden von Kliniken über die Unzuverlässigkeit der Daten gibt der Gesundheitsminister an die Krankenhausträger zurück: Verwendet wird nur, was von dort kommt. In fernerer Zukunft soll das Modell in veränderter Form auch auf AllgemeinärztInnen und staatliche Polikliniken angewendet werden.

Weitere Informationen: www.sundhedskvalitet.dk

Beispiel für Patienteninformationen in Grossbritannien

Der NHS stellt Patienten umfangreiche Informationen zur Verfügung, unter anderem bezüglich:

- der allgemeinen Bewertung der Versorgungsqualität,
- der Häufigkeit von MRSA-Infektionen und Verbesserungen in der MRSA-Prävention gegenüber dem Vorjahr,
- Patientenmeinungen zu Hygiene, Freundlichkeit und Ansprechbarkeit des Personals.

Neben zusammengefassten Bewertungen, «Sternen» und Qualitätsdaten gibt es zu jedem Punkt verständliche Erläuterungen und weiterführende Links, um Patienten ein Einordnen der Daten zu ermöglichen.

Tabelle 1 Beispiel eines Vergleichs dreier Spitäler für Patienten (Grossbritannien).

<i>What is the overall quality of service?</i>		
Street Lane Practice	Leeds General Infirmary	St. James University Hospital
The Healthcare Commission rated quality of service <i>Excellent</i> for the trust which ran this hospital	The Healthcare Commission rated quality of service <i>Weak</i> for the trust which ran this hospital	The Healthcare Commission rated quality of service <i>Weak</i> for the trust which ran this hospital
<i>Estimated rate of MRSA blood infections</i>		
0.83 infections for every 10 000 patient days	2.6 infections for every 10 000 patient days	2.6 infections for every 10 000 patient days
<i>Performance in MRSA blood infection control</i>		
*** (Three Stars)	*** (Three Stars)	*** (Three Stars)

Finland: Feinarbeit mit Daten

Mit einem besonders feinen Instrumentarium misst Finnlands Regierung die Qualität von Krankenhäusern: Aufnahmen und ambulante Besuche werden mit Gesundheitsdaten der Gemeinde und des jeweiligen Einzugsbereichs abgeglichen. Mittels Diagnosegruppen wird auch die spezifische Patientenmischung jeder Klinik in Rechnung gestellt. Am Ende lässt sich nicht nur vergleichen, ob und wie die Kosten eines Krankenhauses vom Landesdurchschnitt abweichen, sondern auch, woran es im Einzelfall liegt. Die Daten sind über das Internet öffentlich zugänglich, dienen aber weniger der Wahl der Klinik durch einzelne Patienten als vielmehr der gesundheitspolitischen Steuerung und der Haushaltsplanung. So lässt sich berechnen, welche Kosten einzelne Patientengruppen verursachen und wo Sparpotentiale liegen. Manche Kliniken haben die Ergebnisse zum Anlass genommen, Mittel von der stationären Versorgung in die Ambulanzen zu verlagern und umgekehrt.

Weitere Informationen: www.hpm.org/survey/fi/a7/4.

Niederlande: Wo tut es am wenigsten weh?

In den Niederlanden kann jeder einsehen, in welchem der 357 Krankenhäuser die Patienten die wenigsten postoperativen Schmerzen haben. Die Website «kiesBeter» (Wähle besser aus) verrät darüber hinaus, wo nach der Operation eine Schmerzmessung vorgenommen wird, wo man gleich am Tag der Einweisung mit der Operation rechnen kann und wo Termine häufig abgesagt werden müssen. Noten von A bis E ersparen dem User, sich mit den Tricks der Statistik auseinanderzusetzen. Wer will, kann sich ein nationales Ranking geben lassen oder die Krankenhäuser der eigenen Stadt vergleichen.

Wer in den Niederlanden wissen will,
was die ambulante Behandlung
seiner Nierensteine kostet, bekommt
per Mausklick einen verbindlichen Preis

Obwohl alle Anbieter verpflichtet sind, ihre Daten bereitzustellen, liegen nicht für jeden Indikator alle Angaben vor. Umfangreich und präzise sind aber die Preisangaben: Wer wissen will, was die ambulante Behandlung seiner Nierensteine kostet, bekommt auf Mausklick für alle 157 Anbieter einen verbindlichen Preis zwischen 1200 und 2800 Euro genannt.

Betreut wird die Website vom Staatlichen Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt. Sie enthält ausserdem Hinweise zu gesunder Lebensweise, eine Übersicht über

Sozialleistungen für Behinderte, Nachrichten aus Medizin und Gesundheitspolitik und ausgefeilte Programme für die Suche nach jeder Art von Versorgung. Wer sich falsch behandelt fühlt, findet einen kompetenten Gesprächspartner und erfährt alles über seine Rechte. Noch populärer ist «kiesBeter» geworden, seit unter dem gleichen Namen jeden Sonntag im Fernsehen eine Verbrauchersendung läuft.

Weitere Informationen: www.kiesbeter.nl

Frankreich: Mit Transparenz gegen Klinik-Kokken

Etwa 7 Prozent aller Patienten fangen sich bei einem Klinikaufenthalt in Frankreich eine Infektion ein – ein Problem, dem die Regierung mit einem Vierjahresplan zu Leibe rückt. Krankenhäuser werden daran gemessen, was sie gegen Infektionen tun. Geprüft wird, was im Jahr an antiseptischen Handwaschmitteln und Antibiotika verbraucht wird, wie viele Infektionen mit resistenten Staphylokokken auftreten und wie oft es zu postoperativen Infektionen kommt. Ein weiterer Faktor ist ein zusammengesetzter Indikator namens «ICALIN»: Er umfasst die finanziellen Mittel, die für die Vermeidung von Infektionen aufgewendet werden, die organisatorischen Bemühungen und die umgesetzten Reformen.

Seit 1999 muss jedes Krankenhaus einen Ausschuss gegen Infektionen bilden. Trotz sinkender Infektionsraten glauben fast zwei Drittel der Franzosen, Krankenhausinfektionen nähmen zu – ein Anreiz für die Kliniken, mit der Teilnahme ihr Image aufzubessern. Für das jeweilige Abschneiden werden Noten von A bis E vergeben. Um Ungerechtigkeiten zu vermeiden, werden die Kliniken nach Grösse, öffentlicher oder privater Trägerschaft und ihrer Spezialisierung in dreizehn verschiedene Klassen aufgeteilt. Mit dem aufwendigen Bewertungssystem wird die Vermeidung von Klinikinfektionen zum Testfall für eine grundsätzliche Reform der Krankenhausfinanzierung: Demnächst sollen die Kliniken nach Leistung bezahlt werden. Vierzig Kliniken sind an einem Pilotprojekt beteiligt, bei dem andere Indikatoren wie Patientenzufriedenheit und Wartezeiten bei der Notaufnahme Aufschluss über die Qualität geben sollen.

Weitere Informationen:

www.sante.gouv.fr/icalin/accueil.htm

Bertelsmann Stiftung

Internationales Netzwerk Gesundheitspolitik

Carl-Bertelsmann-Str. 256, 33311 Gütersloh

www.bertelsmann-stiftung.de

www.healthpolicymonitor.org

Kontakt: ines.galla@bertelsmann.de

Max Moor

Umfassende Pflege- und Rehabilitationsberatung

Aspekte der Organisation und des Managements einer Pflegeorganisation

Die Rehabilitation von Rückenverletzten ist mit dem Austritt aus der Rehabilitationsklinik nicht abgeschlossen. Das langfristige Ziel ist die bestmögliche Integration im angestammten Umfeld. Dieser Übergang ist oft komplex und stellt hohe Anforderungen an die Beteiligten. Auftretende Fragen und Probleme sind häufig pflegerischer Natur. Die ambulante Fachberatung durch eine Pflegeorganisation ermöglicht die Steigerung der Lebensqualität der Betroffenen und hat einen kostensenkenden Effekt für das Gesundheitswesen.

