

Managed Care und die Spitex. Teil 1

Autor(en): **Meyer, Margot / Staub, Roger**

Objektyp: **Article**

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

Band (Jahr): - **(1998)**

Heft 1

PDF erstellt am: **21.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-822871>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

schauplatz spitex

spitex verband kanton zürich

11. Februar 1998 Nr. 1

EDITORIAL



Liebe
Leserinnen,
liebe Leser

Seit neun Jahren
arbeite ich im
Spitex-Bereich in

der Stadt Zürich. Dabei habe ich eine enorme Entwicklung miterlebt.

Bei diesen Diskussionen hat sich in den letzten zwei Jahren ein Schwerpunkt herauskristallisiert: die Kosten. Seit die Krankenkassen nach neuem Gesetz verpflichtet sind, einen grösseren Anteil der Pflegekosten zu übernehmen, wird heftig um die Festsetzung der Spixtarife gerungen. Dass bei der Kostendiskussion im Gesundheitswesen die Spixkosten im Mittelpunkt stehen, ist mehr als erstaunlich, ist ihr Anteil doch mit gut 2% sehr marginal.

Grundsätzlich kann ich mich der Richtung, dass vermehrt auf die «Produktionskosten» der Leistungen im Gesundheitsbereich geachtet werden muss, anschliessen. Die Überprüfung verschiedener Modelle zur Kostenreduktion ist dabei sehr begrüßenswert. In dieser Nummer des Schauplatzes beginnt die Vorstellung eines solchen Modells. Es handelt sich um «Managed Care», ein Modell, bei dem die Effizienz- und Qualitätsverbesserung der erbrachten Dienstleistungen im Vordergrund steht. Auftraggeber für Managed Care sind unter anderem die Krankenkassen.

Ich hoffe, dass diese Debatte für den Spixbereich fruchtbar sein wird und fordere Sie auf, sich daran zu beteiligen.

Hansjürg Rohner-Lingg
Vorstandsmitglied

THEMA

Managed Care und die Spitex

Managed Care ist heute im Gesundheitswesen ein allgegenwärtiger Begriff. Damit dieser Begriff nicht einfach ein Schlagwort bleibt, müssen auch die Spitex-Organisationen als Beteiligte dieses Gesundheitswesens wissen, was unter diesem Begriff verstanden wird. Nur wenn alle eine gemeinsame Sprache sprechen, können in Zukunft neue Formen der Zusammenarbeit entstehen und in der Praxis erprobt werden.

Wir haben uns entschlossen, 1998 in jeder Nummer des «schauplatz spitex» einen Teilaspekt zum Thema «Managed Care» vorzustellen. Mit Margot Meyer und Roger Staub, Projektleiterin und Projektleiter der Abteilung Managed Care der Kranken- und Unfallversicherung Konkordia, haben sich dazu zwei ausgewiesene Fachpersonen zur Verfügung gestellt. Wir wünschen uns, dass im Laufe des Jahres verschiedene Standpunkte zu diesem Thema zur Sprache kommen werden. Das wird nur gelingen, wenn Sie sich, liebe Leserinnen und Leser, als Spitex-Fachleute aktiv an der Auseinandersetzung beteiligen. Teilen Sie uns Ihre Reaktionen, Bedenken, Anregungen etc. mit. Wir werden versuchen, diese jeweils in den nächsten Artikel einzubeziehen. Wir sind gespannt...

Mit der hier beginnenden Serie hat uns die Redaktion «schauplatz spitex» eingeladen, die Entwicklungen von Managed Care und deren Auswirkungen auf die Pflege allgemein und auf die Spitex im Besonderen aufzuzeigen.

Bei steigenden Kosten für Leistungen, die von Versicherungen übernommen werden, steigen automatisch die Prämien für die Versicherten. In den letz-

ten zehn Jahren sind einerseits die Kosten im Gesundheitswesen im Vergleich zur allgemeinen Teuerung überdurchschnittlich gestiegen. Anderer-

INHALT

Editorial	1	Kantonalisierung der Spitex?	4
■ Thema		Tarife 1998:	5
Managed Care und die Spitex	1	«Alles was Recht ist...!»	6
■ Aktuell		■ Diverses	11
Neue Verordnung über die Kantonsbeiträge	3	■ Veranstaltungen	12

seits nahmen die Subventionen der öffentlichen Hand ab: stark gestiegene Prämien sind die Folge. Versicherte werden künftige Erhöhungen nicht mehr ohne weiteres akzeptieren. Die Krankenversicherer sind deshalb gefordert, auf der Kostenseite aktiv zu werden, wenn sie attraktive Prämien anbieten und im Markt bestehen wollen.

