



## **«Erfolgreiche Netzwerke, erfolglose Netzwerke?»**

Vorschläge für ambulante Versorgungsnetze in der Schweiz

Eine Diskussionsgrundlage der Arbeitsgruppe *Forum 2005 Santé–Gesundheit*

von: **Antoine Bailly**  
**Martin Bernhardt**

unter Mitarbeit von: **Gaudenz Bachmann**  
**Arno Brandt**  
**Olivier Bugnon**  
**Jean-Pierre Desjacques**  
**Jean-Louis Franzetti**  
**Mauro Gabella**  
**Yves Guisan**  
**Babette Hünenberger**  
**Andreas Luginbühl**  
**Jean-Philippe Reymond**

Eine Forschungsgruppe für Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie

in Partnerschaft mit der

**Groupe de Médicométrie der Universität Genf**

und

**Sanofi–Synthélabo (Schweiz) AG**

**Vorstellung der Arbeitsergebnisse des Jahres 2000 an der**

**Tagung *Forum 2005 Santé–Gesundheit***

**am 11. Januar 2001 in Les Diablerets**

# Inhalt

<b>Einleitung: Netzwerke im Gesundheitswesen .....</b>	<b>1</b>
Kontinuität der Gesundheitsversorgung .....	1
Das Paradigma des 21. Jahrhunderts.....	1
<b>Die Ziele der Einrichtung von Gesundheitsnetzwerken in der Schweiz.....</b>	<b>3</b>
Die Anreize für Managed Care.....	3
Organisationsformen.....	4
Funktionsweise .....	4
Die Evaluation der Netzwerke.....	5
<b>Kriterien für eine Evaluation der ambulanten Gesundheitsnetzwerke .....</b>	<b>6</b>
Eine beschreibende Evaluation.....	6
Qualitative Evaluation .....	7
Allgemeine Kriterien .....	7
Ein Bewertungsraster.....	8
<b>Heraus aus der Sackgasse .....</b>	<b>9</b>
Welche Netzwerke braucht die Schweiz? .....	9
Vorschläge .....	9
<b>Eine Charta für Gesundheitsnetzwerke in der Schweiz.....</b>	<b>13</b>
Grundkriterien .....	13
Die neun Gebote für Gesundheitsnetzwerke .....	15
<b>Runder Tisch und Diskussion.....</b>	<b>16</b>
Idealismus oder echter Gedankenaustausch?.....	16
Ein Informationssystem als Lenkungsmittel .....	17
Gesundheitsnetzwerke – ein Muss .....	19
<b>Bibliographie.....</b>	<b>21</b>

**Forum 2005 Santé–Gesundheit** ist eine unabhängige Gruppe. Ihre Mitglieder wirken in persönlicher Eigenschaft mit und beziehen keinerlei Vergütung oder Entschädigung. Die Meinungen des Forums 2005 Santé–Gesundheit sind diejenigen frei urteilender Personen, die sich für eine bessere Gesundheitspolitik in der Schweiz einsetzen.

## **Einleitung: Netzwerke im Gesundheitswesen**

### **Kontinuität der Gesundheitsversorgung**

Das schweizerische Gesundheitssystem beruht auf einem Kompromiss zwischen Liberalismus und Kontrolle, zwischen Föderalismus und Zentralismus. Regulierende Massnahmen werden immer zahlreicher und sind aufgrund dieser gegensätzlichen Ansätze oft nur schwer anwendbar und wenig wirksam. Die Schweizer wollen weder einen blinden Liberalismus, der ein Zwei-Klassen-System hervorbringen würde, noch ein von der Obrigkeit beherrschtes und gelenktes System mit zentralistischen Sachzwängen. Sie wollen eine Verbindung von Solidarität, Wirtschaftlichkeit und Freiheit. Dieser Drang zur Mitte erschwert jedoch die Verwirklichung neuer Lösungen ungemein. Steigende Kosten zwingen alle Akteure des Gesundheitswesens, das System weiterzuentwickeln, eine Gesundheitspolitik zu formulieren, die den heutigen wirtschaftlichen und sozialen Gegebenheiten gerecht wird. Zu den populärsten Ansätzen gehören dabei Gesundheitsnetzwerke als dezentrale und unkomplizierte Lösungen. Leistungserbringer, Kostenträger und Patienten sollen durch ihre Einbindung in diese Netzwerke nach den Vorstellungen ihrer Befürworter leistungs- und verantwortungsbewusster werden. Die Gruppe *Forum 2005 Santé–Gesundheit* will mit diesem Beitrag die Richtigkeit dieser Annahme überprüfen.

Entscheidend für die weitere Entwicklung des Gesundheitswesens in der Schweiz ist der Übergang von einem System unabhängiger Akteure und Institutionen zu einem komplementären und koordinierten Gesundheitswesen, das z.B. den Geboten der Prävention und des Informationsflusses zwischen den Partnern besser gerecht wird. Also müssen neue Organisationsformen geschaffen werden, zu denen logischerweise die Netzwerke gehören.

Nach Auffassung des *Forums 2005 Santé–Gesundheit* sind Netzwerke koordinierende Organisationsformen, die eine umfassendere Betreuung der Patienten, die Kontinuität der Pflege und qualitativ bessere Ergebnisse zum Ziel haben. Können Netzwerke angesichts der Entwicklung der Bevölkerungsstruktur (Alterung, Verstädterung) und technologischer Neuerungen (Informationsnetze, bildgebende Verfahren, ambulante Chirurgie) organisatorisch eine landesweite Versorgung mit hoher Qualität bei gleichzeitiger Kostendämpfung ermöglichen? So lautet die zentrale Fragestellung im Rahmen der ambulanten Gesundheitsnetzwerke in der Schweiz.

### **Das Paradigma des 21. Jahrhunderts**

Netzwerke sind «in». Post-, Verkehrs- und Gesundheitsnetzwerke beruhen alle auf der Grundidee, dass Netzwerke eine positive Organisationsform darstellen. Eine reichhaltige Literatur zeigt den Erfolg von «Unternehmensnetzen» als Vorstufe einer vernetzten Gesellschaft und Voraussetzung für die Steigerung der Produktivität.

Es ist daher nicht erstaunlich, dass Netzwerke auch im Gesundheitswesen aktuell sind: Versorgungsnetze, koordinierte Netzwerke, Spitalnetzwerke. Das Wort Netz ersetzt die früheren Begriffe System und Struktur, mit der zusätzlichen Dimension des Informationsflusses, der Komplementarität, des Vertrauensverhältnisses, der Koordinierung. Der Informationsaustausch im Netzwerk soll die sogenannten «Netzeffekte» hervorbringen. Man könnte deshalb versucht sein, im Begriff «Netz» das Paradigma des 21. Jahrhunderts zu sehen, eine Patentlösung, um in einer angespannten Budgetsituation neue Ressourcen freizusetzen. Ist dem auch wirklich so?

Die Frage ist in Wirklichkeit komplizierter: Sind Lösungen, die sich im Güter- und Dienstleistungssektor bewährt haben, auch für soziale Dienstleistungen geeignet? Lässt sich die Produktivität von Spitälern steigern wie die von Unternehmen, ohne dass die Qualität der Leistungen darunter leidet? Damit stellt sich auch die Frage nach dem Ziel öffentlicher und privater Netzwerke: Verbesserung der Leistung, der Produktivität, der Qualität...

Je nach Sinn und Zweck des Netzwerkes sind jeweils andere Ergebnisse zu erwarten. Eine Vernetzung kann Orte und Menschen verbinden, verstreute Einheiten zu einem gemeinsamen Dienst bündeln, raumplanerische Wirkungen entfalten, Abläufe steuern und koordinieren.

Zwischen Flexibilität und Formalismus entfaltet sich eine Vielfalt von Gesundheitsnetzwerken in der Schweiz. Man muss sich deshalb fragen, aus welchen Gründen diese Netzwerke entstanden sind und nach welchen Kriterien sie organisatorisch aufgebaut wurden. Sind solche Netzwerke oft nicht bloss Vorwand zur Legitimierung berufsständischer Interessen, die sich ein «modernes» Erscheinungsbild geben wollen? Sollen damit wirklich die Gesundheitskosten gesenkt und die Qualität erhöht werden? Oder handelt es sich um neue Marketing-Argumente zugunsten bestimmter Zweige des Gesundheitswesens? Solche und ähnliche Fragen bringen Licht in die Zusammenhänge der Netzwerkbildungen, ihrer Organisation und ihrer Evaluation.