Ausgangslage

Der gemeinnützige Verein ParaHelp bietet als Nonprofitorganisation mit einem Team von zehn Pflegefachpersonen eine vor- und nachstationäre Pflegeberatung im Rahmen einer ganzheitlichen Rehabilitation an. Das Angebot richtet sich spezifisch an Personen mit einer Querschnittlähmung oder einer lähmungsbedingten Behinderung bis

hin zu beatmungspflichtigen Menschen. Ziel ist es, die Betroffenen und ihre Angehörigen in ihrer Situation zielgerichtet, umfassend und über den gesamten Krankheitsprozess hinweg zu unterstützen. Wichtig ist dies, weil an den vielfältigen Schnittstellen in unserem fraktionierten Gesundheitswesen viele Reibungsverluste auftreten und im Verlauf der Jahre wesentliche Komplikationen auftreten können, die es präventiv zu verhindern gilt. Gemeinsam mit den Betroffenen und deren Angehörigen werden unter Beachtung der grösstmöglichen Selbständigkeit und Selbstbestimmung individuelle Lösungsansätze entwickelt. Konkrete Themen sind dabei:

- Dekubitusprophylaxe,
- Blasen- und Darmmanagement,



Max Moor

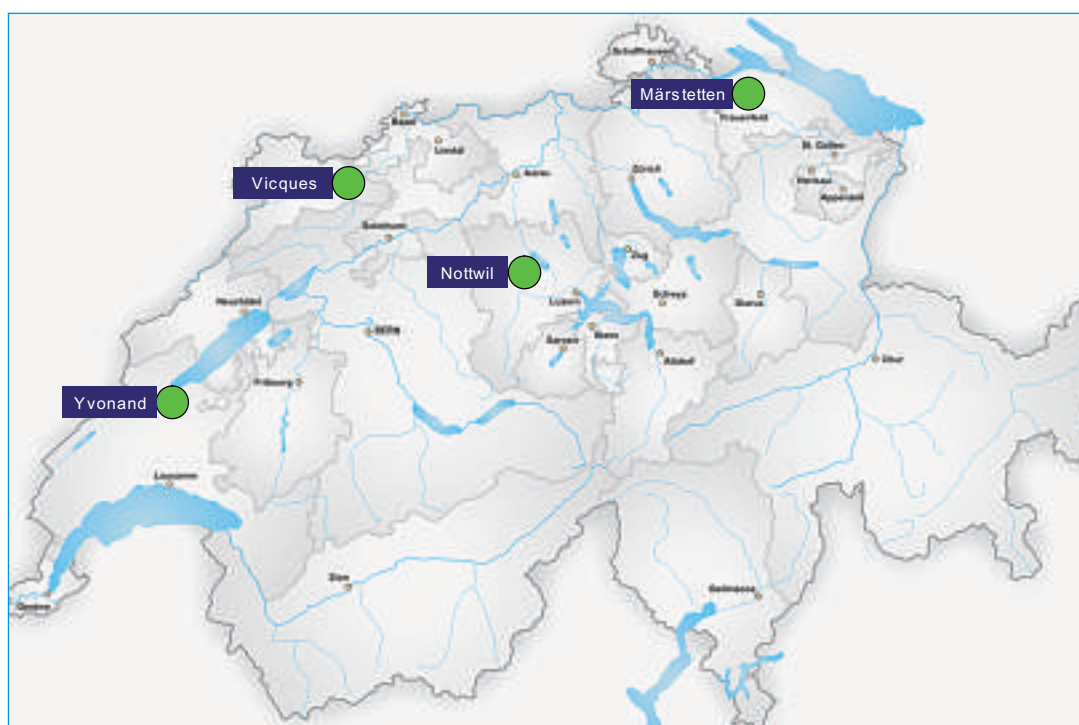


Abb. 1
Standorte
ParaHelp.
Das Tessin
wird von
Nottwil aus
betreut.

- Hilfsmittelanpassung,
- Lagerung und Mobilisation,
- Atmung und Beatmung,
- Unterstützung und Entlastung von pflegenden Angehörigen,
- Schulung und Instruktion von Pflegefachpersonen.

Dabei ist die Koordination und Vernetzung mit den vorhandenen Ansprechpartnern wie Querschnittszentren, Kliniken, Heimen, Spitexdiensten, Hausärztinnen und Hausärzten, Therapien, Hilfsmittelversorgern, Kostenträgern sowie dem direkten Umfeld wesentlich. Das Dienstleistungsangebot steht als fachspezifische Ergänzung in der ganzen Schweiz mit regionalen Standorten zur Verfügung (Abb. 1). Nach Möglichkeit und bei Bedarf findet die Beratung vor Ort statt. Das Assessment der Situation bei den Betroffenen zu Hause oder im Heim kann durch die direkte Erfassung der Kontextfaktoren gezielter und effektiver vorgenommen werden.

Gesundheitspolitische Aspekte

Die Gestaltung der Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Versorgung in beiden Richtungen erfährt aufgrund aktueller Entwicklungen im Gesundheitswesen eine zentrale Bedeutung. Die Aufenthaltsdauer in den Spitälern wird durch die Einführung der DRGs, durch medizinische Entwicklungen und durch den stetig steigenden Kostendruck immer kürzer. Dadurch wird der Bedarf einer koordinierten ambulanten Vor- und Nachsorge grösser (Abb. 2). Versorgungslücken, Doppelspurigkeiten oder unnötige Wiedereinweisungen können dadurch zum Teil vermieden werden. Durch das bereichsübergreifende Prozessmanagement wird ein gezieltes

Feedback an die vorbehandelnde Organisation möglich und kann zur Qualitätsentwicklung im Krankheitsprozess beitragen. Diese Tätigkeit ist auch unter volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten von Bedeutung, da wesentlich Kosten bei schwerer Behinderung und Abhängigkeit nicht nur in der Akutbehandlung, sondern im chronischen und hohen Betreuungsbedarf und der Komplikationsbehandlung liegen. So rechnet man beispielsweise für eine Dekubitussanierung mit einem wochenlangen stationären Aufenthalt und durchschnittlichen Kosten von etwa CHF 50 000.–.

Zugleich ist das Bedürfnis der Betroffenen hoch, nach Möglichkeit im häuslichen Umfeld verbleiben zu können. Für die erfolgreiche Integration und damit der gelungenen Rehabilitation sind Formen wohnortsnaher und bedarfsgerechter Beratungs- und Unterstützungsangebote gefragt. Eine verbesserte Koordination zwischen den spitalexternen und stationären Diensten und die Sicherstellung von Information und Beratung sind notwendig. So formuliert auch die World Health Organization (WHO) mit den Stichworten «continuum of care» und «from hospitals to home» eine kontinuierliche und integrierte Versorgung als Ziel.

Führung und Organisation

Zur Erbringung der erwähnten Leistungen ist eine ausgewiesene Fachkompetenz mit fundierter Erfahrung im Bereich der Pflege und Rehabilitation von Menschen mit einer lähmungsbedingten Behinderung erforderlich. Nur so ist es möglich, als Pflegefachperson im bereichsübergreifenden Setting eine Vertrauensbasis zu schaffen und eine Führungsfunktion zu übernehmen. Zudem braucht es Beratungskompetenz, Durchsetzungsvermögen, päd-

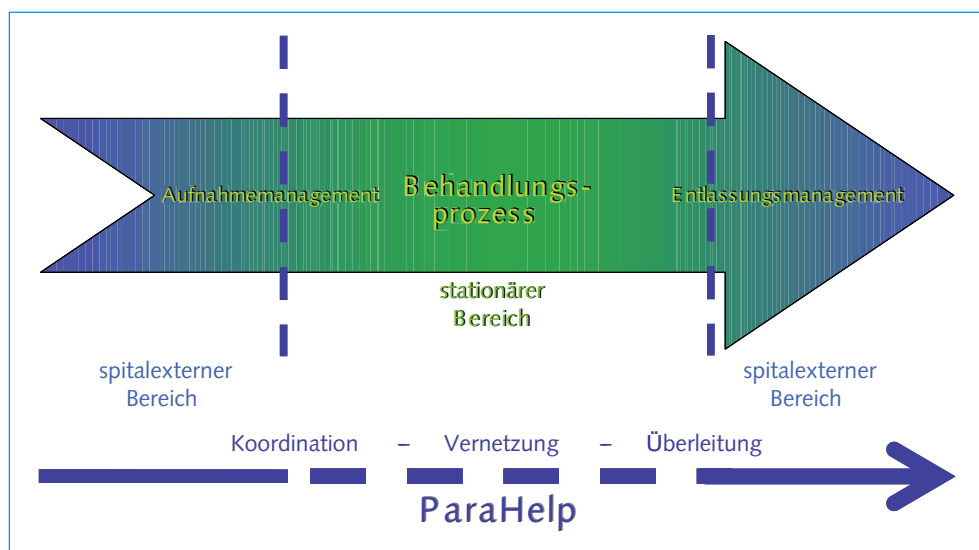


Abb. 2
Betreuungsprozess.

