Zeitschrift: Schauplatz Spitex : Zeitschrift der kantonalen Spitex Verbände Zürich, Aargau, Glarus, Graubünden, Luzern, Schaffhausen, St. Gallen, Thurgau

Herausgeber: Spitex Verband Kanton Zürich

Band: - (2003)

Heft: 6

Artikel: Netze - die Basis der integrierten Versorgung der Zukunft

Autor: Schwager, Markus

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-822699

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 12.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Lösungen sind gefragt

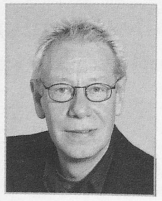
Liebe Leserinnen, liebe Leser

Ein für die gesamte Spitex ereignisreiches und arbeitsintensives Jahr geht zu Ende. Der Schauplatz konnte mit seiner 50. Ausgabe, im Juni dieses Jahres, auf 10 Jahre anregende Berichterstattung aus der Spitex-Welt zurückblicken. Wichtige Entscheidungen, wie der Beschluss zur Einführung von RAI-Home-Care wurden in diesem Jahr getroffen, und der Spitex-Kongress liegt erst kurz hinter uns.

In der öffentlichen Debatte dagegen – wie könnte es anders sein – stehen die Kosten im Gesundheitswesen an erster Stelle. Wer sie verursacht und wer wie viel zu ihrer Deckung beitragen soll oder muss, bleibt ein vordringliches Thema. Speziell komplex ist diese Finanzierungsfrage im Bereich der Langzeitpflege. Je nach Standpunkt oder vielleicht besser gesagt, nach Interessenlage, werden die unterschiedlichsten Rezepte zur Lösung vorgetragen. Es sei hier deshalb wieder einmal daran erinnert, dass die Familie nach wie vor der grösste Pflege- und Betreuungsdienst ist. Familiäre Netze zu unterstützen ist mit eine Aufgabe der Spitex. Lösungsansätze bei der Finanzierungsfrage sollten diesem Umstand, im Sinne der Erhaltung der Lebensqualität der Betroffen, nicht zuletzt aber auch aus volkswirtschaftlicher Sicht Rechnung tragen.

Neben den drängenden Fragen zu den Gesundheitskosten sind aber auch praktikable Lösungen für das Gesundheitswesen gefragt. Ermutigend ist dabei, dass es immer wieder Menschen gibt, die trotz Kostendruck und nicht enden wollenden Finanzierungsdebatten an Lösungen arbeiten. Der vorliegende Schauplatz befasst sich deshalb u.a. mit der Entwicklung von Netzwerken und der Entwicklung einer Fehlerkultur. Wir stellen die wertvolle Arbeit einer Ombudsfrau und ein zukunftsweisendes Wohnprojekt für Betagte im Durachtal vor.

Allen Leserinnen und Lesern wünschen wir eine anregende Lektüre, erholsame Feiertage und einen guten Start ins neue Jahr.