#### **Die Gesundheitsnetzwerke: Definitionen**

- Gesundheitsnetzwerk: Netzwerk mit einer begrenzten Auswahl von Leistungserbringern (Art. 41, Abs. 4 KVG) und koordinierten Leistungen, um Ausgaben, Leistungsqualität sowie Rechte und Pflichten der Gesundheitsberufe und der Patienten besser zu kontrollieren.
- Managed Care: Konzept zur Optimierung der Krankenpflege und zur Minimierung der Kosten durch Vermeidung unnötiger Leistungen.
- Health Maintenance Organization (HMO): Gruppenmedizinisches System, das seine Teilnehmer medizinisch versorgt oder von Drittfachleuten im Rahmen von PPO oder anderen Verträgen versorgen lässt. Die Ärzte sind Angestellte des Systems.
- Preferred Provider Organization (PPO): Organisation von Gesundheitsberufen, die zu einem Vorzugstarif arbeiten.
- «Hausarzt»-Gesundheitsnetzwerk: Netzwerk mit Vertragsärzten und «Gatekeeper»-Prinzip, um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu sichern. Die Ärzte werden nach Leistung oder nach Capitation bezahlt.
- «Gatekeeper»: erstberatender Arzt, der über fachärztliche Weiterbehandlung und Pflege entscheidet.
- Capitation: Leistungserbringer oder Institution(en) verfügen über einen bestimmten Betrag je Versicherten, um alle Rechnungen (ärztliche Behandlung, Pflegepersonal, Medikamente) zu bezahlen und die medizinische Betreuung zu optimieren. Die Leistungserbringer sind für die Versorgung des Patienten finanziell verantwortlich.
- Evidence Based Medicine oder faktische Medizin: wissenschaftlicher Nachweis der Wirksamkeit der medizinischen Massnahmen (Diagnose, Behandlung, Nachkontrolle, Prävention).

## **Die Ziele der Einrichtung von Gesundheitsnetzwerken in der Schweiz**

### **Die Anreize für Managed Care**

Häufig werden als Gründe für die Bildung von Gesundheitsnetzwerken wirtschaftliche oder Budgetziele genannt. Mit dieser engen Sichtweise sollen hauptsächlich die Gesundheitskosten im Zusammenhang mit freiem Wettbewerb oder der Sozialpolitik durch vereinfachte Strukturen und Abläufe gesenkt werden. Im Rahmen der Koordination, welche sogenannte «Netzeffekte» ermöglicht, wird das Sparziel mit Qualität ergänzt. Manchmal sind es auch berufsständische Anliegen, die gewahrt werden sollen. Mit dem Managed-Care-Konzept im Zentrum des Interesses wird wie folgt argumentiert: Es wird zuviel bezahlt, zuviel gemacht und schlecht gearbeitet. Folgerichtig müssen die Abläufe verbessert werden, um ein günstigeres Verhältnis zwischen Aufwand und Resultat zu erreichen. Umfragen haben gezeigt, dass unter dem Motto «eine vernünftige Medizin für vernünftige Patienten» der Grund beispielsweise für den Beitritt zu einem HMO-System häufig im Prämienrabatt liegt. Im Vordergrund stehen eindeutig zweckmässige Überlegungen, während soziale Gesichtspunkte als zweitrangig betrachtet oder ignoriert werden.

Es ist deshalb unerlässlich bei jeder Netzbildung die Anreize und Ziele genau festzulegen, auch wenn sich die Netzwerke in der Schweiz noch nicht durchgesetzt haben. 1999 nutzten nur etwa 7% der Bevölkerung das Angebot von HMO's oder Netzwerken, weil es an echten Anreizen fehlte. In bestimmten Regionen, wo solche Angebote zur Verfügung stehen, erreichten die Mitgliederzahlen allerdings bis zu 20%. Zudem ist auf die Gefahren funktionalistischer Netzwerke hinzuweisen. Risiken liegen in einer Zwei-Klassen-Medizin mit Netzwerken für die Grunddeckung, bei denen nur Basisleistungen und -medikamente gedeckt sind, oder in Netzwerke, die ausschliesslich gute Risiken anziehen, was dem vom Gesetzgeber gewollten Solidaritätsgedanken widerspricht und auch nicht der Erhöhung des Qualitätsniveaus dient.

Mit der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung vom 1. Januar 1990 ermöglichen die Bundesbehörden den Krankenkassen, Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl von Leistungserbringern im Rahmen «besonderer Versicherungsformen» zu entwickeln. Auch wenn die während der Versuchsphase vorgesehene Evaluation 1994 noch nicht abgeschlossen war, wurde diese Möglichkeit im neuen Gesetz über die Krankenversicherung (KVG), das am 1. Januar 1996 in Kraft trat, beibehalten. Der Gesetzgeber will die Einrichtung von Gesundheitsnetzwerken offensichtlich fördern, doch schlagen die Bundesbehörden keine klaren Anreize und auch keine genauen Rahmenbedingungen (z.B. bezüglich eines Evaluationsmodus) für diese neue Form der Kooperation und Koordination im Gesundheitswesen vor.

Obwohl die Positionen weniger radikal als vor zehn Jahren sind, bestehen bei Ärzten und Versicherten nach wie vor Vorbehalte, die sich hemmend auf die Bildung von Netzwerken auswirken. Qualitätsabbau, rein wirtschaftliches Denken, mangelnde Flexibilität, fehlende Wahlmöglichkeiten und Rationierung sind die häufigsten Stichwörter in der Diskussion um die Gesundheitsnetzwerke. Diese weiterhin wirksamen Vorbehalte bestimmen das Denken von Patienten, die regelmässig von der Gesundheitsversorgung Gebrauch machen. Sie sehen in finanziellen Vorteilen keinen genügenden Ausgleich für die

Einschränkung der Wahlfreiheit. Von qualitativen Vorteilen der Netzwerke scheinen breite Kreise der Bevölkerung nicht wirklich überzeugt zu sein.

#### **Netzwerke im Vormarsch?** (Daten 1999)

- 520 000 Mitglieder zählen die Gesundheitsnetzwerke in der Schweiz
- das sind 7,2% der Bevölkerung
- davon 98 500 in 28 HMO's (plus diejenigen der Swica)
- und 351 000 in 50 «Hausarzt»-Netzwerken
- die Mitgliederzahl der Netzwerke hat sich zwischen 1994 und 1999 um das 21-Fache erhöht

### **Organisationsformen**

Teils flexibel, teils zu echten Gesellschaften mit Gewinnstreben strukturiert, zeigen die Netzwerke in der Schweiz unterschiedliche Organisationsformen, die sich oft an nordamerikanische Vorbilder anlehnen. Von der komplementären Ergänzung der Kompetenzen der Partner, die neue Erfahrungen suchen (Qualitätszirkel, spezifische Netzwerke) bis zur Einrichtung wirtschaftlich motivierter Netzwerke durch Verwaltungen oder Betriebsgesellschaften, welche an neue Marketing-Praktiken angepassten Mikrosystemen entsprechen. Solche Netzwerke werden, ganz im Gegensatz zu den von den Patienten oder den Akteuren des Gesundheitswesens «von unten» aufgebauten Netzwerken, «von oben» bestimmt.

Die Organisationsformen hängen oft vom Finanzierungsmodus ab, denn jedes Netzwerk generiert seine Betriebskosten. Auch hier gibt es die verschiedensten Lösungen: Gemeinnützigkeit, Genossenschaft, Angestellte, Aktionäre mit finanzieller Beteiligung der Akteure des Gesundheitswesens, auch der Patienten, wenn nicht sogar von Banken. In einigen Fällen werden die Patienten als Aktionäre über die Erträge der Netzwerke informiert, wie die Ärzte in den Capitation-Systemen. Manchmal wird aber auch die finanzielle, soziale und öffentliche Rolle in den Vordergrund gestellt, um die breite Abstützung der Netzwerke zu betonen.

