

Georges Ackermann, Jasmin Blanc Bärtsch, Ueli Bodmer, Remo Gysin, Peter Indra, Rainer J. Stelzer

# Bewegt sich das Gesundheitswesen doch?

Das diesjährige Symposium des Forum Managed Care steht unter dem Titel «20 Jahre Managed Care – Integration jetzt erst recht. Erfolgsfaktoren für eine erfolgreiche Zukunft». Aus diesem Anlass blickt auch «Care Management» zurück und stellt den Bezug zur Gegenwart her: Wir haben einige Editorials aus den Jahren 2002 bis 2004, als die Zeitschrift noch «Managed Care» hiess, den Autoren geschickt und sie gebeten, ihren damaligen Beitrag zu reflektieren und aus heutiger Sicht zu werten. Herausgekommen ist Erstaunliches.



Jasmin  
Blanc Bärtsch



Georges  
Ackermann

Managed Care, 6/2003

## Pflege und Ökonomie

Das Gesundheitswesen verursacht Kosten, und deren Finanzierung ist anspruchsvoll. Über 50 Prozent der Leistungen werden durch Pflegefachleute erbracht. Die Kosten der Pflege werden heute häufig als Verlustposten wahrgenommen, aber erhalten wir dafür keinen Gegenwert? Ist Pflege nicht eine Konsumausgabe und muss mit anderen Konsumausgaben in Beziehung gesetzt werden? Dies führt automatisch zu der Frage, welche Pflegeleistung zu welchem Preis, in welcher Qualität und mit welchem Ergebnis geboten wird. Ist Pflege überhaupt ergebnisorientiert? Sind wir daran interessiert, Kosten und Qualität zueinander in Bezug zu setzen, um anschliessend zu entscheiden, was wir uns leisten können und wollen? Was braucht es noch für Schritte, damit Pflegefachleute diese Fragen beantworten können?

Zurzeit sind auf Bundesebene Bestrebungen im Gang, den Beitrag der Krankenversicherer an die Pflege in Altersinstitutionen zu beschränken. Es wird versucht, Finanzströme umzuleiten, ohne sich über die Auswirkungen auf die Versorgung Rechenschaft abzulegen. Rationierungsmassnahmen (Stellenstopp, Stellenabbau und Reduzierung von ausgebildetem Personal) können zwar kurzfristig Einsparungen erzielen, die volkswirtschaftlichen Konsequenzen sind aber nicht zu unterschätzen.

<sup>1</sup> Gesundheitsdirektion Zürich, Spitallandschaft 2012 – Spitalfinanzierung mit diagnoseabhängigen Fallpauschalen nach DRG, Zürich, 29. Mai 2009.

<sup>2</sup> W. Fischer, DRGs und Pflege, Bern, 2002.

Wichtig scheint uns, dass in jeder Pflegesituation der Bedarf mit einem Assessment eruiert wird, dass die Ziele formuliert und entsprechende Massnahmen mit den Klientinnen und Klienten vereinbart werden. Weiter braucht es klar definierte Leistungsrahmen, damit alle wissen, worin das Angebot besteht. Um diese Leistungsrahmen zu entwickeln, werden wir die Qualitätsansprüche zu den finanziellen Ressourcen in Relation setzen müssen.

Wir finden es ausserordentlich wichtig, dass die ökonomischen Aspekte der Pflege in Zukunft bei Pflegefachleuten vermehrt zum selbstverständlichen Gedankengut und zum Einflussfaktor in Theorie und Alltag werden, damit nicht die Finanzen allein das Angebot bestimmen.

## Das Thema aus heutiger Sicht

*In den Pflegeberufen hat sich das Bewusstsein der begrenzten finanziellen Ressourcen seit 2003 markant entwickelt.*

*Projekte zu Skill- und Grademix – wer übernimmt welche Aufgaben mit welchen Ressourcen und Kompetenzen und zu welchen Kosten? – sind an vielen Orten eine Selbstverständlichkeit geworden. Die Interessengemeinschaft Pflegefinanzierung hat in den letzten Jahren intensiv den politischen Prozess mitgestaltet. Mit der Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung ab 2011 werden in den Kantonen auf Verordnungsstufe die Weichen neu gestellt.*