Es ist unser Ziel, die Betroffenen und ihre Angehörigen in ihrer Situation zielgerichtet, umfassend und über den gesamten Krankheitsprozess hinweg zu unterstützen.

agogisches Geschick und Entscheidungsfähigkeit, um tragfähige Lösungen vereinbaren zu können. Um dies zu gewährleisten, ist eine kontinuierliche Fortbildung in Fach- wie in Methodenkompetenz notwendig. Die Leistungen werden zumeist alleine erbracht. Hier ist eine kontinuierliche Selbstreflexion und die institutionalisierte Möglichkeit der Fallbesprechung im Team sehr wichtig. Durch die notwendige Flexibilität ist eine grosse Selbständigkeit der Mitarbeitenden gefordert. Dem Teamprozess muss aufgrund der regionalen Stationierung mit regelmässigen Planungs- und Austauschmöglichkeiten spezielle Beachtung gewidmet werden. Ein gemeinsam erarbeitetes Leitbild, ein einheitliches Beratungsverständnis und ein Strategieprozess, an dem alle Mitarbeitenden beteiligt sind, helfen bei der Identifikation mit der Organisation und der Aufgabe. Um eine kontinuierliche, integrierte und effiziente Beratung in komplexen Situationen, zum Beispiel bei Patienten mit Amyotropher Lateralsklerose, zu gewährleisten, betrachten wir Case Management als die Methode der Wahl. Neben den gesundheitlichen umfasst Case Management auch soziale, psychische, finanzielle, zeitliche und juristische Aspekte. Unser Verein hat den Vorteil, als neutrale und unabhängige Case Manager auftreten zu können.

Finanzierung durch Kostenträger

Als Pflegeorganisation im ambulanten Bereich sind wir an das KVG gemäss Art. 7 KLV an den Bereich der Spitexfinanzierung gebunden. Diese Grundlage ist die einzige gesetzlich verankerte Möglichkeit, ambulante pflegerische Leistungen über den Kostenträger abzurechnen. Da die Leistungen unserer ambulanten Pflegeberatung nicht dem klassischen Angebot der Spitex entsprechen, sind nur wenige Leistungen wirklich abrechenbar. Zudem konnten wir als neuer Leistungserbringer einen gesamtschweizerischen Vertrag mit santésuisse nicht verwirklichen. Deshalb sind wir gezwungen, in jedem einzelnen Kanton der Schweiz die Anerkennung zu erreichen. Kein einfaches Unterfangen – die Regelungen sind grundsätzlich von Kanton zu Kanton verschieden. Diesbezüglich hoffen wir auf gute und schnelle Entscheidungen in der langwierigen Diskussion um die Neuordnung der Pflegefinanzierung.

Fazit

Wir bieten einen modernen Ansatz für eine bereichsübergreifende Koordination und Optimierung der Versorgung für Menschen mit vielfältigem und/oder langfristigem Versorgungsbedarf. Dabei bewegen wir uns mit unseren ambulanten Dienstleistungen über die Schnittstellen hinweg in einem komplexen Bereich des Gesundheitswesens. Dieser Ansatz ist pionierhaft in der Schweiz und wird ausschliesslich mit einem Team von Pflegefachpersonen umgesetzt. Als Pflegeorganisation und als Anbieter einer Leistung, die im KVG so nicht vorgesehen ist, besteht die grosse Schwierigkeit, die Finanzierung im Rahmen der bestehenden Strukturen zu erreichen, obwohl eine eigentliche Win-Win-Situation geschaffen wird. Neben den Betroffenen selbst, deren Angehörigen und diversen Institutionen profitieren insbesondere auch die Kostenträger, die durch den präventiven und rehabilitativen Charakter der Leistungen von ParaHelp langfristig Kosten einsparen.

Literatur

- 1 Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.). Expertenstandard «Entlassungsmanagement in der Pflege». Fachhochschule Osnabrück 2004.
- 2 Ewers M, Schaeffer D. Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Hans Huber; 2000.
- 3 World Health Organization. The World Health Report 2003. Genf 2003.
- 4 Poser M, Schneider K. Leiten, Lehren und Beraten. Bern: Hans Huber; 2005.
- 5 Kanka K. Inhaltliche Grundlagen der Assistenzmodelle. FAssiS – Fachstelle Assistenz Schweiz. Hinterkappelen 2004.
- 6 Blackwell T et al. Spinal Cord Injury, «Guidelines for Life Care Planning and Case Management». New York: Demos Medical Publishing; 2001.
- 7 Ünal H. Quality of life of primary caregivers of spinal cord injury survivors living in the community. Spinal Cord Nr. 39, 2001.
- 8 Kocher G, Oggier W. Gesundheitswesen Schweiz 2004–2006; Bern: Hans Huber; 2004.

Max Moor
Geschäftsleiter Verein ParaHelp
Guido-A.-Zäch-Strasse 1
6207 Nottwil
max.moor@parahelp.c

Denise Camenisch

Case Management in der Krankenversicherung

Die Koordination der Kostenträger steht im Zentrum eines Pilotprojekts der Helsana-Gruppe im Case Management der Sozialen Krankenversicherung. Das Projekt prüft, wie die Aktivitäten von ÄrztInnen, Spitälern, Versicherungen und anderen Akteuren am besten koordiniert werden können.

Langwierige Krankheiten sind nicht nur eine Gefahr für die Gesundheit eines Menschen. Sie belasten auch die Familie und das soziale Umfeld. Die monatelangen Behandlungen beim Arzt, im Spital und in der Rehabilitation sind oft eine wahre Odyssee. Hinzu kommen noch der Verlust des Arbeitsplatzes und gescheiterte Versuche zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt. Es beginnen psychische Probleme, häufig Depressionen.

Die ganze Kaskade wird begleitet von finanziellen Sorgen, Unsicherheiten um die Rente und andere Versicherungsansprüche. Zusätzlich wird den Betroffenen ein Hindernislauf zwischen den unkoordiniert agierenden Versicherungsträgern und Behörden zugemutet. Und oft verstehen sie nicht, wer von den Akteuren für welche Aufgaben verantwortlich ist. Unklare Zuständigkeiten und Streitereien zwischen den Versicherungsträgern erschweren allen Beteiligten das Leben.

Schwerpunkt auf medizinischer Ebene

Je länger die Krankheit dauert, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie chronisch wird. Das Pilotprojekt Case Management definiert, wie umfassend ein modernes Case Management sein muss, um sowohl den gesetz-

Als Krankenversicherung können wir
entscheidend dazu beitragen,

Langzeitschäden der Versicherten zu verhindern.

Das Rezept heisst Früherkennung.

lichen Ansprüchen wie auch den versicherten Personen gerecht zu werden. Der Fokus liegt bei diesem Pilotprojekt auf der medizinischen Ebene – im Gegensatz zur Krankentaggeldversicherung, bei welcher die Reintegration ins Erwerbsleben im Zentrum steht.