### **Funktionsweise**

Auch die Funktionsweisen unterscheiden sich je nach den Beziehungen zwischen den Akteuren des Gesundheitswesens wie auch zwischen ihnen und den Patienten. Zentrales Anliegen ist oft die Information: Information der Patienten zur Förderung der Eigenverantwortung der Akteure und der Patienten, elektronische Krankengeschichte. Manchmal sind die Kommunikationsstrukturen formalisiert, wie auch die Information über die Therapiewahl. Manchmal ist allerdings die Information über die Funktionsweise lückenhaft oder gar inexistent.

Richtige Diagnose, gute Nutzung, Guidelines und gute Behandlungstreue<sup>1</sup> werden bei Netzwerken oft in den Vordergrund gerückt. Schlüssige Ergebnisse liegen jedoch wegen mangelnder Daten und betrieblicher Unsicherheiten noch nicht vor. Genannt werden Kostenbeeinflussungen von +3% bis -28% je nach Netzwerk. 10 000 Franken sollen jährlich pro Arzt für Medikamente in Qualitätszirkeln mit Ärzten und Apothekern weniger ausgegeben werden, allerdings mit einer Abflachung des «Zirkeffekts» nach zwei Jahren. Man spricht auch von schrittweisem Ausbau im Lichte der Erfolge. Zu den Gewinnern gehören nach Analysen der Arbeitsgruppe jene Netzwerke, die das vom gegenseitigen Vertrauen der Partner profitieren, die direkt in die Abläufe der Behandlungskette eingreifen oder die flexibel und kleineren Umfangs sind und genau umrissene Ziele verfolgen.

## **Die Evaluation der Netzwerke**

Die bisher selten realisierte Evaluation untersucht meist strukturelle und nur selten ergebnisbezogene Aspekte («outcomes»). Aktuell noch mangelhafte Gesundheitsstatistiken, welche keine Vergleiche ermöglichen, und eine verwirrende Informationsfülle machen die Evaluation ohnehin schwierig. Die Langzeitevaluation der Behandlungserfolge im Gesundheitswesen ist alles andere als systematisch. Was die Patientenzufriedenheit betrifft, stellt sich die Frage, inwiefern sie als Kriterium den Anforderungen einer Evaluation genügt.

Wie soll man also die Wirksamkeit von Netzwerken beurteilen und zu einer Bewertung kommen? Der Grad der Zielerreichung lässt sich nur beurteilen, wenn die Ziele klar festgelegt sind. Gefragt werden muss auch nach der Verwaltung der Netzwerke, ihrer Steuerung und ihrer Fremdevaluation, um eine verantwortungsbewusste Haltung zu entwickeln und die Beurteilung nicht allein auf wirtschaftliche Überlegungen abzustellen. Was ebenfalls fehlt, ist eine systematische Langzeitevaluation der einzelnen Netzwerktypen nach klaren Zielen wirtschaftlicher, finanzieller, administrativer und sozialer Art und dem dabei erzielten Erfolg.

---

<sup>1</sup>Compliance, Befolgung der verschriebenen Behandlung

# **Kriterien für eine Evaluation der ambulanten Gesundheitsnetzwerke**

## **Eine beschreibende Evaluation**

Nur eine Gesamtbetrachtung kann den verschiedenen Aspekten Organisation, Betrieb, Leistung und Evaluation der Netzwerke gerecht werden, wie die Tabelle «Die Hauptziele der Gesundheitsnetzwerke» zeigt. *Forum 2005 Santé–Gesundheit* stellt die Behandlungsqualität in den Mittelpunkt und bietet damit einen theoretischen Rahmen an, mit dem die verschiedensten Projekte sachgerecht beurteilt werden können.

### **Die Hauptziele der Gesundheitsnetzwerke:**

- Bessere Koordinierung der Behandlungskette für die Patienten
- Organisation der Leistungserbringer, um die Kontinuität, die Sicherheit und die Qualität der Versorgung sicherzustellen
- Koordinierte Organisation der Gesundheitsdienste im Sinne der Komplementarität, die ein optimales Leistungsangebot und eine wirksame Kostenkontrolle gewährleistet

In einem ersten Schritt schlagen wir eine beschreibende Analyse der Netzwerke nach den «Evaluationsprinzipien für Gesundheitsnetzwerke» (ANAES 1999) vor. Zu fragen ist für die einzelnen Netzwerke:

- nach Ziel und Zweck: Tätigkeitsbereich (eine oder mehrere Pathologien, Bevölkerungsgruppen mit bestimmten Bedürfnissen, z.B. ältere Menschen), Gesamtbevölkerung, bestimmte Leistungen (z.B. Notfälle)
- nach den operativen Zielen (Effizienz, Wirtschaftlichkeit, Qualität)
- nach den Leistungsträgern und Partnern des Netzwerkes
- nach den Organisationsformen:
  - eingeschränkte oder uneingeschränkte Mitwirkung der Gesundheitsberufe (offenes oder geschlossenes Netzwerk, Beitritt zu einer Charta)
  - Beitrittsbedingungen für die Patienten: exklusive Betreuung durch das Netzwerk, nicht exklusive Betreuung, loses Beitrittsverfahren
  - Koordinierung, Kompetenzen und Aufgabenverteilung zwischen internen und externen Akteuren
- Informationsfluss
- Finanzierung der Tätigkeiten
- Kriterien der qualitativen Bewertung eines Netzwerkes
- Kriterien der wirtschaftlichen Bewertung eines Netzwerkes



## Qualitative Evaluation

In einem zweiten Schritt folgt eine qualitative Evaluation, die sich im wesentlichen auf die gesundheitspolitischen Empfehlungen der Gruppe *Forum 2005 Santé–Gesundheit* stützt.

1. Prävention und Gesundheitserziehung fördern
2. Verantwortungsbewusstsein der Menschen und Gesundheitspflege fördern
3. Gesundheitsinformation<sup>2</sup> verbessern
4. Transparenz der Gesundheitsindikatoren, auch bei Preisen und Löhnen, fördern
5. «Best practice» Empfehlungen für die Akteure des Gesundheitswesens ausarbeiten
6. Ärztliche Richtlinien und Qualitätsstandards für die wirksame Anwendung der Therapien ausarbeiten
7. Infrastrukturen des Gesundheitswesens und Ergebnisse der ärztlichen Leistungen evaluieren

## Allgemeine Kriterien

Schliesslich wollen wir auch wissen, ob die Netzwerke folgende allgemeine Kriterien erfüllen:

1. Nachhaltige Entwicklung des Gesundheitswesens
2. Kreativität und Innovation im Gesundheitswesen
3. Respekt für die Nächste / den Nächsten
4. Solidarität und Gerechtigkeit

Nach diesen Empfehlungen und Kriterien der Gruppe *Forum 2005 Santé–Gesundheit*, die ihre theoretischen Überlegungen auf real existierende Netzwerke anwenden will, lässt sich deren Leistungsfähigkeit evaluieren. Jedes Netzwerk wird nach diesen genannten Kriterien durchleuchtet und anhand eines Bewertungsrasters, das den sieben Empfehlungen und vier Kriterien jeweils die entsprechende Note zuordnet, positiv oder negativ gewertet. Es handelt sich vorläufig noch um einen Modellentwurf, der noch validiert werden muss und z.B. durch eine differenzierte Gewichtung der Kriterien verfeinert werden kann.

---

<sup>2</sup>Kontrolle von Form und Inhalt der Information, vor allem der Werbung, der Packungsbeilagen von Medikamenten und der «best practice» Empfehlungen

## Ein Bewertungsraster

Evaluation von Netzwerk A							
Empfehlungen							
1. Prävention und Erziehung	+++	++	+	=	-	--	---
2. Verantwortungsbewusstsein	+++	++	+	=	-	--	---
3. Gesundheitsinformation	+++	++	+	=	-	--	---
4. Transparenz	+++	++	+	=	-	--	---
5. «Best practice»	+++	++	+	=	-	--	---
6. Richtlinien, Standards	+++	++	+	=	-	--	---
7. Evaluation Infrastruktur und Erfolg	+++	++	+	=	-	--	---
<b>Empfehlungen: Bilanz</b>	x positiv				x negativ		

Allgemeine Kriterien							
1. Entwicklung Gesundheitswesen	+++	++	+	=	-	--	---
2. Kreativität, Innovation	+++	++	+	=	-	--	---
3. Respekt für die anderen	+++	++	+	=	-	--	---
4. Solidarität, Gerechtigkeit	+++	++	+	=	-	--	---
<b>Allgemeine Kriterien: Bilanz</b>	x positiv				x negativ		

## **Heraus aus der Sackgasse**

### **Welche Netzwerke braucht die Schweiz?**

Sollen in der Schweiz Gesundheitsnetzwerke entwickelt werden, und wie müssten sie aussehen? Netzwerke, die möglichst viele Grundforderungen wie Qualität, Solidarität und echte Koordinierung des Versorgungssystems erfüllen, oder Netzwerke mit vorwiegend finanzieller Zielsetzung? Will die Schweiz Netzwerke wie in den USA, wo es keine Sozialversicherung gibt, oder doch eher Netzwerke, die den schweizerischen Verhältnissen und Erwartungen angepasst sind?