Franz Fischer

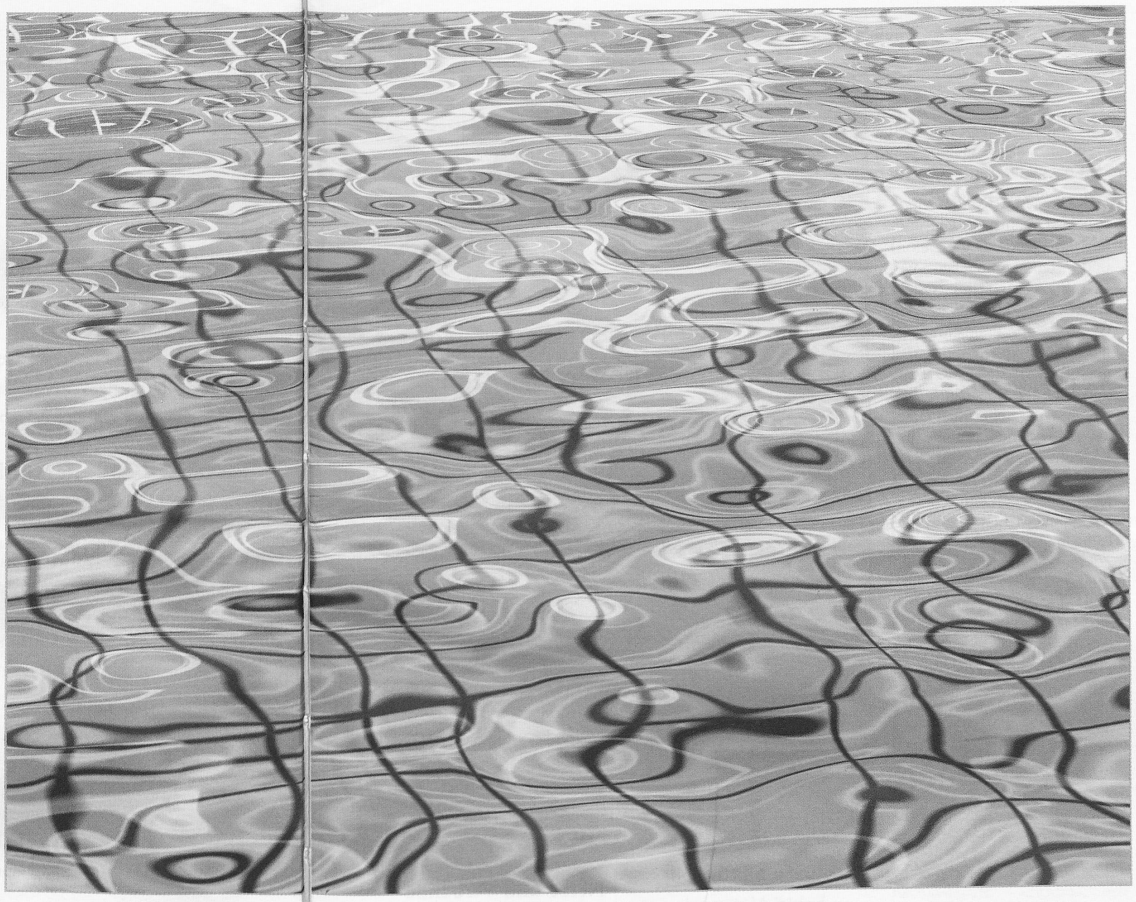
Koordinations- und Geschäftsstelle, Spitex Verband Kanton Schaffhausen

Netze – die Basis der integrierten Versorgung der Zukunft

Zur Zeit werden Anstrengungen gemacht, die bisherigen Modelle von Managed Care wie z. B. Hausarztsysteme weiter zu entwickeln. Ziel ist eine Optimierung der Behandlungskette in dem Sinn als zusätzliche Leistungserbringer in das Versorgungsnetz eingebunden werden. Die Spitex darf den Zug nicht verpassen.

Von Markus Schwager

Im Rahmen der aktuellen Diskussion um stetig steigende Kosten im Gesundheitswesen liegt der Wunsch nach einer Kontrolle mit dem Ziel der Ausgabenreduzierung nahe. Bislang hat dies in Form von Tarifsenkungen, Negativlisten oder Globalbudgets stattgefunden. Diese Massnahmen führten jedoch alle nur zu kurzfristigen Einsparungen, die mittelfristig durch die Umschichtung von Leistungen wieder kompensiert wurden. Anstrengungen, die Kosten allein mit Preiskontrollen zu dämpfen, werden wiederum durch Mengenausweitungen zunichte gemacht.



* «Nichtärztliches Gesundheitspersonal muss bei der Ausgestaltung der zukünftigen Netzwerke paritätisch eingebunden sein.»

Erika Ziltener, Präsidentin Dachverband der Patientenstellen

«Spitex ist nicht der Bereich, der uns am meisten Kopfschmerzen macht.»

Beat Schläfli, Santésuisse

* Zitate zu Versorgungsnetzen aus der Irchel-Tagung der SGGP vom 14. Oktober.

