

### «Hospital at home» bei krebskranken Kindern in Deutschland

Die pädiatrisch-onkologische Abteilung der Charité Berlin, Campus Virchow-Klinikum, hat ein «Hospital at home»-Konzept entwickelt: Wenn das krebskranke Kind wegen eines schlechten Allgemeinzustands die Termine im Spital nicht mehr wahrnehmen kann, so übernehmen die vertrauten ÄrztInnen der Klinik die palliative Versorgung zu Hause. Die bereits aufgebauten tragfähigen Beziehungen zu den ÄrztInnen und PsychologInnen unterstützen so die Familie und das Kind in der Palliativbetreuung und während der Sterbegleitung. Ähnliche Projekte existieren auch in Bonn und Augsburg. Internationale Studien belegen, dass die Familien auf ein solches Angebot zurückgreifen, wenn es besteht; dass eine häusliche Versorgung am Lebensende des Kindes die Familie und das Kind entscheidend entlastet; und dass sie wesentlich kostengünstiger ist als eine stationäre Versorgung. In der Regel aber können die deutschen Kliniken kein solches Angebot bereitstellen. (bc)

*Quelle: Christine Adis: «Dann kommt das Krankenhaus eben zu Ihnen» – Schnittstellenmanagement zwischen klinischer und häuslicher Palliativversorgung und Sterbegleitung bei krebskranken Kindern. In: Forum Public Health Nr. 43, S. 15–17. Juni 2004. Internet: www.elsevier.de/phf*

### Arbeitsverteilung in Gruppenpraxen

Immer mehr Ärzte in England arbeiten in Gruppenpraxen. Die Arbeitsverteilung kann eine Quelle von Ärger und Frustration sein. Denn je grösser eine Praxis ist, desto wahrscheinlicher wird es, dass unterschiedliche Arbeitsstile aufeinander treffen. In einer kürzlich veröffentlichten qualitativen Studie nannten fast alle Teilnehmer den unterschiedlichen Arbeitsstil als Grund für Gefühle von Ungleichbehandlung und Stress. So gibt es Ärzte, welche die Konsultationen schnell abwickeln, und andere, die sich mehr Zeit nehmen. Wenn nun beide gleich viele Patienten zugeordnet erhalten, wird der eine schneller sein als der andere, und entweder zusätzliche Aufgabe übernehmen oder aber früher nach Hause gehen können. Die «langsamen»

Ärzte monieren, dass die Arbeitsqualität der «schnellen» weniger gut sei, was bei Patientenübernahmen hervortrete. Und die «Schnellen» beklagen sich, dass sie mehr Zusatzaufgaben erledigen müssen. Über solche wahrgenommenen Ungleichheiten zu sprechen fällt den Ärzten in den Gruppenpraxen aber schwer, so die Autoren der Studie. Kleine Gruppenpraxen «lösen» das Problem, indem sie sich auf die Vertrauensbeziehung untereinander verlassen. Grössere und vor allem heterogene Gruppenpraxen formulieren oft genaue Regeln, damit die Arbeit gerecht verteilt wird. (bc)

*Quelle: Ruben Branson, David Armstrong: General practitioners' perceptions of sharing workload in group practices: qualitative study. In: British Medical Journal, 329, 381. 14. August 2004.*

### «Gesundheitswesen Schweiz. 2004–2006»

Die Medizintechnik stellt neben der Pharmaindustrie einen bedeutenden Kostenfaktor und Wirtschaftszweig des Gesundheitswesens dar, sie wird jedoch von den Medien und der Politik weit weniger wahrgenommen. Dies beleuchtet Gerhard Kocher, Gesundheitsökonom, in einem neuen Kapitel der in zweiter Auflage erschienenen Übersicht «Gesundheitswesen Schweiz. 2004–2006». In einem Spital mit Spitzenversorgung macht die Medizintechnik beispielsweise 25 Prozent des gesamten Investitionsvolumens aus.

Neu im Übersichtswerk ist auch ein Kapitel zur internationalen Zusammenarbeit. Die anderen Kapitel des Nachschlagewerks (von Apotheke bis Zahnmedizin) wurden überarbeitet und aktualisiert. (bc)

*Quelle: Gerhard Kocher, Willy Oggier (Herausgeber): Gesundheitswesen Schweiz. 2004–2006. Eine aktuelle Übersicht. Verlag Hans Huber, Bern 2004.*

### Integrierte Frakturprävention

Die Risikofaktoren für eine Fraktur im Alter sind multifaktoriell: Es gibt Risikofaktoren für einen Sturz oder das Unvermögen, einen solchen aufzufangen; und es gibt Risikofaktoren für eine Osteoporose. Eine Frakturprävention ist integriert, wenn sie alle Risikofaktoren beachtet. Sie richtet

## VORSCHAU

### Schwerpunktthema:

### MANAGED CARE IN EUROPA

Erscheinungsdatum: 3. Dezember 2004

### Entwicklungen in Europa

### Management und Medizin: Kultureller Konflikt

### Finanzierungsmodelle

### Heftiger Gegenwind

### Stationäre Versorgung in Grossbritannien

### Zugang zur Grundversorgung in Schweden

### Niederlande: Patientenmitbestimmung

### Public-Health und Gesundheitspolitik (Veranstaltungsbericht)

sich an alle Altersgruppen (auch Kinder und Jugendliche) und Bevölkerungsschichten, und schliesst besonders gefährdete Personen mit ein. Dies schreiben Salome von Greyerz und Felix Gurtner in einer neu erschienenen Publikation des BAG. Aber auch Prävention hat Nebenwirkungen: Eine gute Ernährung und ausreichend Bewegung wirken zugleich positiv auf Übergewicht und Herz-Kreislauf-Störungen, eine Hormontherapie für starke Knochen erhöht das Risiko für Brustkrebs. Da die Prävention von unterschiedlichen Berufsgruppen, Institutionen und Kostenträgern geleistet wird, besteht die Gefahr, dass sich isolierte Massnahmen konkurrenzieren. Die AutorInnen leiten drei Anforderungen an eine integrierte Frakturprävention ab: 1. Beurteilung von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit; 2. interdisziplinäre Zusammenarbeit für einen integrierten Präventionsansatz; 3. Guideline-Entwicklung für den Praxistransfer. (bc)

*Quelle: Salome von Greyerz, Felix Gurtner (2004): Integrierte Prävention der Frakturen im Alter. In: Osteoporose und Stürze im Alter. Ein Public-Health-Ansatz. Bundesamt für Gesundheit. Bern.*