



Interview mit Dominique Jordan, Präsident von pharmaSuisse

**«Der Begriff Managed Care hat sich totgelaufen»**

Schwerpunkt «Pay for Performance»

**Qualität als Anreiz – kann man wirklich dagegen sein?**

Schwerpunkt «Pay for Performance»

**Ansichten eines qualitätsgeprüften Arztes – Erfahrungen aus dem NHS**

Ärztetnetze in der Schweiz

**Mehr Netze, mehr Verbindlichkeit – die grosse Übersicht**

Case Management bei schwer kranken Menschen

**Kommunikation und Vernetzung in der Onkologie**

Rollenkonflikte im ärztlichen Alltag

**Das Arbeitsunfähigkeitszeugnis – ein patientengesteuerter Prozess?**

Offizielles Organ

Interview mit Dominique Jordan, Präsident pharmaSuisse

# «Der Begriff Managed Care hat sich totgelaufen»

**Die Apotheken tun sich schwer damit, Zugang zu integrierten Versorgungsmodellen zu finden – nicht zuletzt wegen der direkten Medikamentenabgabe durch die Ärzteschaft. Dabei, so die Überzeugung von pharmaSuisse-Präsident Dominique Jordan, könnten Apotheken besonders bei der Betreuung von chronisch kranken Menschen effektive und effiziente Leistungen erbringen. Deshalb plädiert er für ein neues Verständnis von Managed Care.**



Dominique Jordan

*Care Management: Herr Jordan, woran denkt der Präsident von pharmaSuisse, wenn er Managed Care hört?*

**Dominique Jordan:** In der Öffentlichkeit wird Managed Care als ein weiterer Versuch wahrgenommen, die Leistungen zu beschränken und die Wahlmöglichkeiten des Patienten zu beschneiden. Die Versicherungen haben es bis heute nicht geschafft, dem Anglizismus etwas Vertrauenerweckendes zu verleihen. Im Kreis der Gesundheitsfachleute hat sich der Begriff weitgehend totgelaufen, da er von einigen Ärztegruppen als

Möglichkeit der Gewinnmaximierung bei gleichzeitiger Abschottung des eigenen Standes verstanden wurde. Aus diesem Grund ziehe ich den Begriff «integrierte Versorgung» vor.

*Ihre scharfe Kritik deckt sich mit einem Statement von pharmaSuisse: «Besondere Versicherungsmodelle der Versicherer nach tiefsten Preisen oder Vereinigungen von Leistungserbringern, die sich gegenseitig begünstigen, degradieren den Begriff Managed Care zu einer Form von Billigmedizin ohne Legitimation und ohne Zukunft.» Sie zielen damit auf die Listenmodelle sowie die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Versandapotheken. Richtig?*

Es liegt uns fern, andere Akteure im Gesundheitswesen pauschal zu kritisieren. Kritisch scheinen uns aber Modelle, die dem Patienten eine angemessene Betreuung und Servicequalität vorenthalten, um den Gewinn eines Leistungserbringers einseitig zu maximieren – das entspricht einfach nicht unserem Verständnis von Managed Care oder integrierter Versorgung. Deshalb sind wir

der Meinung, dass das grundsätzliche Verbot des Medikamentenversandhandels in der Schweiz etwas enger interpretiert werden sollte. Dies haben auch die Untersuchungen des Gesundheitsdepartementes im Kanton Aargau gezeigt.

*Sie bevorzugen den Begriff «integrierte Versorgung». In den heutigen Modellen umfasst die Integration in der Regel die Schiene Grundversorger–Spezialist–Spital. Die Apotheke kommt selten vor. Weshalb?*

Unsere Untersuchungen haben klar gezeigt, dass in der Schweiz die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker durch die unselige Selbstdispensation massiv behindert wird. Dabei ist die Apotheke für den Grossteil der Bevölkerung die erste Anlaufstelle bei Gesundheitsfragen. Sie garantiert eine fachkundige erste Triage und sichert Langzeitpatienten eine kompetente Unterstützung der Compliance. Stellen Sie sich einmal vor, was passieren würde, wenn aus allen unseren 300 000 Kundenkontakten im Tag Arztkonsultationen würden. Es ist an der Zeit, dass die Promotoren von Managed Care gegen die Bestandswahrung und die Protektion bestimmter Berufsgruppen vorgehen und die Realität einbeziehen. Der Patient sucht den Kontakt zum Medizinalberuf, und er findet ihn auch in der Apotheke.