Was können Krankenversicherer für die Senkung der Kosten tun?

Krankenversicherer haben im Prinzip drei Möglichkeiten, die Kosten zu beeinflussen:

1. Steuerung der Nachfrage über Selbstbehalt, Jahresfranchise und Leistungskataloge. Nur: Da eher gute Risiken höhere Selbstbehalte und Franchisen wählen, entstehen durch die gewährten Rabatte Einnahmehausfälle, aber kaum tiefere Kosten. Seit Einführung des neuen KVG ist der Leistungskatalog gesetzlich vorgegeben und deshalb nicht kostensenkend veränderbar. Spielraum gäbe es nur bei den Zusatzversicherungen.
2. Preisgestaltung für die erbrachten Leistungen: Die Krankenversicherer hatten bisher kaum Möglichkeiten, die Preise zu beeinflussen. Das neue KVG gibt etwas mehr Spielraum, der zunehmend besser genutzt wird.
3. Steuerung durch Managed Care: Krankenversicherer, die Managed Care-Massnahmen anwenden, sind Einkäufer von Gesundheitsleistungen im Auftrag ihrer Versicherten. Sie verabschieden sich dadurch von der passiven Rolle des reinen Belegchens von erbrachten Leistungen.

Managed Care – was bedeutet das?

Managed Care bedeutet die Anwendung von betrieblichen Managementprinzipien auf die medizinische Versorgung. Krankenversicherer handeln mit entsprechenden Anbietern Leistungen aus, die aus Sicht der Versicherten ein möglichst optimales Verhältnis von (Kosten) Aufwand und Nutzen darstellen. Krankenversicherer



Ob Managed Care auch in der Spitex zu einem Kulturwandel führt, wird sich in Zukunft weisen. (Foto: M. Studer)

nehmen so aktiv Einfluss auf das Angebot und steuern es im Interesse der Versicherten.

Managed Care in der Schweiz

Hierzulande haben Managed Care-Ideen, inspiriert aus den USA, Konjunktur. Die wichtigsten Managed Care-Massnahmen, mit denen die Versicherer zur Zeit arbeiten oder Erfahrungen sammeln, sind:

- HMO-Praxen und Hausarztmodelle: Wer sich für ein solches System entscheidet, bekommt einen Prämienrabatt, muss dafür aber im Krankheitsfall immer zuerst die HMO bzw. den Hausarzt aufsuchen. Solche Systeme nennt man Gatekeeper-Systeme.
- 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» und Behandlungsrichtlinien: Ziel ist, dass

Krankheiten dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Forschung entsprechend, gleichzeitig möglichst wirksam, qualitätsstabil und kostengünstig behandelt werden.

Managed Care wird nicht alle Probleme des Gesundheitswesens der Schweiz lösen können. Aber ganz sicher werden die Managed Care-Modelle das Gesundheitswesen der Schweiz massiv verändern.

Warum die Krankenkassenprämien «explodieren»

Die Kosten für das Gesundheitswesen sind in der Schweiz in den letzten 30 Jahren massiv gestiegen: Von rund 6% des Bruttozialproduktes 1965 auf 8% im Jahre 1985 und ganze 10%, bzw. rund 36 Milliarden Franken im Jahre 1995. 1995 wies die Schweiz nach den USA die höchsten Gesundheitskosten pro Kopf auf, die höchsten überhaupt in Europa. Wenn man nach den Gründen sucht, findet man Erstaunliches: die Anzahl der Versicherten ist nur leicht gestiegen, die altersbedingte Nachfrage hat auch nur leicht zugenommen. Hauptverantwortlich sind überproportional steigende Preise für die Leistungen (vor allem im stationären Bereich, Ersatz günstigerer

Methoden durch neue und teurere) und die starke Zunahme der Zahl der Leistungserbringer.

Steigende Kosten haben höhere Versicherungsprämien zur Folge. In den letzten zehn Jahren sind aber nicht nur die Kosten stark gestiegen. Gleichzeitig hat die Finanzierung der Krankenhäuser und die Subventionierung der Krankenkassenprämien durch den Staat (Bund, Kantone und Gemeinden) aus Spargründen immer mehr abgenommen. Weniger Subventionen für Spitäler ergeben höhere Spitaltaxen, also höhere Kosten für die Krankenversicherer, also auch höhere Prämien.