Die Soziale Krankenversicherung konzentriert sich also auf den medizinischen Patientenpfad und koordiniert die nacheinander folgenden Kostenträger. Ziel ist es, die Aktivitäten von ÄrztInnen, Spitälern, Versicherungen und den anderen Akteuren zu koordinieren – bis hin zur beruflichen Integration. Die medizinischen Arbeiten zur Stabilisierung oder Genesung des kranken Versicherten passieren gleichzeitig mit den Anstrengungen zur beruflichen Integration.



Denise Camenisch

Gesetzgeber hat Problem erkannt

Die vielen verschiedenen Schritte und Versicherungsleistungen unterschiedlicher Kostenträger aufeinander abzustimmen, wurde lange vernachlässigt. Erst mit dem Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) hat der Gesetzgeber auf das Problem reagiert. Das ATSG koordiniert das Sozialversicherungsrecht des Bundes, indem es Grundsätze, Begriffe und Institute des Sozialversicherungsrechts definiert. Es legt ein einheitliches Sozialversicherungsverfahren fest und regelt die Rechtspflege. Zudem werden die Leistungen aufeinander abgestimmt und definiert, in welcher Reihenfolge die Versicherungen für die Kosten aufkommen müssen. Das Gesetz regelt zudem den Regress der Sozialversicherungen auf Dritte.

Ein weiterer Schritt im Case Management in der Krankenversicherung folgt mit der fünften Revision der Invalidenversicherung (IV), die derzeit umgesetzt wird. Sie legt den rechtlichen Grundstein für die frühzeitige Erfassung invaliditätsbedrohter Personen. Dadurch werden Interventionen schon am Anfang der Erwerbsunfähigkeit möglich. Denn je früher die Anzeichen erkannt werden, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit, wieder an einen Arbeitsplatz zurückzukehren.

Die interinstitutionelle Zusammenarbeit der Sozialversicherungen leistet einen entscheidenden Beitrag, Versicherungsnehmer mit drohenden chronischen Leiden zu erkennen und die Behandlung frühzeitig zu koordinieren. Wie bei den anderen Kostenträgern ist es auch für die

Helsana-Gruppe ein Hauptziel, die Betroffenen möglichst schon vor chronischen Schäden und vor dem Verlust des Arbeitsplatzes zu erkennen.

Helsana hilft mit Informationen

Wir können entscheidend dazu beitragen, Langzeitschäden der Versicherten zu verhindern. Das Rezept heisst Früherkennung. Der Krankenversicherer hat aufgrund der Krankheitsverläufe der Versicherten umfassendste Informationen, mit denen drohende Chronifizierung erkannt werden kann. Damit kann die Versicherung die notwendige Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Institutionen als erste initiieren. Dass dabei die Datenschutzinteressen gewahrt werden, versteht sich von selbst. Für eine erfolgreiche berufliche Integration spielt – neben der Früherkennung – die umfassende Situationsanalyse eine wichtige Rolle.

Die Abklärungen innerhalb des Case Managements werden in drei Phasen gegliedert:

Phase 1: Abklärung Ist-Situation

Das Case Management prüft in zwei bis drei persönlichen Gesprächen die Gesamtsituation des Versicherungsnehmers, miteingenommen die Funktionsfähigkeiten gemäss ICF-Regeln¹, Behinderungen und die Gesundheit:

- Körperfunktionen und -strukturen,
 - Schädigung/Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen im Alltag,
 - Schwierigkeiten des Versicherungsnehmers, eine Aktivität im Alltag auszuführen,
 - Partizipation: Einbezug in eine Lebenssituation,
 - Umweltfaktoren; materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt: Hilfsmittel, Werte dieser Person, Unterstützung und Beziehungen, finanzielle Situation.
- Zusätzlich zu den Ressourcen des Versicherten wird die Ist-Situation aller in den Fall involvierten Stellen abgeklärt, zum Beispiel involvierte Anwälte oder andere Case Manager, Sozialversicherungen, Taggeldversicherungen oder Arbeitgeber. Das Reintegrationspotential und das Engagement des einzelnen Versicherten wird in dieser ersten Phase geklärt.

¹ ICF steht für Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, ein weltweit anerkanntes Modell der Weltgesundheitsorganisation WHO (2001).

Phase 2: Plan zur Reintegration

In dieser Phase wird der individuelle Reintegrationsplan erarbeitet. Hier dominiert grundsätzlich die interinstitutionelle Zusammenarbeit zur Klärung folgender Punkte:

- Klärung der Führung im Casemanagement.
- Ziel ist, dass nur eine Stelle den Lead übernimmt.
- Machbarkeit und Finanzierbarkeit des Reintegrationsplanes, Besprechung der Möglichkeiten und Ressourcen.
- Klärung der zeitlichen Verantwortlichkeiten der Leistungen.

Die verschiedenen Akteure besprechen die gesundheitliche Stabilisierung und den Aufbau der allgemeinen Belastbarkeit des Versicherten in enger Zusammenarbeit mit den behandelnden ÄrztInnen. Die beteiligten Kostenträger sind für den zeitlichen Horizont des Patientenfades verantwortlich und definieren die zu zahlenden Leistungen und die damit verbundenen Kosten.

Phase 3: Telefonische Betreuung

Der Versicherungsnehmer wird auch nach der beruflichen Wiedereingliederung je nach Bedarf telefonisch betreut. Die Erfahrung zeigt, dass die Betroffenen das weiterführende Case Management sehr schätzen. Dieses gibt ihnen im Beruf und persönlichem Umfeld Sicherheit.

Fazit: Ein erfolgreiches Projekt

Das gesamtheitliche Case Management hat sich im Pilotprojekt als nachhaltig erwiesen und gibt dem Versicherungsnehmer Stabilität und Sicherheit. Aus Sicht der Helsana-Gruppe versprechen die Kombination der interinstitutionellen Koordination, die gesamtheitliche Betreuung durch das Case Management und die Abstimmung der Leistungen eine optimale und rasche berufliche Eingliederung. Das Case Management in der Sozialen Krankenversicherung ist eine nachhaltige Investition in die Zukunft.

Denise Camenisch
Projektleiterin
Helsana Versicherungen AG
Service Center
Postfach, 8081 Zürich
Tel. 043 340 56 98, Fax 043 340 03 63
denise.camenisch@helsana.ch

Andreas Weber

Ärzteneetze als Katalysatoren für Innovationen

Wie sieht die Zukunft erfolgreicher Ärztenetze aus? Nach der horizontalen Vernetzung mit beachtlicher Verbesserung der Qualität in der Grundversorgung braucht es nun die vertikale Vernetzung mit Spezialisten und Spitälern. Diese orientiert sich an den Bedürfnissen chronisch Kranker.



Andreas Weber

Wir schreiben das Jahr 2016: Karl Gruber sucht für seine noch rüstige 82jährige Mutter eine andere Krankenkasse. Die monatlichen Prämien schlagen auch im Jahr 2015 wieder auf. Mit den verschiedenen chronischen Krankheiten muss seine Mutter auch jedes Jahr die maximale Kostenbeteiligung von 3000 Franken bezahlen, 500 für die mittlerweile eingeführte Einheitsfranchise, 2500 betreffen den maximalen Selbstbehalt. Er schlägt ihr eine Managed-Care-Versicherung bei einer gros-

sen Krankenkasse vor. Die Prämie ist zwar nicht wesentlich günstiger, doch rechnet Herr Gruber seiner Mutter vor, dass sie jährlich 1250 Franken weniger Selbstbehalt bezahlen muss, wenn sie bei den Kursen des von der Krankenkasse empfohlenen Ärztenetzes qualiX mitmacht.

Kurz nach Jahreswechsel erhält Frau Gruber ein freundliches Begrüssungsschreiben des Ärztenetzes mit einem Gutschein für einen Online-Check-up sowie eine Mitgliederkarte mit einer 24-Stunden-Notfallnummer. Frau Gruber ist zwar selbst nicht in der Lage, auf dem Internet die verschiedenen Fragen zu beantworten, aber ihr Sohn übernimmt das anlässlich seines wöchentlichen Besuches. Nach wenigen Antworten erscheint bereits eine Einladung zu einem Gespräch mit einem Hausarzt des Ärztenetzes. Sie wird gebeten, die Einforderung von Unterlagen bei früheren Ärzten und Spitälern zu autorisieren.