Aus Sicht der Gruppe *Forum 2005 Santé–Gesundheit* lassen der vorläufig noch geringe Publikumserfolg der Netzwerke in der Schweiz, die unklaren Evaluationen und der Einfluss berufsständischer Interessen es notwendig erscheinen, den Risiken kommerzieller Auswüchse und eines Zwei-Klassen-Systems vorzubeugen.

Das Netzwerk darf weder rein finanziell noch ausschliesslich auf eine einzige Kundengruppe ausgerichtet sein. Das Modell muss umfassend und sozial sein, muss Qualität (der Strukturen, Verfahren und Ergebnisse) und Solidarität gleichermaßen integrieren. Der Ansatz muss systemisch sein und alle Akteure des Gesundheitswesens einbeziehen.

Das schweizerische Gesundheitswesen, im Spannungsfeld zwischen Liberalismus, Wettbewerb und staatlicher Lenkung, bietet interessante, in Europa einmalige Möglichkeiten für alternative Krankenversicherungsmodelle und Mikroversorgungssysteme (nach dem Prinzip der freiwilligen Selbstbeschränkung). Der Einsatz lokaler Akteure schafft die Grundlagen für Initiativen auf kantonaler, regionaler oder Bundesebene. Dadurch entsteht ein Experimentierfeld, das beobachtet werden muss und dessen systematische Evaluation Zeit und Geld kostet. So könnte mit der gebotenen Distanz eine Charta – oder ein Katalog der wesentlichen Voraussetzungen – für die Schaffung von medizinischen Versorgungsnetzen ausgearbeitet werden.

### **Vorschläge**

- **Das Gesundheitsnetzwerk wird sich durchsetzen**, als notwendige Reaktion auf die neuen Erwartungen der Patienten und der Gesundheitsberufe, auf die integrierte Entwicklung der medizinischen Technologie, der Informationskanäle und der neuen Management-Methoden mit dem Ziel der Kostendämpfung. Das Gesundheitsnetzwerk entspricht einer Änderung der Mentalitäten und der Betreuungssysteme, die immer mehr den Patienten in den Mittelpunkt stellen, im Sinne eines Kontinuums der Versorgung. Verschiedene Beispiele zeigen heute die Vorteile einer koordinierten Versorgung im Rahmen der 1996 durch das neue KVG gesetzten Vorgaben, d.h. der vier Leitprinzipien für die Praxis: Qualität, Wirtschaftlichkeit, Solidarität und Gerechtigkeit. Damit dienen die Netzwerke auch den Rationalisierungszielen. Ausserdem entsprechen sie dem vom Gesetzgeber gewollten Gedanken des Wettbewerbs zwischen den Leistungserbringern.
- **Die Vertreter der Gesundheitsberufe müssen sich auf diese Entwicklung einstellen und die Initiative ergreifen.** Das Netzwerkkonzept bedeutet ein tiefgreifendes Umdenken. Die heutige Schulmedizin beruht auf dem freiberuflichen

Modell. Die Arbeit im Netzwerk stellt dieses Modell in Frage, erfordert Lernprozesse, persönlichen Einsatz und die Anerkennung der Komplementarität aller Gesundheitsberufe. Die Partner des Gesundheitssystems können durch den Aufbau von Netzwerken ihre beruflichen Wunschvorstellungen im Rahmen einer Zweckgemeinschaft verwirklichen anstatt fremdbestimmten Modellen zu folgen. Initiativen können auch von anderen Partnern des Gesundheitssystems ausgehen, wenn sie nicht vorwiegend auf kurzfristige Einsparungen abzielen.

- **Diese Entwicklung kann und muss allen Beteiligten zugute kommen: Patienten, Gesundheitsberufen, öffentlichen und privaten Kostenträgern.** Ein gut geführtes Netzwerk ermöglicht im Gegensatz zum bisherigen System der kleinteiligen Aufsplitterung eine optimale, noch effizientere Versorgung. Ein organisiertes Netzwerk bringt komparative Vorteile, die für die Patienten eine bessere Betreuung und eine gedämpfte Kostensteigerung bedeuten. Dies im Rahmen eines offenen Wettbewerbs, der auf die Qualität und die Natur des Angebots und nicht nur auf rein finanzielle Überlegungen ausgerichtet ist.

Den Gesundheitsberufen bringt das Netzwerk eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen, einen besseren Kompetenz- und Informationsaustausch und Synergien, welche die Herausforderungen der neuen medizinischen Techniken und Technologien besser bewältigen lassen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit erleichtert auch das Management des Behandlungsrisikos (Ärzte, Pflegepersonal, Medikamente). Versicherer und Gesundheitsbehörden profitieren von der Rationalisierung der Behandlungsmöglichkeiten und der Verwaltung sowie von der Anwendung des Wirtschaftlichkeitsgebots.

Dieses letztere Kriterium bedeutet die jeweils kostengünstigste Lösung für eine bestimmte Behandlung, ein optimales Kosten–Nutzen–Verhältnis und nicht einfach die billigste Behandlungsmethode.

- **Zwei Faktoren entscheiden über den Erfolg der Netzwerke: die Träger der Initiative und das Netzwerkkonzept**

**Der richtige Träger:** ein oder mehrere Ärzte oder andere Gesundheitsberufe in Verbindung mit den Leistungserbringern, den Versicherern und der Wirtschaft. Der Initiator des Netzwerkes entwirft ein Projekt; er formuliert sein Angebot klar unter Angabe aller Dienstleistungen. Er arbeitet mit anderen Gesundheitsberufen zusammen, die ihre Leistungen nach gemeinsamen Vorgaben optimieren und eine «therapeutische Allianz» bilden. Ein solches Netzwerk überzeugt auch Geldgeber und führt zu befriedigenden Lösungen der Kostenübernahme.

**Das richtige Konzept:** Es beruht auf der freiwilligen Zusammenarbeit der Akteure und nicht auf einer behördlichen Verfügung. Angelpunkt kann ein Allgemeinmediziner, eine spezifische Pathologie (disease management) oder eine bestimmte Kompetenz sein. Das Netzwerk muss funktionieren können, ohne übermäßige Betriebskosten zu verursachen.

Solche Netzwerke umfassen nur einen Teil der Leistungserbringer in einem bestimmten Gebiet, das aber über die Kantonsgrenzen hinausreichen kann. Sie fördern den Qualitätswettbewerb zwischen den (kollektiven oder individuellen)

Leistungserbringern und die Differenzierung der Leistungen. Die Netzwerke sind durchlässig: Die Gesundheitsberufe können verschiedenen Netzwerken angehören, vor allem auch ideellen Netzwerken wie «Kommunikationsgruppen», die durch den Austausch spezifischer Kompetenzen Unterstützung bieten.

Das Konzept fördert den Pluralismus der Netzwerke, die um unterschiedliche Positionierungen gebildet werden (bestimmte Bevölkerungsgruppen, bestimmte Pathologien). Auch der Integrationsgrad kann sich unterscheiden, von der Koordinierung freiberuflicher Ärzte bis zum Beitritt zu einer Zweckgemeinschaft mit verbindlichen Auflagen. Auf keinen Fall dürfen Netzwerke lediglich als Verkaufsargument dienen oder das Behandlungsangebot systematisch einschränken.