*Welche Rolle können und wollen denn Apotheken in integrierten Versorgungsmodellen spielen?*

Die Krise der Grundversorger ist offensichtlich und wurde von höchster Stelle bereits kommentiert. Gesundheitsminister Pascal Couchepin hat klar gemacht, dass er mit

In der Schweiz wird die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker durch die unselige Selbstdispensation massiv behindert.

jenen Akteuren zusammenarbeiten will, die Lösungen statt standespolitisch motivierte Forderungen bringen. Namentlich in der Langzeitbetreuung von chronisch kranken Menschen haben wir einiges zu bieten: Wir können zum Beispiel die Compliance überprüfen. Wir können die Medikation steuern, solange bestimmte

Parameter im Normbereich sind. Oder wir können Beratungs- und Schulungsgespräche führen. Ich verstehe dies ausdrücklich als Kooperationsangebot an die Ärzteschaft. Eine klare Aufgabenteilung und eine multidisziplinäre Zusammenarbeit sind nötig, um die Effizienz der Versorgung – qualitativ bessere Leistungen zu tieferen Kosten – erfolgreich zu steigern.

*Sind die Apotheken aber auch in der Lage, die von Ihnen skizzierte Rolle zu spielen? Das heisst: Sind sie elektronisch genügend vernetzt? Ist das Personal spezifisch genug ausgebildet?*

Bezüglich elektronischer Vernetzung sind wir sehr weit fortgeschritten – wahrscheinlich viel weiter als manche Ärztenetze. Auch bezüglich Ausbildung sehen wir uns auf gutem Weg: Wir haben nicht von ungefähr drei Millionen Franken in die Schaffung von Lehrstühlen in praxisorientierter und klinischer Pharmazie investiert. Natürlich müssen sich auch Apothekerinnen und Apotheker laufend weiterbilden, wie das für jeden Berufsstand mit akademischer Grundbildung heute zwingend ist. Im Rahmen des FPH-Weiter- und Fortbildungsprogrammes bieten wir unseren Mitgliedern vielfältige Möglichkeiten der Vertiefung. Wichtig ist mir aber vor allem eines: Wir haben nie versucht – und werden es nie versuchen –, ein wenig Arzt zu sein und ein wenig alles zu können. Wir haben einen anderen Ansatz. Uns geht es darum, dass das Gesundheitswesen die Kompetenz des Apothekers als Medizinalberuf nutzt und die hervorragende Infrastruktur der Apotheke effizient zur Versorgung der Bevölkerung einsetzt. Dieses Potential gilt es zu nutzen.

*Neben der Langzeitbetreuung sehen die Apotheken auch in der Prävention grosses Potential. Wie realistisch ist folgendes Szenario: Der Grundversorger in einem Ärztenetz schickt seinen Versicherten (nicht Patienten!), die bei ihm eingeschrieben sind, einen Brief und fordert sie auf, in der*

*nächsten Apotheke die wichtigsten Blutwerte bestimmen zu lassen. Die Apotheker besprechen die Werte mit den Patienten/Versicherten und weisen sie im Bedarfsfall an den Hausarzt weiter.*

Aus unserer Sicht steht diesem Szenario nichts entgegen. Zumal die Apotheken schon heute eine Reihe von Risikochecks anbieten, zum Beispiel im Bereich der Herz-Kreislauf-Krankheiten, für bestimmte Krebsformen und bei Lungenkrankheiten. Überschreiten die Risiken die nach wissenschaftlichen Kriterien festgelegten Werte, werden

---

Uns geht es darum,  
dass das Gesundheitswesen die Kompetenz  
des Apothekers als Medizinalberuf nutzt.

---

die Personen zum Arzt geschickt. So gewinnen alle: Der Kunde gewinnt Zeit und Geld, der Arzt gewinnt motivierte und gut informierte Patienten, und der Prämienzahler spart übermässig teure Gesundheitskampagnen mit überqualifiziertem Personal. Die Gesundheitsversorgung der Zukunft ist viel weniger an einzelne Orte gebunden als heute. Sowohl in der Arztpraxis als auch in der Apotheke werden verschiedene Berufsgruppen tätig sein, die sich – so ist zu hoffen – optimal ergänzen. Ohne eine solche Vernetzung wird die Langzeitbetreuung von chronisch Kranken lückenhaft sein.