Anlässlich des ersten Gesprächs bestätigt der Hausarzt die mittlerweile auf einer elektronischen internetbasierten Krankengeschichte (eKG) erfassten Diagnosen: Erkrankung der Herzkranzgefässe, Herzinsuffizienz, Rhythmusstörung unter Blutverdünnung, verschiedene Rückenbeschwerden, chronische Niereninsuffizienz. Die Erwartungen, Bedürfnisse und Wertvorstellungen bezüglich Gesundheit werden erfasst. Am wichtigsten ist für Frau Gruber, in ihrer Wohnung bleiben zu können, wo sie

schon seit 63 Jahren lebt und wo sie auch sterben möchte. Die Lebensdauer spielt für sie eine untergeordnete Rolle: «Man sollte den Jungen Platz machen», sagt sie.

Nach der Untersuchung und einigen Labortests reserviert der Hausarzt auf der Onlineagenda eines Kardiologen des gleichen Ärztenetzes einen Termin für Frau Gruber. Zur Optimierung der Therapie der Rückenschmerzen wird eine Rheumatologin per Videokonferenz kurz dazugeschaltet. Der Sohn erhält mittels der Health-Card der Mutter Zugang zur eKG. Die medizinische Praxisassistentin erklärt ihm, wie er selbst Einträge vornehmen und anderen Leistungserbringern Zugang erteilen kann.

In einem zweiten Gespräch stellt der Hausarzt Frau Gruber einen Kurs für Herzschwäche und eine Weiterbildung zum Umgang mit Schmerzmitteln bei Nierenschwäche und über die Gefahren der Blutverdünnung vor. Er organisiert für sie auch den Besuch einer Gesundheitsfachfrau zu Hause, die sich um Sturzprophylaxe kümmert und die lokale Spitex über die Kontrolle der Herzinsuffizienz, Medikamenteneinnahme und Quickbestimmung instruiert. Die Spitex erhält Zugang zur elektronischen KG und trägt dort regelmässig Gewicht, Blutdruck, Puls, eingenommene Medikamente und einschlägige Kontrollwerte sowie Beobachtungen ein.

Der Hausarzt macht bei Frau Gruber wöchentlich Visite auf der elektronischen KG. Bei Überschreiten bestimmter Grenzwerte wird er sofort per E-Mail oder SMS informiert. Auch im Notfall kann Frau Gruber rund um die Uhr ihren Hausarzt oder einen über sie informierten Stellvertreter erreichen. Der Kardiologe und die Rheumatologin werden über relevante Änderungen des Zustandes und der Behandlung durch Zustellung eines Links zur eKG informiert und bei Bedarf konsiliarisch beigezogen.

Mit diesen Massnahmen werden einerseits die früher oft erforderlichen notfallmässigen Hospitalisationen verhindert, andererseits verbessert sich durch das konsequente Schnittstellenmanagement die Behandlungsqualität. Als Folge davon sind die jährlichen Kosten innert vier Jahren von durchschnittlich 14 000 auf 9000 Franken gesunken.

Ärzteneetze heute

Ärzteneetze bestehen heute meist vorwiegend aus GrundversorgerInnen und sind als Verein oder ärztliche Ak-

tiengesellschaft organisiert. Die Rechte und Pflichten der NetzärztInnen sind teilweise in den Statuten definiert, teilweise auch in Leistungsverträgen zwischen Ärztenetz und Arzt oder zwischen Krankenversicherern und Arzt. Die Rolle des Grundversorgers ist die des Gatekeepers: Die Patienten suchen bei jedem Gesundheitsproblem zuerst den von ihnen gewählten Grundversorger auf. Dieser löst das Problem wenn möglich selbst oder überweist die Patienten einem Spezialisten oder ins Spital. Dabei werden SpezialistInnen, die Mitglieder des Netzes sind, bevorzugt. Ohne Überweisung durch den Grundversorger muss der Patient die spezialärztliche Behandlung ganz oder teilweise selbst berappen. Ärztenetze haben über die letzten zehn Jahre vor allem die horizontale Vernetzung und die Qualität der Grund-

versorgung verbessert. Fast in allen Netzen finden Qualitätszirkel statt, wo die Teilnehmenden voneinander lernen und sich die Aneignung der riesigen Flut neuen Wissens teilen. Einige Netze und Praxen unterziehen sich auch regelmässig einer Qualitätszertifizierung (siehe www.equam.org). Bezüglich vertikaler Vernetzung zwischen GrundversorgerInnen, SpezialistInnen und Spitälern haben Ärztenetze bis jetzt kaum wesentliche Innovationen vorzuweisen. Spezifische Programme für Menschen mit mehreren chronischen Krankheiten, die oft spezialisierte ambulante und stationäre Leistungen benötigen, werden nur in Einzelfällen erarbeitet.

Aber gerade bei dieser Patientengruppe, die ungefähr 20% der Bevölkerung umfasst und gut 80% der gesamten Ressourcen des Gesundheitswesens beansprucht, liegt das grosse Wertschöpfungspotential der stärkeren Vernetzung von Gesundheitsprofessionellen. Wenn sich die Ärztenetze nicht in dieser Ganzheitlichkeit engagieren, werden Call Centers, Telemedizinanbieter und Case Manager der Krankenversicherer hier die Führungsrolle übernehmen, allerdings mit wesentlich schlechteren Voraussetzungen, da sie nur Fragmente der Krankengeschichte kennen und nie die ganze Betreuung «aus einer Hand» sicherstellen können.

Bausteine der Care-Management-Module für chronisch Kranke

Patientenidentifikation:

- Analysen der Callcenter-Daten
- Analysen der elektronischen Krankengeschichten
- Analysen verschriebener Medikamente
- Analysen beanspruchter Leistungen

Care-Management durch Fachleute:

- Erhebung der aktuellen Behandlung bestimmter Patientengruppen anhand von Analysen der elektronischen Krankengeschichte
- Bearbeitung von Fallvignetten
- Qualitätszirkel zwecks Diskussion von Behandlungsvariationen, Erfahrungsaustausch
- Entwicklung von interdisziplinären und interprofessionellen Guidelines, basierend auf Literaturrecherchen und Erfahrung der QZ-Teilnehmer
- Entwicklung von Behandlungspfaden (Clinical Pathways): Wer macht in welchem Moment was?

Angebote für PatientInnen:

- Screening auf Risikofaktoren und beeinflussbare Krankheiten
- Newsletter, möglichst individualisiert
- Kurse über Krankheiten und deren Behandlung
- Kurse zur Lebensstiländerung
- Notfallplanung
- Telefonisches Coaching

Informationssysteme

- Elektronische Krankengeschichte mit strukturierter Erfassung von Diagnose und Therapie, Labordaten
- Elektronische Medikamentenverschreibung
- Automatisierte Erinnerungen
- Elektronischer Informationsaustausch mit PatientInnen

Von Gatekeeping zu Care-Management

Erfolgreiche Ärztenetze werden in den nächsten Jahren ihre Dienstleistungen auf zwei Patientengruppen ausrichten: auf mehr oder weniger Gesunde mit intermittierenden akuten Erkrankungen und auf chronisch Kranke. Für die erste Gruppe werden sie Präventionsangebote, Online-Konsultationen sowie eine rund um die Uhr verfügbare telefonische Triage für neu auftretende Probleme installieren. Banale Probleme wie Erkältungen und Grippe, die heute meist bei den HausärztInnen landen, werden durch telefonische Anleitung zur Selbstbehandlung oder Zuweisung zu Nurse Practitioners (in der Grundversorgung qualifizierte Pflegenden) behandelt, die in 24-Stunden-Zentren tätig sind (Permanences, Apotheken). Für komplexere Probleme stehen dort auch HausärztInnen zur Verfügung, die bei Bedarf SpezialistInnen und andere Fachleute beiziehen.