*Mit der flächendeckenden Einführung der DRGs wird den Spitälern ab 2012 nicht mehr jeder Eingriff und jeder Aufenthaltstag einzeln vergütet, sondern sie werden von der öffentlichen Hand und den Versicherern pro Fall mit einem Pauschalpreis entschädigt.<sup>1</sup> Der Pflege kann je nach Berechnungsweise gut 20 bis über 30 Prozent der Betriebskosten zugeordnet werden.<sup>2</sup> Da dieser Anteil einen der Hauptkostenblöcke bildet, ist es wichtig, dass die Pflege «kostengerecht» im DRG-System abgebildet wird. Mit der Einführung von DRGs kommt auch der vollständigen Dokumentation der ärztlichen und pflegerischen Leistungen eine besondere Bedeutung zu. Sie ist die Grundlage*

für eine vollständige Codierung und beeinflusst durch den Case-Mix-Index (CMI) die Ertragssituation der Spitäler. Sie ist aus unternehmerischer Sicht von zentraler Bedeutung und wird Einfluss auf die Prozessabläufe und die Organisationsstrukturen der Spitäler haben.

Wir sind, wie in unserem Editorial im Jahr 2003, der Meinung, dass in jeder Pflegesituation der Bedarf mit einem Assessment eruiert und die entsprechenden Ziele und Massnahmen mit den Kundinnen und Kunden vereinbart werden sollten. Ein noch zu entwickelnder, klar definierter Leistungsrahmen sollte die Leitplanken aufzeigen und individuell abgestimmt werden können. Es fällt auf, dass auch solche Forderungen vermehrt ausgesprochen werden, denn die Fülle der sich immer weiter entwickelnden Gesundheitsleistungen mit den entsprechenden Kosten können nur gesteuert werden, wenn wir die Pflichtleistungen mit einer Positivliste definieren und die Kür anderweitig finanzieren.

Jasmin Blanc Bärtsch, MHA  
Dienstleistungen und Beratungen im Gesundheitswesen  
PI-Systems AG  
Care-Systems  
Münchsteig 10, 8008 Zürich  
blanc@care-systems.ch  
www.care-systems.ch

Georges Ackermann  
Damals: Leiter Pflege, Leistungseinkauf Managed Care  
Helsana Versicherungen AG  
Heute: Co-Leiter Leistungszentrum Rheumatologie  
und Angiologie  
Mitglied der Geschäftsleitung  
RehaClinic  
5330 Bad Zurzach  
g.ackermann@rehaclinic.ch  
www.RehaClinic.ch



Peter Indra

## Managed Care, 1/2004

### Schnittstellenmanagement: Erste Etappe zur ganzheitlichen Vernetzung

Schnittstellenmanagement heisst mehr, als bloss Kapazitäten und Termine zu organisieren. Es geht zunehmend darum, die Möglichkeiten zu kennen, wo und wie ein Problem behandelt werden kann, Wissen über einen Patienten zu erfassen und zu dokumentieren und Informationen weiterzugeben. Dieser Prozess muss bereits vor dem Eintritt eines Patienten in eine ambulante oder stationäre Einrichtung einsetzen.

Zugleich ist es zunehmend wichtig, nicht nur punktuell Schnittstellen zu managen, sondern eine Vernetzung der unterschiedlichsten Therapie- und Behandlungseinrichtungen zu erreichen. Denn die Frage, wo eine Erkrankung eines bestimmten Patienten behandelt werden soll, ist immer schwieriger zu beantworten. Immer neue wissenschaftliche Erkenntnisse und Errungenschaften führen dazu, dass das Angebot der medizinischen Behandlungs- und Vorsorgemöglichkeiten wächst und wächst. Unser Informationsbedarf nimmt zu, ebenso die Anzahl und die Macht der Medien.

Dies hat zu einer grossen Verunsicherung und zu einem Umdenken innerhalb der Gesellschaft geführt. Wir stehen hier an einem Wendepunkt: Krankheitsbilder werden zunehmend ganzheitlich betrachtet. Mit der klassischen

Schulmedizin lassen sich Krankheitssymptome erfolgreich diagnostizieren und bekämpfen. Die eigentlichen Ursachen der Krankheitsbilder liegen oft jedoch in den Lebensumständen der Patienten begründet – unsere Gesellschaft beginnt einen Wandel zu einem ganzheitlicheren Bewusstsein zu vollziehen.