Interview: Urs Zanoni

Korrespondenz:

Dominique Jordan

Präsident pharmaSuisse

Stationsstrasse 12

3097 Bern-Liebefeld

dominique.jordan@pharmasuisse.org



Kurt Hess zum Schwerpunkt «Pay for Performance»

## Qualität als Anreiz – kann man wirklich dagegen sein?



Kurt Hess

Pay for Performance ist zu einer der prominentesten gesundheitspolitischen Initiativen im Qualitätsmanagement geworden und wird entsprechend kontrovers diskutiert. Wir beleuchten in dieser Ausgabe die Argumentarien für und gegen dieses Prinzip und bitten dazu die verschiedensten Gruppen zu Wort.

Was die wissenschaftliche Verifikation behaupteter oder bestrittener Wirkungen auf die Qualitäts- und Kosteneffektivität betrifft, so ist heute erst mal klar, dass noch nichts so wirklich klar ist. Erst Tendenzen sind

erkennbar, die Beobachtungszeit ist noch bei weitem zu kurz für schlüssige Aussagen. Dies ist das knappe Fazit, das sich aus den bisherigen Untersuchungen ziehen lässt. Man wird also weiter argumentieren und diskutieren, von ärztlicher Seite vorwiegend dagegen, von institutioneller Seite eher dafür.

Falls man die leistungsabhängige Entlohnung in ihrem ursprünglichsten Sinn versteht – als Honorierung einer Leistung in Form höherer Produktionsmenge und/oder besserer Qualität –, so muss auch mal daran erinnert werden, dass unser Gesundheitssystem seit je über ein hochwirksames Pay for Performance verfügt: Die Ärzteschaft wird für ihre erbrachten Leistungseinheiten honoriert, Stück für Stück, unabhängig davon, ob diese notwendig oder qualitativ gut sind, unabhängig von der ärztlichen Erfahrung und weitgehend unabhängig von den Bewer-

tungen durch die Patientinnen und Patienten. Notorische Gegner eines irgendwie ausgestalteten Pay for Performance sollten mit gleicher Eindringtiefe über das geltende Prinzip des Fee for Service herfallen. Warum also – neben dem Anreiz zur Menge – nicht auch mal einen zur Qualität? Bei der Leistungsmenge funktioniert der Anreiz ja ganz gut.

Wenn man alleine auf die wissenschaftlichen Beweise einer Qualitätseffektivität dieses Kontrapunkts zum Fee for Service bauen wollte, könnte man bis zu deren Vorliegen getrost zur Tagesordnung übergehen. Doch da ist noch etwas, ein harmloses Argument aus der Küche des möglicherweise schon etwas naiven jahrelangen Praktikers in der Qualitätsszene: Die Vermutung ist durchaus naheliegend, dass ein Arzt eine bessere und sicherere Medizin praktiziert, wenn er regelmässig strukturierte Qualitätszirkel besucht, für Diagnostik und Behandlung evidenzbasierte Guidelines nutzt, Critical Incidents konsequent auf ihre künftige Vermeidbarkeit evaluiert und die Zufriedenheit seiner Patientinnen und Patienten periodisch evaluiert. Dagegen zu argumentieren bedürfte kaum weiterer Studien, hingegen einer ziemlich blühenden Fantasie.

Korrespondenz:

Dr. med. et lic. oec. Kurt Hess  
Vizepräsident Stiftung EQUAM  
Grossmünsterplatz 1  
8001 Zürich  
kurt.hess@hin.ch

Kurt Hess

# P4P in der ambulanten Medizin: ein Ansatz mit Potenzial

**Zu Pay for Performance (P4P) gibt es bisher nur wenige quantitative Untersuchungen, für schlüssige Aussagen zur Wirkung auf die Qualität ist es noch zu früh. Dieser Beitrag gibt einen Überblick über den Stand des Wissens, die laufende Diskussion und die Argumentarien der Befürworter und Skeptiker.**

Wer heute über die Prinzipien des Pay for Performance (P4P) spricht, ohne sie gleich in Bausch und Bogen zu verwerfen oder – am andern Ende der Skala – als Allweltschlösung zu preisen, spricht bereits auf relativ hohem Level über die Geheimnisse der medizinischen Qualitätssicherung. Während diese in den vergangenen Jahren auch beim Gros der Leistungserbringenden eine gewisse Salonfähigkeit erreicht hat, nicht zuletzt aufgrund der immer vernehmlicheren Forderungen von politischer Seite, wird es beim Thema der Qualitätsbemessung schon deutlich enger. Und wenn dann gar die finanzielle Abgeltung der Leistungserbringung auf qualitativen Bemessungsergebnissen basieren soll, kommt es vielerorts zu offenem Widerstand, der an die frühesten Anfänge der Qualitätsbewegung erinnert.