Das Netzwerk fördert die Partnerschaft zwischen Gesundheitsberufen und Patienten, engagiert sich für Prävention und bietet den Patienten Information und Unterstützung, damit sie bei der Wahl der Behandlungsmöglichkeiten mitentscheiden können. Der Patient erhält im Netzwerk ein kohärentes und koordiniertes Leistungsangebot. Die Vertraulichkeit seiner persönlichen Daten ist gewährleistet. Die elektronisch gespeicherten Unterlagen können nur von den Vertretern der Gesundheitsberufe und vom Patienten selbst eingesehen werden.

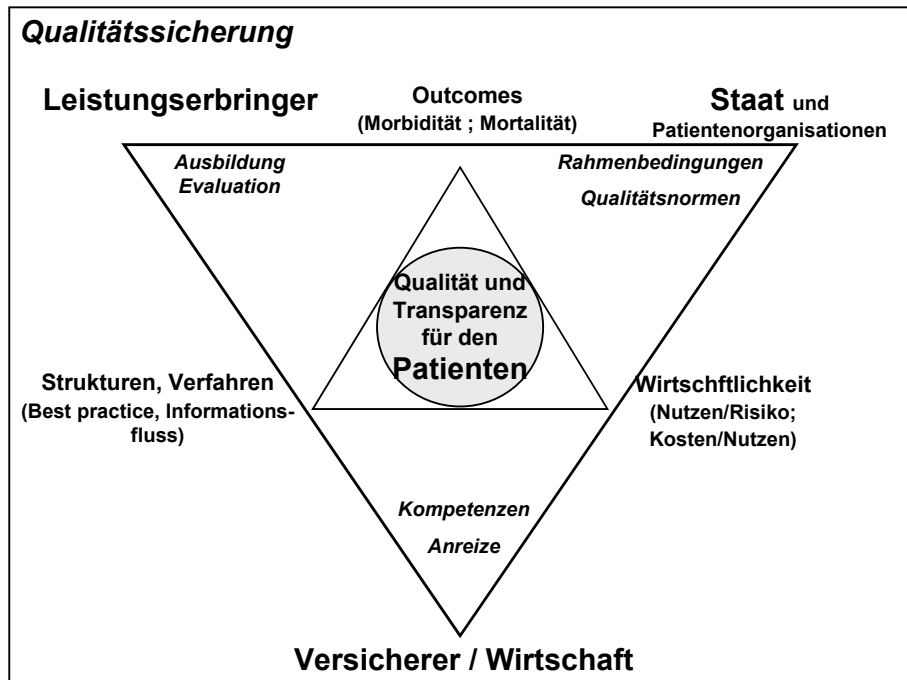
- **Drei Gruppen von Akteuren des Gesundheitssystems können Anreize für die Schaffung von Netzwerken bieten**

**Die Versicherer** können als Katalysatoren und Begleiter der Netzwerke wirken und ihre Ausrichtung bestimmen. Netzwerkbildung, Ausarbeitung interner Arbeitsabläufe und institutionelle Anerkennung für den Zugang zur Finanzierung stellen ein Know-how dar, das den Organisatoren des Netzwerkes zur Verfügung gestellt werden muss. Die Versicherer können mithelfen bei der Schaffung von Finanzierungsstrukturen, Vergütungsmodellen und kreativen partnerschaftlichen Kontrollsystemen für einen optimalen Einsatz der Ressourcen, um damit zur Dämpfung der Gesundheitskosten beizutragen.

**Die Pharmaindustrie** verfügt über spezifische Kenntnisse im Disease Management und in der globalen Krankheitsbekämpfung. Sie kann Unterstützung bei der Ausarbeitung von Qualitätsnormen für die Verwendung von Medikamenten und Apparaturen (medical devices) leisten. Generell kann die Pharmaindustrie ihre Kenntnisse auf dem Gebiet der Informationsverarbeitung und der Kommunikation den Gesundheitsberufen zur Verfügung stellen und damit den Einsatz von Ressourcen wie Medikamente optimieren. Um ihre volle Wirkung entfalten zu können, müssen die Gesundheitsnetzwerke alle modernen technischen Möglichkeiten auf dem Gebiet der Ausbildung, der Organisation, der Informatik, der Kommunikation, des Management und der Mitbestimmung nutzen können. Diese Leistung der Industrie muss berücksichtigt und durch eine neue Kalkulationsmethode des «ex factory» Preises vergütet werden, die nicht nur auf die Absatzmengen, sondern auch auf die Folgeleistungen abstellt.

**Der Staat** spielt ebenfalls eine wesentliche Rolle, denn er schafft politische Anreize und Rahmenbedingungen, z.B. die Preisgestaltung bei Leistungen und Produkten, um damit den Akteuren eine konstruktive Diskussion über Netzwerkgründungen und ihre Ziele zu ermöglichen. Die Gesundheitsbehörden sollten auch Verfahren der

Qualitätskontrolle vorschlagen und ein Zulassungssystem einrichten, das unter staatlicher Kontrolle privatwirtschaftlich geführt wird. Der Staat kann Kontrollstellen im ganzen Land einrichten, damit die Gesundheitsdienste regional arbeiten können, ohne sich an die Kantongrenzen halten zu müssen und ohne durch die Existenz von 26 unterschiedlichen Systemen behindert zu werden.



# **Eine Charta für Gesundheitsnetzwerke in der Schweiz**

## **Grundkriterien**

Die Grundsätze der Gesundheitsnetzwerke in der Schweiz sind im Sinne des KGV zu definieren. Massgebend sind vier Elemente: Qualität, Wirtschaftlichkeit, Solidarität und Gerechtigkeit. Ein Netzwerk, das nicht alle diese Kriterien erfüllt, entspricht weder den Forderungen des KGV noch den Grundsätzen des *Forums 2005 Santé–Gesundheit*.

Doch die Netzwerke sind so vielfältig – koordinierte Versorgung (HMO), integrierte Systeme (für Diabetiker, Asthmatiker), ökonomisch motivierte Netzwerke (Einkaufszentralen), Kompetenznetzwerke (Vereinigung von Fachärzten) –, dass diese Grundsätze in unterschiedlichem Grad erfüllt werden. Ein Kompetenznetzwerk ist eher ein Verband von Fachärzten oder eine Informationsstelle als ein vollständiges Gesundheitsnetzwerk. Ein ökonomisch motiviertes Netzwerk ist eher ein Unternehmen, das Mengenrabatte erzielen will als ein eigentliches Gesundheitsnetzwerk. **Für uns sind Gesundheitsnetzwerke im eigentlichen Sinne solche, die Gesundheitsberufe, Krankenversicherer, Industrie und Patienten zusammenbringen, um die Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsziele zu erreichen.** Sie entsprechen auch den Kriterien der ganzheitlichen Betrachtung der Krankheit und der therapeutischen Zusammenarbeit, um das Versorgungsangebot nachhaltig zu optimieren. Damit erfüllen sie auch die Wünsche und Erwartungen aller Partner des Systems.

Im Gegensatz dazu können diejenigen, die vor allem berufsständische Interessen wahren wollen oder rein wirtschaftliche oder finanzielle Überlegungen in den Vordergrund stellen, nicht als echte Gesundheitsnetzwerke betrachtet werden. Um solche Fehlentwicklungen zu vermeiden, schlägt die Gruppe *Forum 2005 Santé–Gesundheit* die Einrichtung echter Gesundheitsnetzwerke vor, die für die Zukunft des schweizerischen Gesundheitswesens notwendig sind. Sie müssen Grundkriterien ethischer und qualitativer Art erfüllen und auf Freiwilligkeit (und nicht auf staatlichem Zwang) basieren.