Managed Care

Aktuell immer häufiger im Gespräch – zum Beispiel am Spitex Kongress und kürzlich an der Irchel-Tagung der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP – sind umfassende kostendämpfende Versorgungsnetze im Rahmen von Managed Care. Managed Care kann übersetzt werden mit «Anwendung von betriebswirtschaftlichen Management-Prinzipien auf die medizinische Versorgung». Managed Care wird gleichzeitig mit Begriffen wie Gatekeeper (koordinierende Fachperson), Kontrahierungszwang (Vertragszwang) und Risikoentmischung verbunden. Sicher ist: Krankenversicherungen, die Managed Care-Massnahmen anwenden, kaufen im Auftrag ihrer Versicherten Gesundheitsleistungen ein und verabschieden sich damit von ihrer passiven Rolle der reinen Begleitung von erbrachten Leistungen.

Die Quintessenz von Managed Care lässt sich so zusammenfassen: Die Basis einer langfristigen Finanzierbarkeit von Versorgungsleistungen kann nur durch die Steuerung der Versorgung geschaffen werden. Wollen die Krankenversicherer aus der Rolle reiner Zahlstellen herauskommen, haben sie Verantwortung für die Struktur der Versorgung zu übernehmen. Im Gegenzug können sie eine Mitverantwortung der Leistungserbringer für die finanzielle Entwicklung des Gesundheitssystems einfordern.

Gesundheit fördern

Eine Neuordnung der Finanzierung im Sinne von Managed Care führt zu Reformen: Integrierte Versorgungsmuster von Leistungserbringern im ambulanten und stationären Bereich müssen aufgebaut und partnerschaftliches Verhalten der einzelnen Leistungserbringungs-Bereiche

Netze – die Basis der integrierten Versorgung der Zukunft *(Fortsetzung)*

muss gefördert werden. Wichtig ist, dass bei den Leistungen die jeweils am besten geeigneten Leistungserbringer zum Zug kommen. Die neuen Finanzierungssysteme brauchen neue Anreize. Die Erhaltung der Gesundheit muss stärker gefördert werden, nicht einseitig die Behandlung der Krankheit belohnt werden. Systeme wie HMO und Hausarztsysteme unterstützen dies.

In solchen Systemen tragen Hausarztgruppen einen Teil der wirtschaftlichen Verantwortung für die Versorgung der eingeschriebenen Versicherten. Mit der Übernahme von Verantwortung erhalten sie grössere Entscheidungsfreiheit. Zudem müssen die Patientinnen und Patienten stärker in solche Entscheidungen einbezogen werden. Der erste Schritt ist, ihre Wahlfreiheit unter den Leistungserbringern einzuschränken und sie dem Rat des behandelnden Arztes oder der Ärztin verstärkt zu unterwerfen.

Angebot steuern

Bei Managed Care geht es also um Versicherungs- und Versorgungsnetze. Die Versorger, d.h. jene Leistungserbringer, die in einem solchen Netzwerk integriert sind, übernehmen einen Teil der wirtschaftlichen Verantwortung des gesamten Systems, bzw. sie beteiligen sich an der Entwicklung und am Erfolg dieses Netzes. Wichtig dabei ist, dass die Verantwortung über die ganze Behandlungskette geht. Die Krankenversicherer handeln mit entsprechenden Anbietern Leistungen aus, die aus Sicht der Versicherten ein möglichst optimales Verhältnis von Aufwand und Nutzen darstellen. Diese Krankenversicherer nehmen also aktiv Einfluss auf das Angebot und steuern es im Interesse der Versicherten.

In der Schweiz haben Managed Care-Ideen, inspiriert aus den USA, Konjunktur. Dazu gehören:

- HMO-Praxen (Health Maintenance Organization/Gesundheit erhaltende Organisation) und Hausarztmodelle: Wer sich für ein solches System entscheidet, kommt in den Genuss eines Prämienrabatts, muss aber im Krankheitsfall immer zuerst die HMO bzw. den Hausarzt aufsuchen. Solche Systeme nennt man Gatekeeper-Systeme (Systeme mit koordinierender Person).
- Fall- oder Patientenmanagement: Auf Seiten der Versicherer kümmern sich sogenannte Fallmanager um eine bessere Zusammenarbeit mit den einzelnen Leistungserbringern bzw. um die optimale Koordination zwischen verschiedenen Leistungserbringern – im Falle, dass Versicherte Leistungen von verschiedenen Anbietern in Anspruch nehmen müssen.
- Evidence based Medicine/Care (Auf wissenschaftlicher Erkenntnis basierende Medizin/Pflege) und Behandlungsrichtlinien: Ziel ist es, dass Krankheiten dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Forschung entsprechend, gleichzeitig möglichst wirksam, qualitätsstabil und kostengünstig behandelt werden.