So hat sie erkannt, dass die soziale Situation eines Menschen direkte Auswirkungen auf seine Gesundheit hat und dass daher eine ganzheitliche Betrachtung des Menschen – auch im Kontext seiner Lebens- und Umweltsituation – mit Blick auf Gesundheit und Krankheit unerlässlich ist. Ernährung, Lebensstil, unser chemisch-biologisches und seelisches Gleichgewicht stehen – allgemein anerkannt – in einem direkten Zusammenhang mit unserer körperlichen Gesundheit. Um diesem Umstand gerecht zu werden, müssen sich nicht nur die Einrichtungen der medizinischen Grundversorgung, sondern auch die vielen anderen Fachbereiche der Gesundheitshilfe zum Wohle des Patienten vernetzen. Wenn die Schnittstellen zwischen Gesundheitseinrichtungen und -bereichen immer professioneller gemanagt werden, führt dies zu einer Optimierung des Behandlungspfades, zu vernetzten Gesundheitssystemen und hoffentlich auch zu einer effektiveren und kosteneffizienten Medizin.

### Das Thema aus heutiger Sicht

*Würde ich dieses Editorial wieder so schreiben? Nachdem ich den Text nun mehrmals gelesen und die aktuelle Situation reflektiert habe, ist meine Antwort dazu: ja und nein.*

*Das Thema «Schnittstellenmanagement» ist aktueller denn je. Rückblickend muss ich feststellen, dass für mich die*

*Thematik der gesamtheitlichen Patientenbetrachtung im Sinne des biopsychosozialen Modells im Vordergrund stand. Ich war damals wohl stark durch mein Nachdiplomstudium in Public Health geprägt. Heute – geprägt durch die Erfahrungen von bald vier Jahren nationaler Gesundheitspolitik – würde ich das inhaltliche Schwergewicht wohl eher auf die politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen, die Organisation und die Steuerung von integrierten Modellen legen. Zudem würde ich die Wichtigkeit der organisatorischen und vor allem der elektronischen Vernetzung und den Einsatz einer elektronischen Krankengeschichte in den Vordergrund stellen. Man kann von «Integrierter Versorgung», von «Managed-Care-Modellen» oder anderen Begriffen der «Szene» sprechen: Ein entscheidendes Element für den Erfolg von*

*Netzwerken bleibt immer die organisierte horizontale und vertikale Vernetzung der Leistungserbringer. Der Outcome dieser Zusammenarbeit hängt aber nach wie vor stark davon ab, wie gut die Schnittstellen organisiert und gepflegt werden. Oder systemisch gesprochen: Der Erfolg eines integrierten Modells ist massgeblich vom Schnittstellenmanagement der ganzen Behandlungskette abhängig.*

Dr. med. Peter Indra, MPH

Damals: Leiter Projekte und Ärztlicher Leiter Leistungseinkauf Helsana Versicherungen AG

Heute: Leiter Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung Bundesamt für Gesundheit (bis 30.4.2010)

3003 Bern

peterindra@bluewin.ch



Rainer J. Stelzer

## Managed Care, 8/2003

### Medizinisches und betriebswirtschaftliches Controlling zusammenführen

«Das Controlling im Gesundheitswesen ist gestorben.» Und: «Es lebe das Controlling.» Diese beiden Meinungen finden sich im Gesundheitswesen nebeneinander, und sie haben beide ihre Berechtigung. Die organisatorische und fachtechnische Einführung von Controlling in verschiedenen Institutionen hat vor rund zehn Jahren begonnen. In der Zwischenzeit wurden positive wie negative Erfahrungen gemacht. Die hochgesteckte Erwartung, dass durch das Controlling das Management im Gesundheitswesen besser und einfacher werde, ist zumindest relativiert worden.

Was sind die Gründe für das Scheitern von Controlling-Projekten, insbesondere in Krankenhäusern? Weshalb macht es trotzdem Sinn, Controlling zu fördern und zu nutzen?