## P4P ist ein klarer Kontrapunkt zur Einzelleistungsvergütung.

Grundsätzlich verbindet der Begriff «Performance» (Leistung) Effizienz und Qualität der Leistungserbringung. Das Kürzel P4P verrät, woher dieses Prinzip stammt. Die ursprünglichste Form von P4P ist in industriellen Betrieben etabliert worden, um effizientes Arbeiten zu belohnen, etwa einen hohen Produktionsausstoss. Bei äusserst qualitätssensiblen Produkten – zum Beispiel in der Raumfahrt oder Elektronik – ist die Performance bald durch qualitative Dimensionen ergänzt oder gar abgelöst worden.

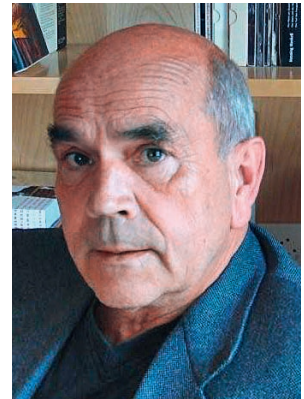
So auch in der medizinischen Leistungserbringung, wo eine ungenügende Leistungsmenge infolge der geltenden Anreize kaum ein Thema ist. Hier wird unter P4P in erster Linie die Honorierung für das Erreichen von Qualitätszielen verstanden. Dies in der Annahme, damit gute Qualität zu fördern. Diese Anreizsetzung ist ein klarer Kontrapunkt zur Einzelleistungsvergütung («Fee for Service»).

Die Ausgestaltung solcher Anreize kann – einzeln oder in Kombination – variable Formen beinhalten.

- Meist handelt es sich um die Belohnung von einzelnen Leistungserbringenden oder Ärztgruppen nach dem Grad der Zielerreichung vorgegebener Qualitätsstandards.
- Einige Modelle beschränken sich auf eine Bonusrichtung beim Erreichen globaler Qualitätsziele, oft im Zusammenhang mit der Patientenzufriedenheit.
- Zunehmend an Bedeutung gewinnen finanzielle Sanktionen beim Verfehlen von Mindestanforderungen. Bekannt geworden ist insbesondere die Ankündigung des US-Staates Massachusetts, durch seine Sozialversicherung «Medicaid» («HealthyMass») bei einstweilen 28 ernsthaften vermeidbaren Fehlern keine Honorare mehr zu bezahlen [1].
- Schliesslich wird als Anreiz die Veröffentlichung der Qualitätsbewertungen zunehmend forciert.

P4P ist in den vergangenen Jahren zu einer der prominentesten gesundheitspolitischen Initiativen im Qualitätsmanagement geworden und wurde von Beginn an – je nach Provenienz – optimistisch, skeptisch bis pessimistisch beurteilt. Umfangreiche Listen von Argumenten für und wider das Konzept wurden publiziert und diskutiert, noch bevor überhaupt Studien verfügbar waren [2].

Die Befürworter sehen in diesem Prinzip die einzige echte Alternative zum Fee for Service, wo die Anreize auf die Mengenausweitung ausgerichtet sind. Ausserdem werden eine deutliche Qualitätsorientierung, verbesserte Dokumentation in der Praxis sowie längerfristig auch tiefere Kosten erwartet. Die Gegner führen in erster Linie die



Kurt Hess

## Eine nüchterne Betrachtung von P4P tut Not.

bislang unbefriedigende wissenschaftliche Evidenz ins Feld, ferner das Fehlen ausreichend realistischer Qualitätsindikatoren und Standards, wobei sich die vorhandenen zudem auf einige ausgewählte Diagnosen oder Indikationen beschränken. Sie befürchten, dass sich die

Ärztenschaft dann vorwiegend auf jene Fälle konzentriert, die «Qualitätspunkte» generieren, dass sie unter P4P schwerkranke und schwierige Patienten meiden und dass der einzelne Arzt nur begrenzten Einfluss auf die Outcomequalität hat, da die Behandlungskette – namentlich in komplexeren Fällen – diverse andere Leistungserbringende einschliesst. Eine nüchterne Betrachtung des fast schon modischen Begriffs tut also not – insbesondere was Ausgestaltung, Wirksamkeit und Praktikabilität betrifft.