### **Ethisch:**

- sozialer Ansatz (Gerechtigkeit, Solidarität)
- therapeutische Allianz (Partnerschaften, freiwillige Zusammenarbeit)
- Mitbestimmung – Aufklärung des Patienten (Schulung, Information)
- Transparenz (Informationspool)
- Wahlfreiheit (Pluralismus der Netzwerke und des Angebots)

### **Qualitativ:**

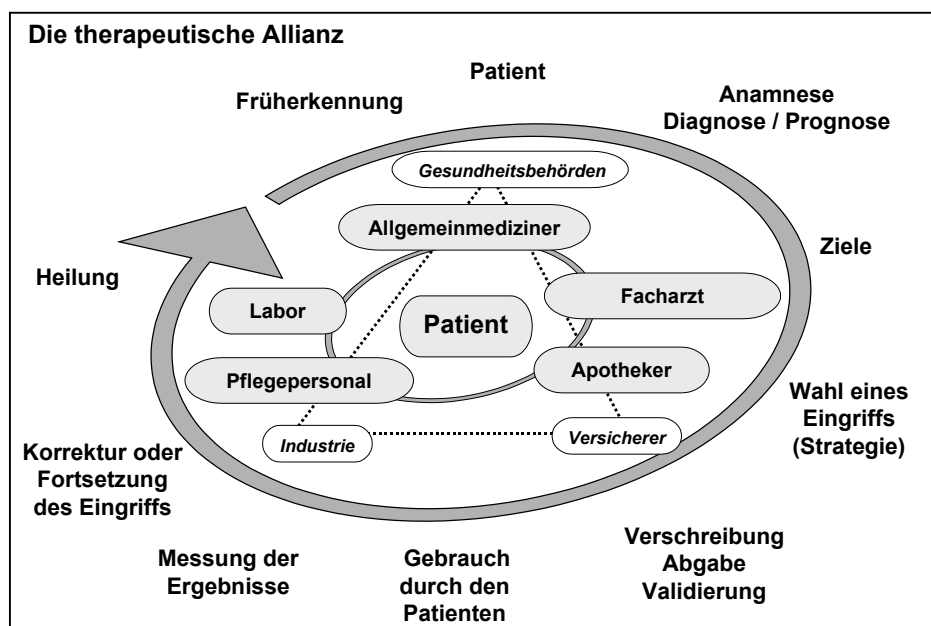
- Optimierung der Ressourcen, Kostendämpfung
- optimale Behandlung, Abwägung Nutzen/Risiko und Kosten/Nutzen
- Kompetenznetzwerke (Zusammenarbeits-Plattformen)
- ständige Verbesserung der Leistungsqualität (Strukturen, Verfahren, Ergebnisse und Zufriedenheit der Patienten)
- Fortbildung
- Patientenfreundlichkeit

Um diesen Anforderungskatalog zu erfüllen, müssen die administrativen und rechtlichen Voraussetzungen geschaffen werden:

- administrativer Unterbau und Netzwerk-Management (Struktur und Organisation)
- Versicherungsvertrag und Finanzierungsgrundlage

Inhaltlich sind verschiedene Partnerschaftsverträge denkbar, doch das Pflichtenheft, also auch die Ziele müssen genau umrissen sein, um evaluiert und anerkannt werden zu können. Evaluation und Kontrolle sind unentbehrlich für den Leistungsnachweis (diese Forderung steht auch im KVG), d.h. **Qualität und Wirtschaftlichkeit müssen im Rahmen von Solidarität und Gerechtigkeit nachhaltig gewährleistet sein.**

Die Optimierung der vorhandenen Grundlagen zum Aufbau der unentbehrlichen Gesundheitsnetzwerke von morgen ist möglich; dabei sind finanzielle Fehlentwicklungen zu vermeiden und Partikularinteressen zu unterbinden. Zu fördern sind hingegen Initiativen für eine bessere Koordinierung und Transparenz im Rahmen von Qualitätsnetzwerken, die für das Gesundheitswesen einen echten Mehrwert darstellen. Erfolgreich werden diejenigen Netzwerke sein, die diesen Zielen gerecht werden, während die anderen verschwinden werden, wie jüngste Beispiele verschiedener Gesundheitsnetzwerke in der Schweiz gezeigt haben. **Echte Netzwerke sind diejenigen, die die Leistungsqualität und die Koordinierung verbessern und einen wirtschaftlichen und sozialen Mehrwert erbringen.**





## Die neun Gebote für Gesundheitsnetzwerke

### **Ein Gesundheitsnetzwerk soll...**

#### **im Bezug auf die Organisation**

1. Auf der freiwilligen Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe beruhen; die Koordination zwischen den Leistungserbringern optimieren und die Versorgungskontinuität sicherstellen; vom Umfang her handhabbar sein;
2. Auf einer klaren Organisation beruhen; klar positioniert sein; die grösstmögliche Transparenz in Betrieb, Leistungen und Ergebnissen bieten;
3. Dem Wettbewerb verpflichtet sein (keine Monopolstellungen); dem Patienten die Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Möglichkeiten im Rahmen der gesundheitspolitischen Ziele des Staats lassen.

#### **im Bezug auf die Qualität**

4. Die Versorgung verbessern, eine optimale Behandlung sicherstellen, eine laufende Qualitätsverbesserung gewährleisten;
5. Die Partnerschaft zwischen Gesundheitsberufen und Patienten fördern; dem Patienten helfen, sich zu informieren und eine freie Wahl zu treffen;
6. Die Patienten zur Prävention anhalten; die Weiterbildung seiner Mitglieder fördern.

#### **im Bezug auf das Verfahren**

7. Die Nutzung der Ressourcen optimieren; durch Effizienz ökonomische Vorteile erzielen;
8. Bewährte Management-Tools für die interne und externe Koordination einsetzen (Statistik und Versorgungskontinuität); die modernsten Verfahren des Datenschutzes anwenden (die den individuellen Bedürfnissen der Patienten angepasst werden können);
9. Systematische Auswertung der Ergebnisse; Investoren, Politiker und Versicherer durch die Qualität seiner Ergebnisse (Behandlungserfolg) überzeugen.

## **Runder Tisch und Diskussion<sup>1</sup>**

### **Idealismus oder echter Gedankenaustausch?**

Sind diese Vorschläge, die die interdisziplinäre Arbeitsgruppe Forum 2005 Santé–Gesundheit den Fachleuten und Teilnehmern der Tagung vom 11. Januar 2001 in Les Diablerets vorgestellt hat, idealistisch? Die Charta beruht zweifellos auf einer vorbildlichen Philosophie, wie es Frau Marie-Laure Béguin ausdrückte. Die Arbeitsgruppe hatte nie den Anspruch, dass die Charta Antworten auf alle Fragen bietet, die sich bei der Schaffung qualitativ hochstehender Gesundheitsnetzwerke stellen: Kultur der Akteure, Ausbildung, Steuerungsmassnahmen, Technologie, politische Strategie usw. Das Ziel der Vorschläge ist nicht, den Benutzern von Gesundheitsnetzwerken ein praktisches Handbuch zu liefern, sondern die Diskussion über diejenigen Qualitätsmerkmale zu lancieren, die die Interessenwahrung für Patienten und öffentliches Gesundheitswesen garantieren, um so die medizinische Versorgung nachhaltig zu verbessern.

Dr. Carlo Malaguerra wies darauf hin, dass das Gesundheitswesen Ideale braucht, damit in einem Umfeld, das aktuellerweise insgesamt nur auf konjunkturelle Einflüsse reagiert, eine Vision entwickelt und eine Diskussionsgrundlage geschaffen werden kann. Dabei muss beachtet werden, dass Gesundheitsnetzwerke zwar „in“ sind, gewisse Formen aber, die nur auf Gewinn aus sind, das Risiko eines Qualitätsverlusts im Gesundheitswesen in sich tragen. Die Netzwerke sind nicht an und für sich der Weisheit letzter Schluss. Darum braucht ihre Entwicklung in der Schweiz einen Rahmen. Dessen Bedingungen müssen denn auch vordringlich geklärt werden. Professor Michel Huard teilt sie in drei Klassen ein, die sich um die Kernbegriffe Komplementarität und Koordination gruppieren:

Die technischen Rahmenbedingungen (Apparate, Mittel, Finanzen, Bildung usw.) sprechen besonders die Kommunikation an. Die Koordination, die den Netzwerken zu Grunde liegt, ist eine neuartige Tätigkeit für das Gesundheitssystem, sie ist in erster Linie eine Kommunikationstätigkeit, die entsprechende Werkzeuge und Ausbildung erfordert.

Die sozialen Rahmenbedingungen (politische Strategien und Anreize) sind zentral, damit die Akteure ermutigt werden, ihre Denk-, Organisations- und Handlungsweisen zu verändern. Der Verlust an Entscheidungsfreiheit, der mit der neuen Struktur einhergeht, muss durch neue Vorteile kompensiert werden. Dies sind in erster Linie der Austausch von Fachkenntnissen und die Förderung der praktischen Kompetenzen.