Für die Betreuung der chronisch Kranken werden HausärztInnen, aber auch SpezialistInnen zu Care-Managern ausgebildet. Sie erstellen aufgrund der individuellen Bedürfnisse und Präferenzen einen Behandlungsplan, engagieren Fachleute, Angehörige und Laien und kontrollieren, ob alles planmässig läuft. Sie ergreifen bei Zielabweichung entsprechende Massnahmen. Für die wichtigsten chronischen Krankheiten werden standardisierte Care-Management-Module erstellt (Kasten). Diese können

entsprechend den vorhandenen Problemen kombiniert und den individuellen Bedürfnissen der Patienten angepasst werden.

Struktur der Ärztenetze

Die Zusammensetzung der Ärztenetze wird sich nicht an Standesorganisationen oder lokalen Notfallkreisen orientieren, sondern an den Behandlungspfaden der beiden genannten Patientensegmente. Neben Callcentern, Nurse Practitioners und GrundversorgerInnen werden auch SpezialistInnen und weitere Leistungserbringende vernetzt. Anschliessend werden die für die Umsetzung nötigen Fachleute über Leistungsverträge eingebunden. Der Fokus auf chronische Krankheiten verlangt wesentlich grössere Netze als heute üblich. Möchte ein Ärztenetz ein Betreuungsmodul für Herzinsuffizienz entwickeln, von dem dann z.B. 5000 Patienten profitieren können, braucht es bei einer Prävalenz der Herzinsuffizienz von 1.5% und einer Beteiligungsrate von ehrgeizigen 20% der betroffenen Patienten ein Einzugsgebiet von 1,7 Millionen Einwohnern. Längerfristig wären für die Schweiz vier bis fünf national tätige, gut integrierte Leistungserbringernetze sinnvoll.

Finanzierung

Zur Finanzierung der Care-Management-Angebote trifft das Ärztenetz mit den Versicherern spezielle Vereinbarungen. Denkbar ist eine Kombination von Einzelleistungstarif für die eigentlichen medizinischen Leistungen mit einer krankheitsspezifischen Pauschale pro Patient und Monat (oder Jahr) für die Care-Management-Leistung. Netze mit einer grossen Zahl von chronisch Kranken können auch Pauschalen vereinbaren, die beide Leistungsanteile einschliessen (entsprechend den heutigen risikospezifischen Budgetverträgen). Finanzielle Ressourcen für die Entwicklung der genannten Module, der IT-Infrastruktur und neuer Organisationsformen sowie finanzielle Honorierung der einzelnen LeistungserbringerInnen sind die wichtigsten Voraussetzungen für die erfolgreiche Entwicklung der Ärztenetze.

Gesetzliche Rahmenbedingungen

An erster Stelle ist hier die Anpassung des Risikoausgleichs unter Krankenversicherern zu nennen. Ebenfalls von grosser Bedeutung ist die Umsetzung der monistischen Finanzierung stationärer Leistungen. Denn einen signifikanten Teil der Betreuungsverbesserung und Kosteneinsparung erzielen gute Ärztenetze durch die Vermeidung von Hospitalisationen. Mit der heutigen dualen Finanzierung

Forum Managed Care: Die neue Fachbroschüre

Der Artikel «Ärztenetze als Katalysatoren von Innovationen» findet sich – leicht gekürzt – in der neuen Fachbroschüre «Managed Care – zurück in die Zukunft» des Forums Managed Care. Deren Inhalte im Überblick:

- Prolog
- Werner Widmer: Integrierte Versorgung braucht integrierende finanzielle Anreize
- Andreas Weber: Ärztenetze als Katalysatoren für Innovationen
- Peter Berchtold: Prozesssteuerung zwischen Standardisierung, Individualisierung und Wertschöpfung
- Kurt Hess/Marc-Anton Hochreutener: Steuerung der Qualität in der medizinischen Versorgung
- Epilog

Die Broschüre können Sie kostenfrei herunterladen auf der Website des Forums Managed Care: www.fmc.ch. Die gedruckte Version, unterstützt von der Suva, wird ab Juni verteilt. Die Broschüre ist in deutsch, französisch und italienisch verfügbar.

partizipiert der Versicherer aber nur maximal zu 50% an den erzielten Einsparungen. Bei monistischer Spitalfinanzierung würde das Interesse der Versicherer an gutem Care-Management deutlich steigen.

Weitere gesetzliche Rahmenbedingungen wie die Abschaffung der entsolidarisierenden Wahlfranchisen und die spürbare Erhöhung des Selbstbehaltes bei Leistungsbezug ausserhalb eines Ärztenetzes («differenzierter Selbstbehalt») könnten die vertikale Integration der Ärztenetze signifikant beschleunigen. Zu hoffen bleibt, dass für die Schaffung dieser Rahmenbedingungen in den nächsten Jahren ausreichender politischer Konsens zu finden ist.

Literatur

- 1 Fairfield G, Hunter DJ, Mechanic D, Flemming R. Managed Care: origins, principles, and evolution. *BMJ* 1997; 314: 1823.
- 2 Berchtold P, Hess K. Ärztenetze in der Schweiz im Jahr 2007. *Managed Care* 2006; 6: 33–41.

Dr. med. Andreas Weber
Präsident mediX schweiz
Sumatrastrasse 10, CH-8006 Zürich
andreas.weber@medix.ch
www.medix.ch <http://www.medix.ch>

Peter Zweifel, Johannes Schoder

Managed Care im internationalen Vergleich: Lehren für die Schweiz

Die Schweiz ist nach den USA das Land mit dem vielfältigsten Managed-Care-Angebot. Die folgenden Länderanalysen liefern Hinweise zur möglichen Optimierung von Managed-Care-Formen.

Deutschland

Fehlende Anreize zur Teilnahme an Managed-Care-Modellen auf seiten der Patienten und Leistungserbringenden sowie die starke Reglementierung durch Gesetze und Verordnungen auf seiten der Krankenversicherer lassen die Managed-Care-Modelle aus Deutschland als nicht sehr attraktiv für die Schweiz erscheinen. Ideen wie Disease-Management-Programme, welche die in Deutschland stark ausgeprägte sektorale Trennung überwinden sollen, sind zwar gut, aber die detaillierten Vorgaben der Regierung lassen wenig Spielräume für die Versicherer bei der Ausgestaltung attraktiver Angebote. Zielgruppenorientierte Angebote werden damit erschwert. Entsprechend wurden diese Programme schlecht bewertet, so dass das deutsche Managed-Care-Konzept nicht nachahmenswert erscheint.

Niederlande

Im Gegensatz zur Schweiz gibt es in den Niederlanden keine expliziten Managed-Care-Formen wie Health-Maintenance-Organisationen oder Disease-Management-Programme. Grund dafür ist, dass Managed-Care bereits in der Normalversorgung praktiziert wird (Gate-keeping und selektives Kontrahieren). Besonders die Aufhebung des Kontrahierungszwangs erlaubt einen stärkeren

Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern. Die Versicherer erhalten dadurch mehr Spielräume bei der Gestaltung ihres Produktangebots, indem sie nur bestimmte Leistungserbringer unter Vertrag nehmen. Sie können ihr Angebot differenzieren, weil sie selbst bestimmen dürfen,

mit welchen Zusatzleistungen sie den gesetzlichen Grundleistungskatalog ergänzen möchten (Bottom-up-Prinzip). Hingegen wird beispielsweise in Deutschland vom Gesetzgeber die Ausgestaltung von Managed Care detailliert vorgeschrieben. Er legt namentlich fest, welche Disease-Management-Programme eingeführt werden dürfen und wie genau der Arzt die Behandlung zu dokumentieren hat (Top-down-Prinzip). Ähnlich wie die niederländische siedelt auch die schweizerische Gesetzgebung mit dem KVG 1996 das Recht auf die Lancierung neuer Vertragsformen beim Versicherer an. Sie untergräbt jedoch gleichzeitig den Produktwettbewerb, indem die Bonusoption von vornherein mit einem Prämienzuschlag von zehn Prozent verteuert und die Prämienreduktion für Managed-Care-Verträge während der ersten fünf Jahre ihres Bestehens auf 20 Prozent beschränkt wird. Da die freie Arztwahl den Schweizern durchschnittlich rund 35 Prozent der Durchschnittsprämie wert ist [1], genügt dieser Preisvorteil kaum, um eine Mehrheit der Versicherten zum Wechsel zugunsten einer Managed-Care-Alternative zu bewegen.