### P4P in den USA und in Grossbritannien

In den USA arbeiteten im Jahr 2006 gemäss einer nationalen Untersuchung bereits 52% der kommerziellen HMO nach P4P [3]. Die gleiche Studie beziffert den qualitätsabhängigen Anteil des ärztlichen Einkommens auf lediglich 5%, basierend auf nur fünf bis zehn Leitindikatoren. Ein typisches Indikatorenset, nämlich dasjenige der kalifornischen «Integrated Healthcare Association» (IHA), zeigt Tabelle 1. Mittlerweile bildet P4P in den USA einen üblichen Vertragsbestandteil zwischen privaten Versicherern und der Ärzteschaft. Auch die sozialen Programme der Regierung und der Bundesstaaten («Medicare and Medicaid») ziehen auf entsprechende Aufforderung durch den Kongress mit.<sup>1</sup>

In Europa ist insbesondere das ambitionierte, umfassende und komplexe Qualitätsförderungsprogramm des briti-

### In Europa ist insbesondere das komplexe Qualitätsförderprogramm des britischen NHS bekannt.

sehen «National Health Service» (NHS) bekannt, das seit 1997 mit einer Reihe von Reformen gestartet und 2004 mit dem sogenannten «New Contract» etabliert wurde [4]. Im Gegensatz zur eher bescheidenen Basis in den USA basiert die Honorierung der Grundversorgenden im Jahr 2005 auf 146 Indikatoren aus zehn chronischen Diagnosen bzw. Indikationen, die laufend ergänzt werden, zudem auf Indikatoren der Praxisorganisation und der subjektiven Bewertung durch die Patientinnen und Patienten. 2008 werden mit dem System bereits 19 Diagnosen bzw. klinische Indikationen erfasst, die

**Tabelle 1.**

**Indikatorenset der Integrated Healthcare Association (IHA) 2004 (Klammer: Gewichtung in der Gesamtbewertung).**

#### Klinische Indikatoren (40%):

Screening für Mammographie, Cervix-Karzinom, HbA1c bei Diabetikern, LDL-Cholesterol, Durchimpftrate bei Kindern.

#### Patientenbewertung (40%):

Mittelwert diverser Resultate aus der Patientenbefragung.

#### IT-Nutzung (20%):

Nutzung von elektronischen Daten zur Dokumentation, Point-of-Care-Testing (apparative und Laboruntersuchungen unmittelbar in der Praxis).

über 70% der Konsultationen abdecken. Von der Maximalpunktzahl, die das Honorar bestimmt, entfallen zwei Drittel auf klinische Indikatoren, der Rest auf solche der Organisationsqualität, auf die Patientenerfahrung und auf Zusatzleistungen (zervikale Abstriche, Kontrazeption usw.). Die Gewichtung dieser Domänen und die Punktwerte werden periodisch neu evaluiert, letztmals im Juni 2008.<sup>2</sup>

Die Datenerhebung der klinischen Indikatoren erfolgt durch direkten Onlinezugang der Gesundheitsbehörde in die elektronische Patientenkartei (QMAS: «Quality Management Analysis System»). Die Qualität der zu dokumentierenden Daten werden in einem jährlichen QOF-Besuch («Quality and Outcomes Framework») überprüft, bei dem ein Allgemeinarzt, eine nicht medizinische Person (Patientenvertretung) und ein Datenspezialist anwesend sind. Erreichte Qualitätsstandards generieren Punkte, die mit einem gewichteten Faktor und der Patientenanzahl multipliziert werden, um das Honorar zu berechnen.

Der qualitätsabhängige Anteil des ärztlichen Verdienstes im NHS ist ebenfalls massiv grösser als in den USA: Verdiente ein Familienarzt vor Einführung des New Contract noch jährlich rund 70 000 bis 750 00 £, so erhöhte sich das Mittel nach Einführung der Qualitätskomponente um 23 000 £. Die Tendenz ist durch Verfeinerung des Systems und durch Aufwertung der Qualitätspunkte steigend. Andererseits generierte dieses Programm massive Kosten, die nur bedingt auf die Qualitätskomponente, sondern stark auf die Investitionen in die Logistik (allem voran die unverzichtbare elektronische Dokumentation) und auf die für Abwicklung, Monitoring und Weiterentwicklung zuständigen Institutionen zurückzuführen sind.

<sup>1</sup> Centers of Medicare & Medicaid Services. www.cms.hhs.gov.

<sup>2</sup> Quality and Outcomes Framework Guidance for General medical Services, Contract 2008/2009. British Medical Association. 2008.