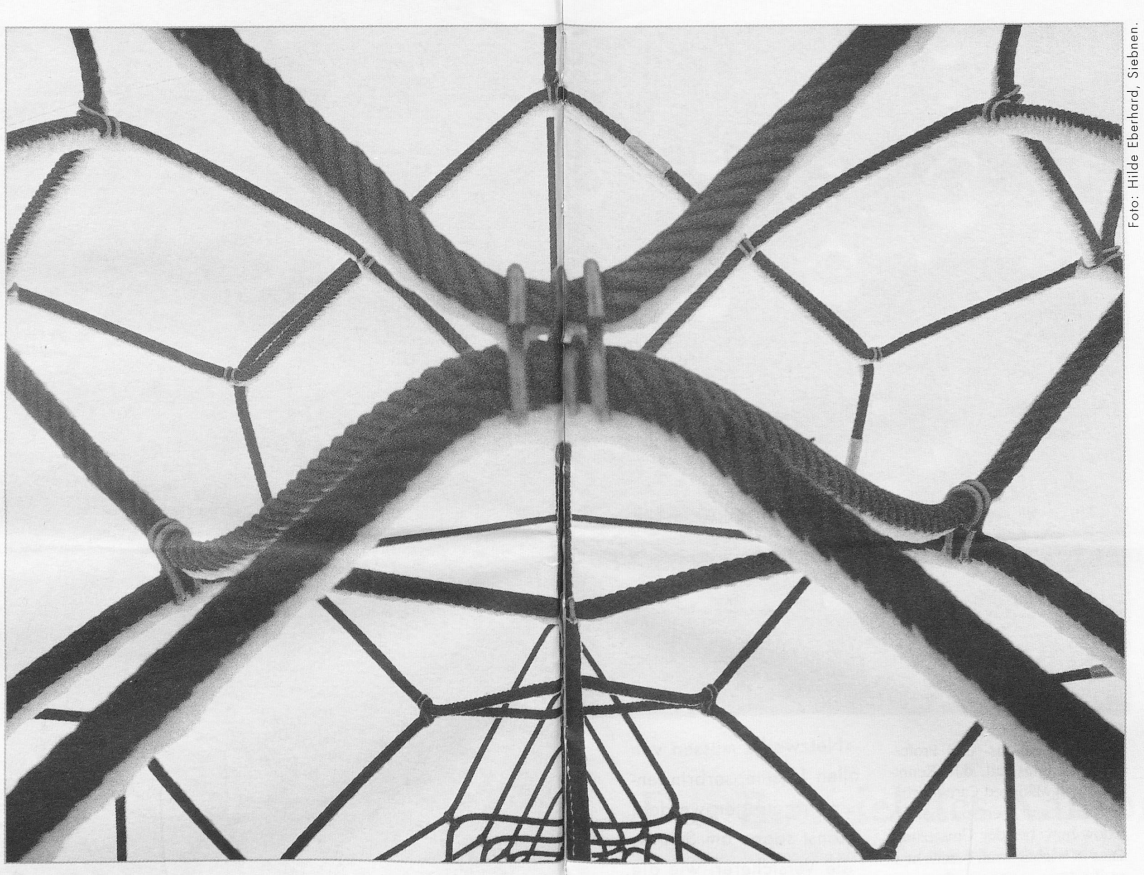


Foto: Hilde Eberhard, Siebnen.

