

## Fehlende Daten zur Mindestversorgung

In der Schweiz fehlt die Datengrundlage, um den Bedarf für die ambulante Mindestversorgung zu prognostizieren. Dies ist das Resultat von Stefan Spychers Studie im Auftrag des Obsan zur Prognose und Planung der ambulanten Gesundheitsversorgung. Dabei ist gemäss Spycher zu erwarten, dass «der Bund und die Kantone bereits 2005 beauftragt werden, die ambulante Mindestversorgung zu garantieren».

Die Studie zeigt ein komplexes Bild der Literatur aus dem In- und Ausland: Umstritten ist, ob eine Planung der ambulanten Versorgung überhaupt notwendig ist. Will man denn planen, so gibt es keine Goldstandards für die Prognose als Grundlage der Planung. Vielmehr existieren viele Methoden nebeneinander, alle mit Vor- und Nachteilen. Es zeigt sich, dass das Verhältnis «Anzahl Einwohner pro Arzt», obwohl methodisch problematisch, politisch am meisten auf Akzeptanz stösst. Auch die fünf Experten, mit denen Spycher gesprochen hat, sind sich uneinig darüber, ob und wie geplant werden soll: Eine Mindestplanung sei sinnvoll, aber nur, wenn auch der stationäre Bereich berücksichtigt werde. Kantone als Planungseinheiten werden in Frage gestellt. (bc)

*Quelle: Stefan Spycher: Prognose und Planung in der ambulanten Gesundheitsversorgung. Arbeitsdokument Nr. 5 des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Oktober 2004, Neuenburg.*

## Wirtschaftlichkeit und Qualität in der Arztpraxis

Allseits akzeptierte und objektive Systeme zur Messung der Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Arztpraxis gibt es nicht. So lautet das Fazit von Claudia Eisenring und Kurt Hess in ihrer Studie im Auftrag des Obsan. Dies sei so, weil bei den beteiligten Akteuren (Ärzte, Patienten, Versicherer) tief greifende Unvereinbarkeiten bestehen bezüglich Zielen und Systemanforderungen.

Die beiden AutorInnen stellen in ihrem Bericht die gängigen Methoden zur Wirtschaftlichkeitsmessungen vor, vom Durchschnittskostenvergleich von Santésuisse bis zum

Ärzttering der Helsana. Und sie beschreiben die Qualitätsmesssysteme aus der Schweiz und einige aus dem Ausland, von Swisspep bis zu den AOK-Qualitätsindikatoren.

Neue Regulative könnten die Unvereinbarkeiten bei den Akteuren nicht überbrücken, schliessen die AutorInnen. Deshalb schlagen sie vor, die Anreize für ÄrztInnen, PatientInnen und Versicherer umzukehren, um Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Arztpraxis zu erreichen. (bc)

*Quelle: Claudia Eisenring, Kurt Hess: Wirtschaftlichkeit und Qualität in der Arztpraxis. Arbeitsdokument Nr. 8 des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Neuenburg 2004.*

## Positive Devianz als Vorbild

Auch unter prekären Lebensbedingungen finden sich immer wieder Menschen, die erstaunlich gesund sind – sie leiden an weniger Infektionskrankheiten oder sind besser ernährt als ihre Mitmenschen. Sie haben meist ein von ihrer Umgebung abweichendes Verhalten entwickelt, das ihnen Vorteile bringt (positive Devianz). Wenn dieses positiv abweichende Verhalten als Vorbild für die unmittelbare Umgebung dient, so kann dies dazu beitragen, die Gesundheit einer ganzen Gemeinde zu verbessern. Dazu ist es nötig, die «Abweichler» zu identifizieren, ihnen den Auftrag zu geben und sie auch dabei zu unterstützen, ihre Mitmenschen über ihr gesundes Verhalten aufzuklären.

Das Prinzip der «positiven Devianz» wurde in Drittweltländern entwickelt. Eine in der Umgebung erprobte positiv abweichende Verhaltensweise, welche meist nichts kostet und einfach praktikabel ist, wird dabei bottom-up verbreitet. Da die Lösung von Menschen kommt, welche unter den gleichen sozioökonomischen Bedingungen leben wie die Interventionsgruppe, wird sie auch gut akzeptiert. Das Prinzip der positiven Devianz ist bei grundsätzlichen Hygieneregeln und bei Ernährungsfragen erfolgreich erprobt worden und funktioniert offenbar auch für Verhaltensregeln zu «safer sex». (bc)

*Quelle: David R. Marsh et al.: The power of positive deviance. In: British Medical Journal 329, Seite 1177–1179. 13. November 2004.*

## VORSCHAU

### Schwerpunktthema: CASE-MANAGEMENT HEUTE

Erscheinungsdatum: 25. Februar 2005

#### CM: Konzept und Anwendungen

#### Praxis- und Weiterbildungsstandards

#### Ethik: Case-Manager in Doppelrolle

#### Erfolgsmessung

#### Professionalisierung

#### Finanzierung von CM

#### Drei Case-Manager und ein Fall Erfahrungen von Klientinnen

#### Persönliche Assistenz: Lösungen in Europa

## Ins Alters- und Pflegeheim im grenznahen Ausland?

Grundsätzlich dürfen Gemeinden ihre EinwohnerInnen in grenznahen Alters- und Pflegeheimen unterbringen – so beginnt die Antwort des Bundesrats vom 1. September 2004 auf eine Anfrage des Schaffhauser Nationalrats Hans-Jürg Fehr. Grenzüberschreitende Kooperationsverträge mit Pflegeheimen dürfen jedoch nicht abgeschlossen werden, so der Bundesrat, wenn es sich um Leistungen aus dem KVG handelt. Denn dies widerspricht dem Territorialprinzip. Und auch Ergänzungsleistungen zur AHV oder IV fallen weg, sobald der Wohnsitz oder Aufenthalt in der Schweiz nicht gegeben ist. Immerhin rund die Hälfte der HeimbewohnerInnen in der Schweiz bezieht solche Ergänzungsleistungen. Das heisst konkret: Schaffhauser Grenzgemeinden können keine Kooperationen mit den deutschen Nachbargemeinden eingehen, wie es für sie interessant gewesen wäre, sondern müssen in eigene Kapazitäten investieren. (bc)

*Quelle: Parlamentarische Vorstösse, Gesundheitswesen. In: Soziale Sicherheit Nr. 5/2004. Seite 314.*