## Die Qualitätseffektivität

Die Kernfrage in diesem Zusammenhang ist selbstverständlich jene nach der Qualitätseffektivität eines solchen Paradigmawechsels. Elliot S. Fisher sagte 2006 dazu: «The evidence based linking such programs to a better quality of care is thin» [5]. Dieses Fazit bedarf jedoch einer etwas genaueren Betrachtung.

Es gibt nur wenige relevante Studien, die sich mit gemessenen Wirkungen von P4P auf die Versorgungsqualität auseinandersetzen. 2006 hat Petersen in einer amerikanischen Review 17 dieser Arbeiten ausgewertet, wobei sich die meisten auf Indikatoren der Präventionsqualität beschränken [6]:

- Bei sechs Studien zu direkten finanziellen Anreizen für Einzelärzte wurde für fünf ein partieller bis positiver Effekt auf die Qualität gefunden.
- Von den neun Studien mit Anreizen auf HMO-Ebene zeigten sieben einen partiellen bis positiven Einfluss auf die Qualität.
- Es fanden sich zwei Studien mit Anreizen auf Versichererebene, wovon die erste einen besseren Zugang zur Versorgung nachwies.
- Vier Studien wiesen auf unerwartete Effekte des P4P hin, wovon eine Studie gewisse Hinweise für einen schlechteren Versorgungszugang für Schwerkranken zeigte.

Weitere häufig zitierte US-Studien auf Ebene von Health Plans weisen ähnliche Resultate auf. So hat die «Integrated Healthcare Association» (IHA) im Oktober 2006

---

### Tendenziell gibt es Hinweise für eine Qualitätsverbesserung unter P4P.

---

eine erste Untersuchung auf Basis der Indikatoren gemäss der gezeigten Tabelle publiziert, die sich auf seit 2003 erhobene Daten stützt. Erste Resultate weisen darauf hin, dass alle Zielgrössen erreicht werden konnten, wobei eine durchschnittliche Verbesserung um lediglich 3% erzielt wurde (bei einer tieferen Quote in der Beurteilung durch die Patienten) [7]. Vor rund einem Jahr kündigte die IHA die wohl bislang grösste Untersuchung zu P4P an, die sich auf ganz Kalifornien erstrecken und mit einem verbesserten Indikatorenset arbeiten soll. Eine weitere Referenzstudie ist in Massachusetts mit Daten von 2001 bis 2003 bei 5350 Leistungserbringenden der grössten fünf Health Plans durchgeführt und im Juli 2008 veröffentlicht worden [8]. Auch hier kommen die Autoren zu einem ernüchternden Schluss: «Overall P4P contracts were not associated with greater improvement in quality compared to a rising secular trend.»

Praktisch alle zitierten Autoren weisen darauf hin, dass die bisherigen Untersuchungen zwar tendenziell Hinweise für verbesserte Qualität unter P4P ergeben, dass jedoch Verbesserungen nicht signifikant nachgewiesen werden konnten. In den Studiendiskussionen werden dazu folgende Gründe genannt:

- Der Beobachtungszeitraum ist noch viel zu kurz für signifikante Aussagen.
- Die Indikatorensets, die den US-Studien zu P4P zugrunde gelegt wurden, waren qualitativ wie quantitativ dürftig.
- Die finanziellen Anreize sind in den USA sehr tief und übertreffen nur in wenigen Fällen 5% des ärztlichen Einkommens.
- Es gibt in den USA keine «before-after-studies» mit den gleichen Ärztekollektiven, da vor der Einführung von P4P die entsprechenden Qualitätsdaten nicht erfasst wurden.
- Die medizinische Qualität ist im Beobachtungszeitraum der Studien gesamthaft gestiegen; es lässt sich anhand der Studien aber kaum eruieren, welcher Teil dem P4P-Ansatz und welcher der allgemeinen Entwicklung in der Medizin zuzuschreiben ist.

So weit die USA. Im britischen NHS mit dem weit höheren qualitätsabhängigen Lohnanteil und einem gegenüber den USA wesentlich komplexeren Bemessungssystem müssten somit schlüssigere Resultate erwartet werden. Doch ist hier der Zeithorizont noch kürzer als bei den amerikanischen Health Plans. Die wohl meist-zitierte Longitudinalstudie ist Mitte 2007 im NEJM publiziert worden und untersuchte die Qualität in 42 Praxen zu den Zeitpunkten 1998, 2003 und 2005 (d.h. nach Einführung des New Contract im Jahr 2004) [9]. Auch hier sind die Ergebnisse (noch) wenig aussagefähig, doch zeigt sich tendenziell, dass für die Diagnosen Koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus und Asthma der Qualitätszuwachs zwischen 2003 und 2005 grösser war als im Zeitraum zwischen 1998 und 2003. Dies könnte ein Hinweis für die Wirksamkeit des New Contract sein. Nur zeigte sich in der gleichen Studie kein signifikanter Unterschied bei den Verbesserungsraten von zwei Indikatorensets, wovon eines dem P4P-Konzept unterstellt war, das andere nicht.