Mit den kulturellen Rahmenbedingungen, die wohl am Schwersten zu schaffen sind, sind die Vorstellungen gemeint, die die Akteure von ihrer beruflichen Realität haben. Jeder individuelle oder kollektive Akteur nimmt die Struktur, Organisation, Hierarchie und Prioritätensetzung seiner Arbeit und der ihr zugrundeliegenden Beziehungen auf seine

---

<sup>1</sup> Der runde Tisch wurde von Dr. Jean-Philippe Reymond, stellvertretendem Chefapotheker am Zentralinstitut der Walliser Spitäler und Mitglied von Forum 2005 Santé–Gesundheit geleitet. Es nahmen teil: Frau Marie-Laure Béguin, Juristin und Autorin von *Les réseaux de santé*, IGR Neuenburg, Dr. Yves Guisan, Arzt, Nationalrat und Vizepräsident der FMH, Prof. Pierre Huard, Institut für Wirtschaft und Gesundheitsmanagement, Universität Lausanne und Aix-Marseille, sowie Dr. Carlo Malaguerra, Direktor des Bundesamtes für Statistik.

eigene Art wahr. Das Gesundheitswesen kennt sehr alte Berufsgattungen, deren Kultur gefestigt ist. Dies kann das gegenseitige Verständnis und die Zusammenarbeit bisweilen schwierig gestalten. Um Vorstellungen zu verändern, braucht es die Konfrontation und den Austausch über die verschiedenen Wahrnehmungen und Vorstellungen der Akteure.

Ausbildung zur Koordination, Förderung von Arbeitsqualität und fachlichem Interesse, kulturelles Wachstum durch Meinungskonfrontation – dies sind drei Ansätze, für die sich Forum 2005 Santé–Gesundheit einsetzt. Es beteiligt sich gleichzeitig im Rahmen der Arbeitsgruppe und öffentlicher Tagungen an dieser Konfrontation. Solche Umwälzungen des Gesundheitswesens können jedoch in keiner Weise improvisiert werden. Hier tut mittel- und langfristige Grundlagenarbeit Not.

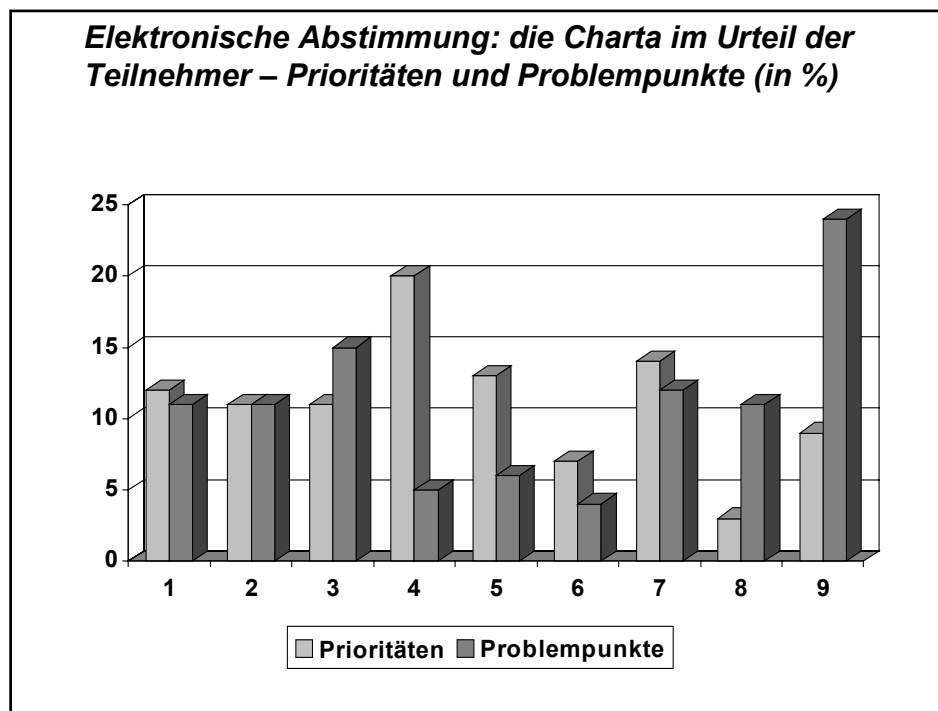
Dr. Yves Guisan wies darauf hin, dass die Neuorientierung der Mediziner Ausbildung, die wachsenden Anforderungen im Nach-Diplom-Studium und in der Weiterbildung zwar eine Qualitätsverbesserung mit sich bringen, besonders im wissenschaftlichen und technischen Bereich, dass aber die Ausbildung im äusserst wichtigen Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen noch weitgehend dem Einzelnen überlassen wird. Die Netzwerke verbinden wissenschaftliche, technische und menschliche Anforderungen in idealer Weise. Ihr optimales Funktionieren hängt davon ab, dass die Ausbildung in zwischenmenschlicher Beziehung und in Sozialkoordination in Zukunft in irgendeiner Art formalisiert wird.

## **Ein Informationssystem als Lenkungsmittel**

Ein wohl organisiertes Informationssystem ist neben einer angemessenen Ausbildung ein weiteres Schlüsselement für das gute Funktionieren des Gesundheitssystems. Forum 2005 Santé–Gesundheit drängt seit drei Jahren auf die Schaffung eines einheitlichen und transparenten Informationssystems, das Mittel und nicht Zweck sein soll, und unterstützt das Projekt zur Schaffung eines Gesundheitsobservatoriums. Dr. Carlo Malaguerra bedauert, dass in der Schweiz die Möglichkeit fehlt, politische und medizinische Entscheide zu fällen, die sich auf ein verlässliches und aussagekräftiges Informationssystem stützen. Das Misstrauen zwischen den Gesundheitspartnern, sowie zwischen Kantonen und Bund verzögert die Entwicklung einer gemeinsamen Informationsplattform als wirksames Lenkungsmittel für das Gesundheitssystem.

Ein offenes Informationssystem liegt jeder koordinierten Netzwerklösung als gemeinsame Kommunikationsebene der Akteure zu Grunde. Die neuen Informations- und Kommunikationstechnologien (NIKT), wie z.B. Gesundheitskarten und computerbasierte Patientendossiers, schaffen die technische Basis, um medizinische, administrative, soziologische, demographische und finanzielle Daten zu kombinieren und verfügbar zu machen. So können neue Informationen, besonders epidemiologischer Art, erzeugt werden, und für die koordinierte medizinische Praxis und die Auswertung der Ergebnisse entsteht so ein Referenzwerk. Deshalb plädiert Dr. Malaguerra dafür, dass die Charta neben dem Einsatz von Management-Tools (8.) und der systematischen Evaluation (9.) auch den Einsatz eines offenen Informationssystems mit vorgängig definierten Funktionsregeln verlangen sollte. Die Computerisierung des Gesundheitssystems bedingt eine Neugestaltung des Informationsflusses und der Arbeitsabläufe, die sich schlecht mit dem gegenwärtig vorherrschenden Individualismus verträgt.

Die zentrale Frage der Informationsvermittlung löst zahlreiche Reaktionen aus: Ein Teilnehmer, Professor Jean Paelinck, weist darauf hin, dass eine Information nur dann adäquat strukturiert und in nützlichem Wissen umgesetzt werden kann, wenn sie sich in ein Funktionsmodell des Systems einordnen lässt. Nur die Kombination von Modell und Information führt zu aussagekräftigen Auswertungen, mit denen das Angebot reguliert und eine Konkurrenzsituation geschaffen werden kann. Die unerlässliche Voraussetzung dieser Konkurrenz ist natürlich die Transparenz. Bei der elektronischen Abstimmung wurde sie denn auch von 75% der Teilnehmer als wesentliche Eigenschaft eines Netzwerkes qualifiziert. Andererseits wurde die Frage laut, weshalb sich diese Voraussetzung nur auf die Netzwerke beziehen sollte und nicht auf das gesamte Gesundheitssystem, wie das das Prinzip der Gleichbehandlung verlangt.