Wichtig dabei: Controlling bedeutet nicht Kontrolle. Der Begriff «Controlling» wurde aus dem Angelsächsischen übernommen und bedeutet Steuern oder Lotsen. Controlling im Gesundheitswesen ist zu verstehen als zukunfts- und lösungsorientierte Unterstützung der Entscheidungsträger in Gesundheitssystemen mittels rechtzeitiger Informationsaufbereitung und -auswertung mit dem Ziel, eine wirtschaftlich tragbare und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung sicherzustellen. Die negativen Erfahrungen der vergangenen Jahre haben aber gezeigt: Um den geschilderten komplexen Anforderungen gerecht zu wer-

den, genügt es nicht, einfach das Industrie-Controlling zu übernehmen, das primär betriebswirtschaftliche beziehungsweise finanzielle Aspekte abdeckt.

Im Gesundheitswesen wird das Controlling die Erwartung und die Bedürfnisse der Empfänger erst erfüllen, wenn medizinische Aspekte (v.a. Qualität der medizinischen Ergebnisse) und betriebswirtschaftliche Aspekte (v.a. Finanzen und Wirtschaftlichkeit) kombiniert werden. Nur ein ausgewogenes Controlling, welches beide Wissenschaften (Medizin und Betriebswirtschaft) zweckmässig miteinander verbindet, liefert den Institutionen jene Grundlagen, die sie brauchen, um den Auftrag des Krankenversicherungsgesetzes sowie die ganzheitlichen Bedürfnisse der Kunden im Gesundheitswesen (Patienten) zu erfüllen.

### Das Thema aus heutiger Sicht

*Das Controlling im Gesundheitswesen ist gestorben – es lebe das Controlling. Diese Bewandtheit kommt nicht von ungefähr. Die organisatorische und fachtechnische Einführung von Controlling in verschiedenen Institutionen des Schweizer Gesundheitswesens hat vor nunmehr fast 20 Jahren begonnen. In der Zwischenzeit wurden sowohl positive wie negative Erfahrungen gemacht. Zumindest die hochgesteckten Erwartungen an besseres und einfacheres Management im Gesundheitswesen sind seit der Pionierzeit relativiert worden. Erst in der Kombination von medizinischen (primär qualitativen Outcome-Aspekten) und betriebswirtschaftlichen (primär finanziellen und wirtschaftlichen Aspekten) wird das Controlling im Gesundheitswesen die Erwartung und die Bedürfnisse der Empfänger erfüllen können.*

*Erste Voraussetzung für den Einsatz eines aussagekräftigen Controllings ist die Definition einer klaren Strategie und daraus abgeleitete Ziele. Ist dies auf nationaler Ebene geschehen? Die Hoheit auf Kantonsebene scheint dies nicht*

zu fördern, und so warten wir noch heute auf eine übergeordnete Strategie im Gesundheitswesen. Befassen wir uns daher mit dem Controlling auf Mikroebene, dem individuellen Betrieb. Mit dem Fehlen der übergeordneten Zieldefinition, ist dem Wildwuchs unter den verschiedenen Anbietern freier Raum gegeben. Institutionen der Öffentlichen Hand bewerben sich heute genauso intensiv um Dienstleistungen im überobligatorischen Bereich wie private Anbieter. Dies ungeachtet ihrer primären Aufgabe und umso unbedachter, da die hierfür erforderlichen finanziellen Mittel am Ende einer Abrechnungsperiode von irgendeiner Instanz (Steuerzahler) übernommen werden. Mit der Einführung der DRGs – wann auch immer der Zeitpunkt sein wird – dürfte sich dies zumindest relativieren. Als Konsequenz wird der Mitbewerberdruck weiter zunehmen, die Preise für einzelne Dienstleistungen weiter sinken,

die Gesamtkosten jedoch weiter steigen. Ein wirksames Controlling auf Betriebsebene ist daher in Zukunft von noch essentieller Bedeutung. Nicht bloss tiefere Preise für einzelne Dienstleistungen, sondern die nachweisbare Qualität der medizinischen Dienstleistungen werden ausschlaggebend für den Betriebserfolg sein. Ein Zusammenwirken von medizinischem und betriebswirtschaftlichem Controlling ist hierfür unabdingbar – doch auch fortan beschränkt auf Betriebsebene, leider.