In seiner Analyse des NHS-Programms von 1998 bis 2008 zieht der «Nuffield Trust», eine der führenden unabhängigen Institutionen in der Gesundheitspolitik, den Schluss, dass seit der Reform die Qualität offensichtlich gesamthaft substantiell verbessert wurde, dass es aber nicht klar ersichtlich ist, welcher Teil davon auf die medizinischen Fortschritte, gesellschaftliche Verhaltensänderungen und auf die systemische Entwicklung der Versorgung zurückzuführen ist [10]. Dies würde bedeu-

ten, dass die qualitätsabhängigen Vergütungen teilweise für Qualitätsinitiativen entrichtet worden sind, die schon zuvor – durch die säkularen Entwicklungen in der medizinischen Versorgung – wirksam waren.

### Fazit aus heutiger Sicht

Fassen wir zusammen:

- Studien gibt es kaum,
- die Beobachtungszeit ist noch viel zu kurz, um schlüssige Aussagen machen zu können,
- die verglichenen P4P-Programme sind in fast allen Parametern höchst verschieden,
- deren Resultate zeigen meist eine zumindest tendenziell positive Wirkung auf die Qualität durch P4P,
- die Anreize im Umfang von 5% sind viel zu klein,
- die meisten Indikatorensets bedürfen noch wesentlicher Verfeinerungen.
- Und: Qualität kostet – zumindest initial.

Dies ist das kurze Fazit, das sich aus den bisherigen Untersuchungen der qualitätsabhängigen Honorierung in der Medizin ziehen lässt. Von den erwähnten Argumenten für und wider das P4P-Prinzip kann somit kaum eines schlüssig entkräftet oder erhärtet werden. Erst mit wachsendem Zeithorizont werden aussagefähigere und in der Tendenz klarere Resultate verfügbar sein. Es ist jedoch zu erwarten, dass sich in den meisten Gesundheitssystemen – so auch im schweizerischen – eine Form von qualitätsabhängigen Leistungskomponenten durchsetzen wird. Dass für solche Programme schon vor der Einführung ein sorgfältiges Monitoring etabliert wird, muss vorausgesetzt werden; kostspielige Grosseperimente sind nicht zu empfehlen.

### Literatur

- 1 Patrick DL (Governor). Patrick Administration Announces Non-Payment Policy for 28 Serious Reportable Events. Press Release Health and Human Services. [www.mass.gov](http://www.mass.gov). 2008.
- 2 Epstein AM. Paying for Performance in the United States and Abroad. *NEJM*. 2006;355 (4).
- 3 Rosenthal MB et al. Pay for Performance in Commercial HMOs. *NEJM*. 2006;355 (8).
- 4 Doran T et al. Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom. *NEJM* 2006;355 (4).
- 5 Fisher ES. Paying for Performance – Risks and Recommendations. *N Engl J Med*. 2006; 355 (2): 1845 ff.
- 6 Petersen LA et al. Does Pay for Performance improve the Quality of Health-Care? *Annals of Internal Medicine*. 2006; 145 (4).
- 7 Lempert L, Wilkins D. Integrated Healthcare Association. Press Release: [www.iha.org/pressrel](http://www.iha.org/pressrel). 2006.
- 8 Pearson SD et al. The Impact of Pay-for-Performance on Health Care Quality in Massachusetts 2001–2003. *Health Affairs*. 2008;27 (4).
- 9 Campell et al. Quality of Care in England with the Introduction of Pay for Performance. *NEJM*. 2007;357 (2).
- 10 Leatherman S, Sutherland K. The Nuffield Trust. *The Quest for Quality: Refining the NHS Reforms*. 2008.

