

Versorgungsforschung in der Psychiatrie

Suchtstörungen, insbesondere bei illegalen Substanzen, werden in der Schweiz überproportional zur Krankheitslast in der Bevölkerung erforscht. Depression, Demenz und die Folgen des Alkohol- und Tabakkonsums werden relativ vernachlässigt. Dies schreiben Ulrich Frick und Susanne Zähringer. Sie haben Publikationen zu «Mental Public Health» in der Schweiz analysiert. Entstehung und Verbreitung der Krankheiten (Epidemiologie) werden erforscht, Fragen zur Versorgung, Gesundheitsökonomie und Prävention jedoch selten gestellt.

Die Versorgungsforschung untersucht hat Niklas Baer. Er hat 70 Arbeiten zur Psychiatrie in der Schweiz ausgewertet, die zwischen 1993 und 2003 publiziert wurden. Der Forschungsbereich sei institutionalisiert, aber wenig ausgebaut. Die Erhebungen, so Baer, «bearbeiten unsystematisch eine Vielzahl von Fragestellungen, wobei Kooperationen zwischen Forschungsgruppen praktisch nie vorkommen». Dabei sind praxisbezogene wissenschaftliche Informationen wichtig, um eine wirksame und patientengerechte Versorgung (weiter) zu entwickeln. In Interviews mit Psychiatricern wird bemängelt, dass zu wenig Versorgungsforschung betrieben wird. Gründe dafür sind, dass die Finanzierung fehlt, dass es in der Schweiz keine Kultur gibt, neue Versorgungsmodelle systematisch zu erforschen, und, so Baer, dass die Versorgungsforschung «ein wenig karriereförderndes Gebiet» sei. (bc)

Quelle: Wissenschaftliche Information zur psychischen Gesundheit in der Schweiz. Peter C. Meyer und Regula Rička (Hrsg.), mit Beiträgen von Ulrich Frick und Niklas Baer. Obsan Arbeitsdokument Nr. 7. Neuchâtel, Oktober 2005.

NHS: Reform mit Defizit

Wegen seiner Mitschuld an der nicht mehr kontrollierbaren Kostenexplosion ist Nigel Crisp, Direktor des britischen National Health Service NHS, kurzfristig per Ende März zurückgetreten. Das staatliche NHS wird seit 1997 zum Teil grundlegend reformiert und hat noch nie so viel Geld vom Staat erhalten wie 2005. Erfolge sind da: Die Wartezeiten wur-

den reduziert, für eine Operation warten die Briten nur noch 6 statt 18 Monate. Die Vertragsärzte werden für höhere Qualität besser entschädigt, mehr Personal wurde angestellt, und modernere Behandlungsmethoden wurden eingeführt. Krebs- und Herzkrankte profitierten massiv davon. Zudem wurden auch private Kliniken ins System eingebunden. Crisp Rücktritt komme einer Kapitulation gleich, schreibt die NZZ. Und Spitäler mussten Operationen wieder auf das neue Finanzjahr verschieben. (bc)

Quellen: Britischer Gesundheitsdienst in neuer Krise. In: Neue Zürcher Zeitung, 9. März 2006. Und: Rebecca Coombes: Nigel Crisp steps down from NHS amid financial pressures. In: British Medical Journal, 332: 565, 11. März 2006.

Erster Schritt zu Monitoring «Arbeit und Gesundheit»

Die Branche und die Grossregion beeinflussen den Gesundheitszustand, nicht die berufliche Stellung. Dies ist ein überraschendes Resultat aus dem Bericht «Arbeit und Gesundheit in der Schweiz», der vom schweizerischen Gesundheitsobservatorium Obsan veröffentlicht wurde. Im Tessin und in der Genferseeregion sind psychische Befindlichkeitsstörungen und Krankheitsabsenzen häufiger als im Rest der Schweiz. Weniger erstaunlich sind andere Ergebnisse: Wenig flexible Arbeitszeitmodelle (feste Arbeitszeiten, Schichtarbeit) gehen mit Arbeitsunzufriedenheit, negativen Emotionen und Depressionen einher, oder körperlich schwere Arbeit mit starken Rückenschmerzen.

Oliver Hämmig, Gregor Jenny und Georg Bauer haben die beiden Bevölkerungsbefragungen Schweizerische Gesundheitsbefragung und Schweizer Haushalts-Panel als Grundlage für ihre Studie benutzt. 37 Kernindikatoren erfassen dabei Arbeitsbedingungen, persönliche Gesundheitsbedingungen und Gesundheitszustand. Die Studie ist gemäss den Autoren ein erster Schritt zu einem Monitoring «Arbeit und Gesundheit» in der Schweiz. (bc)

Quelle: Arbeit und Gesundheit in der Schweiz. Surveybasiertes Monitoring der Arbeitsbedingungen und des Gesundheitszustandes der Schweizer Erwerbsbevölkerung. Oliver Hämmig, Gregor Jenny, Georg Bauer. Obsan Arbeitsdokument Nr. 12. Oktober 2005.

VORSCHAU

Schwerpunktthema: NAHTSTELLEN ZWISCHEN AMBULANTER UND STATIONÄRE VERSORGUNG

Erscheinungsdatum: 19. Mai 2006

Probleme bei den Schnittstellen ambulant-stationär

Integration im Gesundheitswesen – was heisst das?

Integration aus Spitalsicht

Ein praktiziertes Modell in der Psychiatrie

Integrierte Prozesssteuerung aus Sicht der Versicherer

eHealth-Voraussetzungen für eine sektorübergreifende Versorgung

Patienten-Erfahrungen

Krebstherapien/Ökonomie: Veranstaltungsbericht 2. Luzerner Trendtage Gesundheit

Palliative Care: einheitlicher Tarif für die ganze Behandlungskette

Das neue Palliative-Care-Konzept im Kanton Zürich sieht nicht nur vor, dass unheilbar kranke und sterbende PatientInnen in sieben Kompetenzzentren betreut werden, sondern auch Hausärzte und Spitex-Dienste sollen beraten und unterstützt werden. Dank einem mobilen Konsiliardienst und einer Hotline soll zudem das stationäre und ambulante Angebot besser koordiniert werden. Weiterbildung und eine Schnittstelle zu Lehre und Forschung runden die Vernetzung ab. Für die palliative Pflege und Behandlung ist es typisch, dass die PatientInnen abwechselnd ambulant und stationär betreut werden. Deswegen will die Gesundheitsdirektion Zürich für den neuen Behandlungsansatz Palliative Care prüfen, ob es machbar ist, in allen Institutionen für die gleiche Leistung einen einheitlichen Tarif anzuwenden. Die ganze Behandlungskette soll eingeschlossen werden. (bc)

Quelle: Palliative Care soll auch in den Zürcher Spitälern Fuss fassen. In: Neue Zürcher Zeitung, 10. März 2006.