1. freiwillige Zusammenarbeit - Kontinuität der Pflege - überschaubare Grösse
2. klare Organisation - klare Positionierung - Transparenz
3. freier Wettbewerb - Wahlfreiheit des Patienten
4. Verbesserung der Pflege - optimale Behandlung - Qualitätssicherung
5. Partnerschaft zwischen Pflegepersonal und Patient - Information des Patienten
6. Prävention - Weiterbildung
7. Optimierung - Effizienz - wirtschaftliche Vorteile
8. bewährte Management-Werkzeuge - Koordination - Datenschutz
9. systematische Auswertung der Ergebnisse

## Gesundheitsnetzwerke – ein Muss<sup>2</sup>

Die Schwierigkeiten in der Europäischen Union und in der Schweiz sind gleicher Art: keine gemeinsame Strategie, verzettelte Verantwortlichkeiten und Kompetenzen in Gesundheitsfragen, keine zuverlässigen statistischen Daten. Gemäss Dr. Hans Stein ist in Europa der Wille zur Harmonisierung der Gesundheitspolitik kaum vorhanden. Gleichzeitig steuert der Gesundheitsmarkt, besonders im pharmazeutischen Bereich, auf eine immer grössere Integration zu. Es bestehen aber dennoch Bestrebungen für ein gemeinschaftliches Gesundheitsprogramm, dessen Ausarbeitung aber durch die Frage der finanziellen Verteilung verzögert wird.

Was die Schaffung koordinierter Pflegenetzwerke angeht, ist die Schweiz der Europäischen Union voraus, wie Professor Victor Rodwin bestätigt. Mehr als 7% der Bevölkerung sind einer „Managed Care“-Pflegestruktur angeschlossen, was beweist, dass das System bereits ein grosses Fassungsvermögen hat. Der Fachmann weist aber darauf hin, dass das Fehlen klar definierter Richtgrössen ein wesentliches Hindernis bei der Entwicklung der Netzwerke ist. Dennoch funktioniert das schweizerische Gesundheitssystem zufriedenstellend, zumindest was die medizinischen Ergebnisse angeht.

Professor Victor Rodwin zitiert fünf Voraussetzungen, die gemäss Bayard erfüllt sein müssen, damit die Netzwerke von Nutzen sind:

- Integration der Pflegetätigkeit in eine gemeinsame kommunikative Infrastruktur
- interaktiver Zugang zu wissenschaftlicher Information
- Berücksichtigung der Patientenwünsche
- Planung und Optimierung der Patientenkarriere
- besondere Aufmerksamkeit für Risikogruppen

Diese Zielsetzungen können nur dann erreicht werden, wenn die stationäre Pflege in die Netzwerke integriert wird, sei das in einem Krankenhaus mit allgemeiner Pflege oder in einer universitären Einrichtung. Die heute allzu oft bestehende Trennung zwischen ambulanter und stationärer Pflege muss einer integrierten Vorstellung der Behandlungskette weichen. Für Victor Rodwin kann das öffentliche Krankenhaus sehr wohl Urheber des Netzwerkes sein, ein Gedanke, den zahlreiche Tagungsteilnehmer teilen. Es muss auch aus finanziellen Gründen dazu gehören, da das bessere Finanzmanagement ein wichtiges Ziel der Netzwerke ist. Diese Kostensenkung beruht auf einer optimierten Gestaltung der Patientenkarriere und der medizinischen Betreuung, auf Kosteneinsparungen und auf einem Entschädigungsmodell nach dem Prinzip der Vorauszahlung (Capitation). Das Spannungsfeld zwischen Gesamtbudget und Capitation ist allen HMO's eigen.

Die Teilnehmer der Tagung kommen mehrheitlich zum Schluss, dass die Netzwerke auf einer freiwilligen Basis funktionieren müssen. Dies schliesst aber gewisse Sachzwänge

---

<sup>2</sup> Auszüge aus den zwei Hauptreferaten von Dr. Hans Stein, Verantwortlicher für internationale Angelegenheiten im Gesundheitsministerium in Berlin und Prof. Victor Rodwin, New York University

nicht aus – finanziell wie auch bezüglich der Zusammenarbeitsmodelle. Es wird vorgeschlagen, in einem weiteren Punkt der Charta zu bestimmen, dass Rechte und Pflichten der Netzwerke wie die Ziele und Ergebnisse klar und transparent sein müssen.

Insgesamt wurden somit drei neue Charta-Punkte vorgeschlagen: 1. Verwendung eines offenen Informationssystems; 2. Verwendung eines Funktionsmodells für das Informationssystem, damit ein wirksames Lenkungswerkzeug entstehen und die Evaluation auf Grund von signifikanten Daten erfolgen kann; 3. Definition der Rechte und Pflichten der Netzwerke, um sie ethischer zu gestalten und an die Anforderungen von Prävention und Pflege anzupassen.

## **Bibliographie.**

- ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) :** *Principes d'évaluation des réseaux de santé*, Paris, 1999
- Bailly A., Périat M. :** *Médecimétrie : une nouvelle approche de la santé*, Paris, Economica, 1995
- Béguin M.-L. :** *Les réseaux de santé*, Institut für Gesundheitsrecht, cahier n° 8, Neuenburg, 1999
- Béresniack A., Duru G. :** *Economie de la santé*, Paris, Economica, 1997
- Bonami M. et all. :** *Management des systèmes complexes : pensée systémique et intervention dans les organisations*, Bruxelles, De Boeck-Wesmael, 1993
- Brommels M. :** *Reforms and realities*, European health reform n° 7, 1998, S. 3.5
- Contandriopoulos A.-P. :** *Transformer le système de santé*, Ruptures, Vol. 3. Nr. 1, 1996, S. 10-17
- Curtis S., Taket A. :** *Health and societies : changing perspectives*, London , Arnold, 1996
- Denis J.-L. et all. :** *Organiser l'innovation, imaginer la contrôle dans le système de santé*, Ruptures, Vol. 4, Nr. 1, 1997, S. 96-114
- Dupuy G. :** *Systèmes, réseaux et territoires* , Paris, Presses de l'École nationale des ponts et chaussées, 1986;
- Dupuy G. :** *Réseaux : philosophie de l'organisation*, Paris, Encyclopædia Universalis, 1997
- Inzberg E. :** *The uncertain future of managed care*, N Engl J Med 1999 ; 340 (2) : 144 – 146
- EQUAM Stiftung :** *EQUAM HMO Standards*, Basel, 2000
- Lambert D.-C. :** *Les systèmes de santé*, Paris, Seuil, 2000
- Landon B. E., Epstein A. M. :** *Quality Management Practices in Medicaid Managed Care*, JAMA, 1999 ; 282 : 1769 . 1775
- Mélèse J. :** *Approche systémique des organisations*, Paris, Les Editions d'Organisation, 1990
- Minzberg H. :** *Managing government, governing management*, Harvard Business Review, May - June 1996, S. 75-83
- Moran T. :** *Upping the ante (How might stricter HMO solvency ...)*, Texas Medicine, 1999, Vol 95, Nr. 7 : 51 – 53
- Moran T. :** *Standing on a shaky ground* Texas Medicine, 1999, Vol 95, Nr. 5 : 32 – 34
- Müller M., Uedelhofen K. :** *New directions for an organised health care system in Germany*, European Management Journal, Vol. 15 Nr. 6, Dec. 1997, S. 667-676

**Probst G., Ulrich H. :** *Pensée globale et management : résoudre les problèmes complexes*, Paris, Les Editions d'Organisation, 1989

**Richard B. S., Figueras J. :** *European health care reform : analysis of current strategies*, Copenhagen : World Health Organization Regional Office for Europe, 1997

**Forum Santé 2000 :** *Une conception globale de la filière santé*, Genf: Sanofi-Synthélabo, 1999

**Forum Santé 2000 :** *La politique du médicament dans l'incertitude : vers une réflexion globale*, Genf: Sanofi-Synthélabo, 2000

<http://www.forum-sante-2000.ch/>

**Managed Care :** Zeitschrift und <http://www.medpoint.ch>

<http://www.anaes.fr/ANAES/> (Publikationen – Gesundheitswirtschaft)  
<http://www.comparis.ch/krankenkassen/fr/info/begriffe/versmodelle.asp>

<http://www.medix-hmo.ch/>  
<http://www.provita.ch>  
<http://www.sanacare.ch/>  
<http://www.wintimed.ch/>

<http://www.who.int/>  
<http://www.bsv.admin.ch/>  
<http://www.admin.ch/bag>  
<http://www.hin.ch/>  
<http://www.fmh.ch>  
<http://www.cams.ch/>