HMO und Hausarztsysteme

In der Diskussion um die Kosten darf neben der Effizienz die Effektivität der Mittelverwendung nicht vergessen werden. Können wir die Gelder besser nutzen? Können wir gleiche Resultate wie bisher mit weniger Mitteln erreichen? Wie ist das Verhältnis von Mitteleinsatz und Zielerreichung? Solche Fragen führten zur Suche nach Managed Care-Konzepten. Ein Resultat war die Eröffnung der ersten HMO in Europa am 1. 1. 1990 in Zürich. Inzwischen gibt es über 30 solcher Praxen. Deren Gründung war Anlass für die niedergelassene Ärzteschaft, sich in der Organisation von Ärztenetzen zu engagieren. Mit den Verträgen für die Hausarztsysteme, die in der Schweiz Mitte der 90er-Jahre abgeschlossen wurden, waren diese Systeme aber noch nicht inhaltlich voll entwickelt. Im Gegenteil, der Vertragsabschluss ist lediglich der erste Schritt, der nachgelagerte Entwicklungen erst ermöglicht.

Weiterentwicklung

Zur Zeit werden Anstrengungen gemacht, die bisherigen Modelle weiter zu entwickeln. Ziel sogenannter Integrierter Managed Care-Systeme ist eine Optimierung der Behandlungskette in dem Sinn, als zusätzliche Leistungserbringer – insbesondere die stationären – vertraglich eingebunden werden. Damit sollen sie in die Verantwortung und Mitgestaltungsmöglichkeit eingebunden werden. Weitere Leistungserbringergruppen (u.a. auch die Spitex, Physiotherapie und Ergotherapie) können mit Anschlussverträgen am Gesamtsystem beteiligt werden (siehe Artikel «Das Beispiel Thurgau» auf der nächsten Seite).

Auswirkungen auf Pflege

Auch wenn die heutigen Managed Care-Modelle und -Massnahmen primär die Veränderung der ärztlichen Versorgung (ambulant und stationär) zum Ziel haben, leuchtet ein, dass sich solche Veränderungen u.a. auch auf die Hilfe und Pflege zu Hause auswirken werden. Die Spitex handelt bereits nach Managed Care-Ideen. Beispielsweise da, wo sie die Bedarfsabklärung mit einheitlichen Formularen und unter Anwendung von definierten Pflegediagnosen durchführt, wo sie das pflegerische Handeln (Intervention) auf diese Bedarfsabklärung abstützt und indem sie die Qualität dauernd überprüft. Es ist daher für die Reorganisation der Leistungserbringung im Bereich der Hilfe und Pflege zu Hause unabdingbar, dass gemeinsame Absprachen zwischen Spitex und HausärztInnen innerhalb und ausserhalb von Hausarztmodellen sowie im stationären Bereich stattfinden.

Zur Rolle der Spitex: siehe Interview mit Jürg Baumberger auf der nächsten Seite.

«Es gibt bereits heute Netzwerke, die ausgezeichnet funktionieren. In andern wird stets über Reglemente gestritten.»

Marcel Schuler-Rosso, Geschäftsleiter Spitex Nidwalden

«In Netzen sollen nicht diejenigen Dienstleistungen angeboten werden, die billiger sind, sondern diejenigen, die aus fachlichen Gründen zwingend notwendig sind.»

Jürg Baumberger, Berater im Gesundheitswesen

«Der Patient steht im Zentrum und dort stört er... dort kostet er.»

Gerhard Kocher, Gesundheitsberater

Dienstleister für Netze

- *SanaCare*
- *Unimedes*
- *Argomed (für Aargau)*
- *Thurcare (für Thurgau)*
- *Managed Care-Abteilungen von Helsana, CSS*

Netze und Verbände

- *Z-Med, Zürich*
- *Wintimed*
- *Hawa-Doc, Winterthur-Andelfingen*
- *Verband Managed Care Thurgau (für Thurgau)*
- *HMO Basel (mit niedergelassenen Ärzten)*
- *MediX-HMOs (mit niedergelassenen Ärzten)*
- *HMOs der SanaCare*
- *HMOs der SWICA*
- *HMO der OeKK Luzern*
- *Réseau de soins Delta, Genève*
- *weitere Netze in ZH, SG, GR, FR, BE, BL, LU, SH (zu finden über SanaCare, Unimedes etc.)*

Quellen

- *Dr. phil. J. Baumberger: So funktioniert Managed Care, Anspruch und Wirklichkeit der integrierten Gesundheitsversorgung in Europa, Thieme Verlag*
- *Projektbericht Integriertes Managed Care Thurgau, Dezember 2002*