Rainer J. Stelzer

Damals: Stelzer Health Care Consulting

Heute: Direktor Klinik Bethanien

Toblerstrasse 51, 8044 Zürich

RSTELZER@klinikbethanien.ch

www.klinikbethanien.ch



Remo Gysin

## Managed Care, 8/2002

### Gesundheitsreformen zwischen Privatisierung und Demokratie

Die aktuellen Vorschläge zur Reform unseres Gesundheitssystems enthalten Ermutigendes, zum Beispiel die von Bundesrätin Ruth Dreifuss und den kantonalen Gesundheitsdirektionen initiierte Entwicklung einer Nationalen Gesundheitspolitik. Auch die Gesundheitsförderung bekommt endlich mehr Mittel und Gewicht.

Gegenteilige Bestrebungen sind leider auch zu beobachten. Kürzungen des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenversicherung und die Aufhebung des Kontrahierungszwangs würden die Gesundheitsversorgung einschränken und die finanzielle Belastung der Bevölkerung tendenziell erhöhen. Was heute im Versicherungssystem eingeschlossen ist, müsste künftig mit zusätzlichen Mitteln erstanden werden.

Die meisten Reformvorschläge orientieren sich nicht an Gesundheitszielen, wie Chancengleichheit, Versorgungssicherheit und hoher Qualität, sondern am Wunsch nach grösserer Effizienz, also lediglich an einer sicherlich wichtigen Nebenbedingung. Das könnte letztlich mehr schaden als nützen. Die grösste Herausforderung liegt meines Erachtens in der unsozialen Finanzierung unseres Gesundheitssystems. Aufgrund der einseitigen «Verteilung der finanziellen Lasten» zuungunsten der privaten Haushalte steht die Schweiz in der WHO-Weltrangliste lediglich auf Platz 20.

Fragwürdig finde ich Privatisierungsideen wie die «Spital

AG Schweiz» und die damit verbundene Marktgläubigkeit. Markt- und Preismechanismen verbauen finanziell schwächeren Bevölkerungsschichten den Zugang zu medizinischen Leistungen.

Ein Blick auf das Gesundheitssystem der USA, das sich im internationalen Vergleich am meisten Markt und Wettbewerb aussetzt, legt offen, wohin die Deregulierung führt – höhere Kosten bei schlechteren Leistungen, heisst das für manche wohl überraschende Ergebnis.

### Das Thema aus heutiger Sicht

*Das gesundheitspolitische Spannungsfeld zwischen Privatisierung und Demokratie hat sich in den letzten fünf Jahren zuungunsten der Demokratie verschoben. Reformen orientieren sich nach wie vor nicht an Gesundheitszielen wie Chancengleichheit und Versorgungssicherheit. Die Mär von «gleichen Spiesslängen» für öffentliche und private Spitäler verfängt, obwohl es sich hier um zwei verschiedene Einrichtungen handelt.*

*Öffentliche Spitäler, insbesondere Universitätskliniken und Kantonsspitäler, haben einen umfangreichen Ausbildungsauftrag, führen Notfalleinrichtungen und sichern die Versorgung aller, auch ärmerer Bevölkerungsteile. Gewinnerorientierte private Spitalunternehmen sind oft von wenigen Leuten, Investoren, Aktionären und Managern abhängig. Sie können sich ohne weiteres auf ertragreiches Rosinenpicken konzentrieren und Teilbereiche aus Renditegründen schliessen. Obwohl wir längst wissen, dass der Markt andere als die erwähnten volkswirtschaftlichen Ziele anpeilt, wird das schweizerische Gesundheitswesen schrittweise dem öffentlichen demokratischen Prozess entzogen und dem Markt zugeführt. Bei Spitalern geschieht dies allenfalls mit einem Zwischenschritt. Sie werden zu einem öffentlichen Unternehmen verselbständigt, das zwar mehrheitlich in Staats-*

besitz bleibt, aber demokratischen Entscheidungsmechanismen nur noch sehr eingeschränkt untersteht.

Gleichzeitig verschlechtert sich das Finanzierungssystem der Krankenversicherung. Die Prämienlast ist bereits für einen grossen Teil der Bevölkerung finanziell kaum mehr verkraftbar. Und immer wieder kommen neue Vorschläge zur Einschränkung der versicherten Leistungen bzw. zur Ausdehnung des privaten Versicherungsgeschäfts.