Die Höhe der Prämie stellt heute in der Konkurrenz unter den Krankenversicherern das wichtigste Kriterium auf dem Markt dar: Seit dem neuen Krankenversicherungsgesetz 1996 können die Versicherten in der Grundversicherung frei wechseln. Eine Kasse, die nicht Versicherte verlieren will, muss eine marktgerechte Prämie anbieten können.

Managed Care – Auswirkungen auf die 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 solche Veränderungen unmittelbare Auswirkungen auf die Pflege (stationär und ambulant) und so auch auf Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause haben werden.

Im nächsten Beitrag werden wir die Entwicklungen bei «Evidence based Medicine und Behandlungsrichtlinien» vorstellen und auf die Auswirkungen von Wirtschaftlichkeitsüberlegungen und Qualitätssicherung in der Hilfe und Pflege zu Hause eingehen. Später im Jahr folgen Beiträge über HMOs, Hausarzt- und Fallmanagement-Modelle.

Über Reaktionen und Fragen aus der LeserInnenschaft freuen wir uns schon jetzt.

*Margot Meyer und Roger Staub
Managed Care KONKORDIA*

■ Neue Verordnung über die Kantonsbeiträge

Bei der kantonalen Spitex-Finanzierung zeichnen sich wichtige Änderungen ab. In naher Zukunft wird der kantonale Beitrag nach neuen Kriterien bemessen. Eine entsprechende Verordnung ist in die Vernehmlassung gegangen.

Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich wird **weiterhin Beiträge an die Spitex leisten**. Aber sie will diese Beiträge in Zukunft anders bemessen. Die bisherige reine Aufwandsubventionierung soll durch leistungsbezogene Beiträge ersetzt werden.

Bisher bildeten die Ausgaben der Spitex-Organisation (Löhne, Sozialleistungen, Mieten etc.) die Berechnungsgrundlage. In Zukunft soll auf die Leistungsstunden abgestellt werden, d.h. die statistisch erfassten, bei den Klientinnen und Klienten erbrachten und in Rechnung gestellten Einsatzstunden.

Für diese Umstellung muss die Verordnung über die Staatsbeiträge an die Krankenpflege geändert werden. Die Gesundheitsdirektion hat dem Verband der Gemeindepräsidenten, den Städten Winterthur und Zürich und dem Spitex Verband einen Änderungsentwurf zur Vernehmlassung gegeben (Frist bis 31.1.1998).

Neue Berechnungsmethode

Ausgehend von den jährlich gelieferten Daten errechnet die Gesundheitsdirektion die (kantonalen) Durchschnittskosten pro Leistungsstunde. Diese Durchschnittskosten werden mit 80% der Leistungsstunden der jeweiligen Organisation multipliziert. Von dieser Summe werden die Tax-Einnahmen aus den kassenpflichtigen Leistungen abgezogen. Auf dem so errechneten Betrag werden je nach Finanzkraftindex die Kostenanteile kalkuliert.

Wenn die so errechneten Kostenanteile das vom Kantonsrat jährlich bewilligte Spitex-Budget überschreiten, sollen die beitragsberechtigten Kosten anteilmässig gekürzt werden.



Schritte zur leistungsbezogenen Subventionierung

(Foto: Interkant. Stiftung für GemeindeKrankenpflege, Sarnen)

Haltung des Spitex-Verbandes

- Der Verband befürwortet die Umstellung auf leistungsbezogene Beiträge.
- Es müssen jedoch **alle** Leistungsstunden in die Berechnung miteinbezogen werden (nicht bloss 80%).
- Der Spitex Verband lehnt die eventuelle, erst nachträglich vorzunehmende Kürzung der beitragsberechtigten Kosten ab. Die Verordnung muss festlegen, was als beitragsberechtigte Kosten in welcher Höhe akzeptiert wird. Dies schafft eine gewisse Sicherheit für die Spitex-Organisationen. Die Gesundheitsdirektion soll die Kostenanteile aufgrund der vorhergehenden Jahre budgetieren und zur Sicherheit eine Toleranzmarge einbauen.

Die Vernehmlassungsantwort des Spitex Verbandes kann auf der Geschäftsstelle, Telefon 01/291 54 50, bezogen werden.

ZU