Im Gegensatz zur Schweiz sind die Rahmenbedingungen für einen Wettbewerb um ungünstige Risiken in den Niederlanden besser ausgestaltet. Der Risikostrukturausgleich enthält neben Alter und Geschlecht weitere Ausgleichsfaktoren wie körperliche Behinderung oder Medikamentenausgaben der letzten Jahre. In Verbindung mit der Ergänzung des Grundleistungskatalogs und selektivem Kontrahieren erlaubt dies den Versicherern, Versorgungspakete speziell für ungünstige Risiken zu schnüren. Auf der anderen Seite erhalten die BürgerInnen durch die Prämienreduktion von zehn Prozent einen Anreiz, sich zu Gruppen zusammenzuschliessen und Marktmacht aufzubauen. Dies führt dazu, dass die Präferenzen der Nachfragenden stärker berücksichtigt werden,



Peter Zweifel



Johannes Schoder

Im Gegensatz zur Schweiz sind die Rahmenbedingungen für einen Wettbewerb um ungünstige Risiken in den Niederlanden besser ausgestaltet

ren Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern. Die Versicherer erhalten dadurch mehr Spielräume bei der Gestaltung ihres Produktangebots, indem sie nur bestimmte Leistungserbringer unter Vertrag nehmen. Sie können ihr Angebot differenzieren, weil sie selbst bestimmen dürfen,

gerade beim Aufbau von Versorgungsangeboten für chronisch Kranke.

Defizite gibt es in den Niederlanden bei der Erfassung und Verbreitung von Informationen über die Qualität der erbrachten Leistungen. Denn ein günstiges Angebot könnte auch ein Hinweis auf Qualitätseinbussen sein. Für diesen Aspekt könnte das schwedische System Vorbildfunktion für die Schweiz haben.

Schweden

Mit den Qualitätsregistern werden umfassende Informationen über ausgewählte Krankheiten bereitgestellt, die eine Aussage über die Qualität der stationären Behandlung zulassen. Die Register beinhalten Daten über den zu behandelnden Patienten (u.a. Alter, Geschlecht, Risikofaktoren), das behandelnde Spital, die Diagnose, die angewandte Behandlungsmethode und das Behandlungsergebnis. Die Teilnahme daran ist freiwillig, aber die regelmässige Veröffentlichung der Register schafft Markttransparenz und damit einen Druck auf die nicht teilnehmenden Spitäler.

In der Schweiz werden zwar im Rahmen des TARMED die Leistungen von niedergelassenen ÄrztInnen dokumentiert und veröffentlicht, die Weitergabe von Diagnosedaten aufgrund von Datenschutzbedenken jedoch verweigert. Stünden Diagnosedaten zur Verfügung, könnten daraus bessere Rückschlüsse auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Leistungen gezogen werden [2]. Darüber hinaus könnten die Daten auch zu einer Optimierung der Behandlung sowohl unter ökonomischen wie medizinischen Aspekten beitragen.

In einigen schwedischen Provinzen wird neben der medizinischen Wirksamkeit auch die Kosteneffektivität geprüft und eine Rangliste der Behandlungsmethoden aufgestellt. Aufgrund der so gewonnenen Erkenntnisse und Bewertungen von medizinischen Leistungen kann es im Hinblick auf das Leistungs-Kosten-Verhältnis auch schon zur Streichung von Leistungen aus dem Grundkatalog kommen.

In der Schweiz wird der Leistungskatalog zwar zügig durch neue Therapien ergänzt, aber einmal aufgenommene Leistungen werden kaum je auf ihr Leistungs-Kosten-Verhältnis überprüft. Während sich E-Health-Produkte in der Schweiz noch in der Pilotphase befinden, gibt es in Schweden bereits ein Netzwerk, das die meisten medizinischen Einrichtungen verbindet und die Speicherung und Übertragung der Patientendaten möglich macht. Dieses Netzwerk fördert neben dem Informationsaustausch auch technische bzw. medizintechnische Innovationen, z.B. die Teleradiologie. Damit wird die Leistungsfähigkeit des schwedischen Gesundheitswesens

trotz der teils grossen Distanzen zu den städtischen Zentren deutlich erhöht.

Grossbritannien

Auch Grossbritannien setzt zunehmend auf E-Health und bemüht sich durch gezielte Massnahmen und Kontrollen um Qualitätssteigerung. Mit dem sogenannten «Hospital Star Rating» steht der Öffentlichkeit eine Informationsquelle zur Verfügung, die Aussagen über die Verfügbarkeit, Qualität und Effektivität sowie den Zugang zu medizinischen Leistungen macht. Allerdings gibt es Nachbesserungsbedarf, da die Behandlungsqualität statt an den Ergebnissen im wesentlichen an der Menge der erbrachten Leistungen gemessen wird. Zudem spielt die Kosteneffizienz eine untergeordnete Rolle. Die Wartezeit bestimmt immer noch weitgehend die Wahl des Spitals im Krankheitsfall; daran ändert auch das Spitalrating nichts.

Das «Health Space Portal» des nationalen Gesundheitsdienstes (NHS) hat das Problem der Datensicherheit dadurch gelöst, dass die Patienten entscheiden können, wer

In England können Patienten entscheiden, wer auf ihre Daten zugreifen darf und wer nicht

Zugriff auf ihre Patientenakte haben darf. Bei der Behandlung von chronischen Krankheiten versucht das «Expert Patient Program» die Patienten stärker in die Therapie mit einzubeziehen. Dadurch werden Wissen und Erfahrung der Betroffenen genutzt und ausserdem Kosten eingespart. Dies ist ein Managed-Care-Element, das sowohl unter medizinischen, psychologischen, sozialen als auch wirtschaftlichen (Präferenzgerechtigkeit) Aspekten auch in der Schweiz aufgenommen und weiterverfolgt werden sollte.

USA

Die längste Erfahrung im Bereich Managed Care haben die USA, die als Vorbild und Vorreiter dienen. Heute wird diese Erfahrung eher kritisch gesehen und bei Gegnern von Managed Care oft als Menetekel angeführt. Die Schwachstellen liegen vor allem in den gesetzlichen Rahmenbedingungen, welche die Vermittlung der Krankenversicherung über den Arbeitgeber steuerlich begünstigen und Personen ohne Beschäftigung benachteiligen. Das Managed-Care-Konzept führte im marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitswesen zur Zusammenführung von Leistungserbringern und Krankenversicherern. Die

Präferenzen der BürgerInnen blieben aussen vor, bis es Ende der 1990er Jahre zum «Managed-Care-Backlash» kam.

Die Sozialverpflichtung der staatlichen Programme «Medicare» (Rentner) und «Medicaid» (Arme), eine Gegenbewegung zu Managed Care, hatte wenig Gewicht; die Betroffenen wurden an den billigsten Bieter ausgegliedert. Medizinische Versorgung aus einer Hand heisst für die Betroffenen, aber auch für viele Beschäftigte stark eingeschränkte Wahlfreiheit, Einflussnahme des Arbeitgebers und eingeschränkte Leistungskataloge nach Kostenvorgaben an die Managed-Care-Organisation. Zudem steigen die Gesundheitsausgaben trotz Managed Care wieder unvermindert an. Diese Tatsache kann aber auch Ausdruck der Präferenzen der BürgerInnen sein, die den Nutzen eines längeren Lebens in Gesundheit höher einschätzen als den Konsum anderer Güter. Besonders in einem marktwirtschaftlich ausgerichteten Gesundheitswesen wie in den USA können sich die Präferenzen für ein längeres Leben in Gesundheit (dies impliziert eine höhere Nachfrage nach teuren lebensverlängernden medizinischen Technologien) am ehesten durchsetzen [3].