Zusammengefasst: Wir bewegen uns auf eine Mehr-Klassen-Medizin hin, weg von einer Solidargemeinschaft. Immer

weniger Akteure steuern unser Gesundheitssystem; die Bevölkerung und der Staat garantieren dessen Finanzierung.

Dr. rer. pol. Remo Gysin

Damals: Nationalrat

Heute: Verschiedene Aufgaben im Sozialbereich

Petersgraben 49, 4051 Basel

info@gysinbasel.ch

www.gysinbasel.ch



Ueli Bodmer

## Managed Care, 6/2004

### Integrierte Versorgung – das Erfolgsrezept der Zukunft?

Das Gesundheitswesen steht im Spannungsfeld zwischen steigender Nachfrage bei zunehmendem Angebot und einer Verknappung der zur Verfügung stehenden Ressourcen. Deshalb wird der Ruf nach vermehrter Steuerung laut.

Die Entwicklung von Managed-Care-Systemen hat auch in der Schweiz gezeigt, dass nach einer langen Phase der Ausdifferenzierung nun die Frage nach der institutionenübergreifenden Integration ansteht. Zusammen mit meinen Kollegen im Vorstand von medswiss.net bin ich, stellvertretend für mehr als 1300 erfahrene Netzwerkärztinnen und -ärzte, überzeugt: Durch eine institutionenübergreifende Integration der Patientenbehandlung in Versorgungsnetzen würden sich die Kostentreiber Föderalismus und fehlendes nationales Gesundheitsprogramm sowie Fragmentierung und falsche Finanzanreize günstig beeinflussen lassen.

Heute behindern folgende Realitäten die Entwicklung hin zu mehr Integration:

- Das dualistische Finanzierungssystem im stationären und das Einzelleistungsprinzip im ambulanten Bereich setzen bei allen Beteiligten falsche ökonomische Anreize.
- Der Kontrahierungszwang und der morbiditätsunabhängige Risikoausgleich verhindern einen Wettbewerb unter den Versicherern und Versorgungsnetzen um die Gunst der – teuren – mehrfach und chronisch Kranken.
- Angesichts der Machtpolitik der namhaften Versicherer erweisen sich partnerschaftliche Integrationsideen als schwierig.

- Die universitäre Lehre und Forschung berücksichtigt die Aspekte der Praxisrelevanz und -tauglichkeit zu wenig, gerade im Bereich der für die Steuerung bedeutenden Primärversorgung.
- Durch das Solidaritätsprinzip und das Versicherungsobligatorium fehlt es den Patienten und gesunden Versicherten im Grundversicherungsbereich an einer bedarfsgerechten Wahlmöglichkeit.

Integrierte Versorgungsnetzwerke werden sich nur dann bewähren und nachhaltig weiterentwickeln, wenn sie im Sinne einer Win-win-Situation allen Akteuren im Gesundheitswesen Vorteile verschaffen.

Die dazu nötigen Instrumente und Voraussetzungen sind in der Theorie längst bekannt. Sie finden sich unter anderem in der «Vision 08», einem Projekt von medswiss.net<sup>1</sup>. Damit in Zukunft nun auch die praktische Umsetzung möglich wird, braucht es den Mut aller beteiligten Verantwortlichen, sich im Gesundheitswesen endlich der Machtpolitik zu entsagen und sich einer nationalen Gesundheitspolitik mit fundierten Zielvorstellungen zuzuwenden.

Integration verlangt einen fundamentalen Wandel der Denkweise und des Handelns. Sollte dieser Wandel gelingen, so darf von integrierter Versorgung als Erfolgsrezept gesprochen werden.

### Das Thema aus heutiger Sicht

*Guten Morgen Herr Zanoni*

*Danke für Ihre Anfrage. Ich würde ein Editorial unter diesem Titel genau gleich formulieren und kann heute noch jedes Wort unterschreiben – folglich habe ich nichts beizufügen.*

*Freundliche Grüsse*

*Ueli Bodmer*

Dr. med. Ueli Bodmer, Medical Manager FH

Facharzt für Allgemeine Medizin

Vorstand medswiss.net

bocom GmbH

Muristrasse 48, 3006 Bern

bocom@bluewin.ch