In der Schweiz hingegen herrschen andere Rahmenbedingungen. Die gezielte Prämienverbilligung gewährleistet den Zugang zu einer ausgebauten medizinischen Versorgung auch für wirtschaftlich Schwache, dies mit freier Wahl des Krankenversicherers. Managed Care ist lediglich eine weitere Alternative der medizinischen Versorgung und gehört nicht wie in den USA zum vorherrschenden (und oft vorgeschriebenen) Versicherungsprodukt.

Literatur

- 1 Zweifel P, Telser H, Vaterlaus S. Consumer resistance against regulation: the case of health care. *Journal of Regulatory Economics* 2006; 29:21–39.
- 2 Becker K, Brändle A. Länderkapitel Schweiz. Studienmanuskript. Sozialökonomisches Institut, Universität Zürich 2006.
- 3 Hal RE, Jones CI. The Value of Life and the Rise in Health Spending. *Quarterly Journal of Economics* 2007; 122(1):39–72. Breyer F, Zweifel P, Kifman M. *Gesundheitsökonomie*. 5. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York 2005.

Die Studie zum Artikel

Grundlage dieses Artikels bildet die Studie «Managed Care – ein internationaler Vergleich mit Lehren für die Schweiz» von Prof. Dr. Peter Zweifel und Dipl.-Vw. Johannes Schoder vom Sozialökonomischen Institut der Universität Zürich. Die Studie wurde von der Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz (vips) in Auftrag gegeben und ist unter folgendem Link einsehbar:

www.vips.ch/de/publikationen/index_276.php.

Die Ergebnisse der Studie wurden mit zehn Schweizer Experten diskutiert. Die Diskussion ist in der vips-Publikation «PharmaDirekt» vom Januar 2008 zusammengefasst:


www.vips.ch/de/media/Publikationen_PharmaDirekt_20_0108_d.pdf.

Prof. Dr. Peter Zweifel
Sozialökonomisches Institut
Hottingerstrasse 10
8032 Zürich
pzweifel@soi.uzh.ch

Dipl.-Vw. Johannes Schoder
Sozialökonomisches Institut
Hottingerstrasse 10
8032 Zürich
johannes.schoder@soi.uzh.ch


Mehr Patientensicherheit dank Quick-Alerts

CIRRNETH, das Netzwerk lokaler Meldesysteme mit einer gemeinsamen Datenbank von Fehlermeldungen, macht den nächsten Entwicklungsschritt: Aus der Gesamtheit der bisher eingegangenen Meldungen wurden erste Problemfelder identifiziert, die sich für sogenannte Quick-Alerts eignen. Quick-Alerts sind Warnhinweise mit Verbesserungsempfehlungen zu allgemein relevanten,



Nr. 1
21.12.2007

Quick-Alert



Luftemboliegefahr durch Spritze als Spielzeug

Ereignis:
Im Aufwachraum wurde einem 5-jährigen Kind eine leere saubere Spritze (ohne Kanüle) zum Spielen abgegeben. Da das Kind die Injektion von Medikamenten bei anderen Patienten im Aufwachraum beobachten konnte, füllte es die Spritze mit Luft und steckte sie auf den eigenen Venflon-Ansatz. Dies wurde zufällig vom Personal beobachtet.



Was wäre wenn:
Wäre der Fall nicht beobachtet und verhindert worden, wäre die Situation lebensbedrohlich ausgegangen. Die intravenöse Injektion von 20 ml Luft ist für ein 5-jähriges Kind **absolut tödlich!**

Empfehlungen:
→ das Abgeben von Spritzen an Kinder gänzlich untersagen
→ keine leeren Spritzen liegen lassen

Kommentar:
Dieser Fall zeigt exemplarisch die Bedeutung von Incident Reporting Systemen. Anscheinend banale Fälle, Fälle die wir „schon immer so gemacht haben“, können ein gewaltiges Risiko-Potential entwickeln. Entsprechend wichtig ist die breite Verteilung derartiger Warnungen.

Hinweis:
Dieser Fall hat eine überregionale und über die medizinischen Fachbereiche hinaus gehende Relevanz. Er ist deshalb auch in Ihrem Betrieb breit zu kommunizieren.

Die vorliegenden Empfehlungen betreffen die Unterstützung von Gesundheitsinstitutionen und in der Gesundheitsversorgung tätigen Fachpersonen bei der Erstellung ihrer betriebsinternen Richtlinien. Die spezifische Ausgestaltung und Anwendung entsprechend den jeweils geltenden Sorgfaltspflichten (basierend auf lokalen fachlichen, betrieblichen, rechtlichen, individuellen und situativen Gegebenheiten) liegen in der ausschließlichen Eigenverantwortung der hierfür fachlich geeigneten Leistungserbringer.

konkreten und gut eingrenzbaeren Problemfeldern der Patientensicherheit. Sie sollen das betriebsinterne klinische Risikomanagement unterstützen. Die Umsetzung vor Ort und die Adaption an lokale Gegebenheiten liegen in der Verantwortung der Betriebe. Quick-Alerts werden in Zusammenarbeit mit Experten auf den verschiedenen Gebieten erarbeitet und regelmässig an interessierte Gesundheitseinrichtungen und in der Gesundheitsversorgung tätige Personen verbreitet. Cirrnet ist ein Projekt der Stiftung für Patientensicherheit, das sie mit der Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation (SGAR) durchführt. Derzeit sind 24 Spitäler beteiligt.

Weitere Informationen: www.cirnet.ch

Reformvorschlag von der Basis

Der Ständerat will den Vertragszwang zwischen Krankenkassen und ÄrztInnen lockern. Leo Boos, Direktor des Spitals Limmattal, und Werner Widmer, Chef des Spitals Zollikerberg, geht das zuwenig weit. Sie haben mit drei Koautoren ein Reformmodell für das Gesundheitswesen publik gemacht. Die Vorschläge basieren auf ihren persönlichen Erfahrungen im Gesundheitssektor. Ihr Modell: Das Obligatorium (KVG) wird abgeschafft, die Versicherten suchen sich Versicherungsschutz nach eigenen Präferenzen und bezahlen risikogerechte Prämien. Die Leistungserbringer müssen sich im Wettbewerb behaupten. Der Staat subventioniert gezielt die Prämien all jener, die nicht selbst dafür aufkommen können. Die Subventionsbezüger erhalten jenes Angebot bezahlt, das sich die «nächstreichere» Einkommensgruppe, die alles selbst bezahlt, eben noch leistet. So würden gesundheitliche Angebote bewusster eingekauft, da die Patienten sie selbst bezahlen. ÄrztInnen und Spitäler könnten nur mit Leistungen Geld verdienen, die aus Sicht der Patienten ihren Preis wert sind. (NZZ am Sonntag)

Widmer W, Beck K, Boos L, Steinmann L, Zehnder R.

Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität. Analyse und Reform der finanziellen Anreize im Gesundheitswesen. Band 91 der SGGP-Schriftenreihe.

CHF 40.– für SGGP-Mitglieder, CHF 52.– für Nichtmitglieder.

Bestellung: www.sggp.ch

Elektronischer Veranstaltungskalender

Falls Sie eine Veranstaltung mit medizinischem Hintergrund planen bzw. durchführen, können Sie diese im EMH-Veranstaltungskalender veröffentlichen. Im Kongresskalender können Sie sich über aktuelle Veranstaltungen informieren.
www.medkong.ch

Vorschau

Care Management 3/08 erscheint am 26. Mai; Schwerpunktthema:

«Managed Care – the next generation. Care Management jenseits von Gatekeeping, Prämienrabatt und Verzicht» (Thema des Forum Managed Care-Symposiums vom 5. Juni 2008)