Korrespondenz:

Dr. med. et lic. oec. Kurt Hess  
Projektleiter im Gesundheitswesen  
Vizepräsident Stiftung EQUAM  
Grossmünsterplatz 1  
8001 Zürich  
[kurt.hess@hin.ch](mailto:kurt.hess@hin.ch)

Daniel B. Herren, Iris Stucki

# Veröffentlichung und Vergütung von Qualitätsdaten: die Sicht der FMH

**Dass Qualität sichtbar gemacht werden muss, ist für die FMH unbestritten. Doch die Verbindung von ausschliesslich finanzieller Vergütung und Qualität (Pay for Performance) birgt Risiken.**

Es ist ein Ziel der FMH, Qualität als zentrales Element des ärztlichen Handelns sichtbar zu machen, da eine hohe Versorgungsqualität durch systematische Verbesserung in einem selbstlernenden System erreicht wird. Wir bevorzugen Anreizsysteme, die Qualitätstransparenz mit «incentives» verknüpfen, wobei Anreize nicht nur finanzieller Art gemeint sind. Denn die Koppelung von finanzieller Vergütung mit Qualität kann problematisch sein und zu Fehlanreizen und zur Fehlversorgung führen.

## Qualitätstransparenz und Abgeltungsmodelle

Grundlage jeder Qualitätsmessung ist das Festlegen von Qualitätsindikatoren und Qualitätskriterien. Erst deren genaue Definition erlaubt es, ein System aufzubauen, in welchem medizinisch erbrachte Leistungen korrekt gemessen und somit auch verglichen werden können. Nur unter dieser Voraussetzung können Qualitätsdaten transparent und zugänglich gemacht sowie an unterschiedliche Leistungen auch unterschiedliche Honorierungen geknüpft werden. Angesichts der Komplexität von Ergebnisqualitätsdaten ist die Gefahr gross, dass im Wettbewerb um die medizinische Qualität Struktur- und Prozessparametern der Vorzug gegeben wird. Das Einhalten und der Nachweis von Struktur- und Prozessindikatoren sind relativ einfach, aber deren Nutzen für die Behandlungsqualität ist fraglich. Mit Pay-for-Performance (P4P)-Modellen werden demnach tendenziell falsche Anreize gesetzt, welche Mittelmässigkeit und Fehlversorgungen Vorschub leisten können [1]. Porter/Teisberg bezeichnet gar die meisten P4P-Modelle als Pay-for-Compliance, also als reine Prozesskonformität ohne Anspruch auf tatsächliche Qualitätsverbesserung [2].

## Transparenz für Leistungserbringende?

Die Leistungserbringenden stehen der Veröffentlichung medizinischer Qualitätsdaten skeptisch gegenüber und nutzen sie kaum. In der Tat gibt es beschränkte Evidenz dafür, dass Qualitätstransparenz eine Verbesserung der

Ergebnisqualität bewirkt [3]. Dennoch ist es eines der Ziele der FMH, Qualität als zentrales Element des ärztlichen Handelns sichtbar zu machen. Denn wir sind überzeugt: Qualitätstransparenz soll letztlich die Leistungserbringenden befähigen, ihre Kernaufgabe, die Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten, zu optimieren. Unsere Meinung ist es, dass die Grundlage für eine Qualitätsentwicklung die systematische, kontinuierliche Verbesserung der Leistungen durch ein selbstlernendes System darstellt [4]. Qualitätstransparenz darf deshalb nicht nur der Offenlegung von reinen Qualitätsdaten dienen, sondern muss vor allem komplexe Qualitätsinformationen verständlich vermitteln. Erst damit wird sie der Nutzbarkeit durch alle Anspruchsgruppen gerecht. Folgende Punkte erscheinen uns dabei relevant:

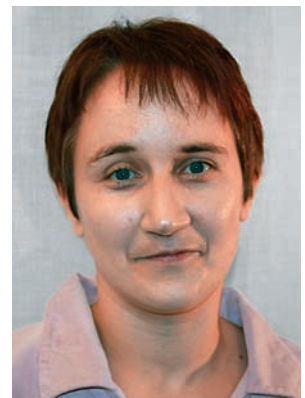
- die Behandlung nach geltenden, evidenzbasierten Normen durchzuführen, sie aber trotzdem bei jedem Patienten individuell anzupassen («state of the art medicine»);
- sich und sein Tun in einem dem Fachgebiet relevanten Umfeld zu spiegeln («benchmarking»);
- Qualitätsdaten im Sinne einer differenzierten Qualitätstransparenz so aufzuarbeiten, dass die unterschiedlichen Anspruchsgruppen, insbesondere die Patienten, einen Nutzen aus der Veröffentlichung dieser Daten ziehen können;
- sich kontinuierlich zu verbessern und gezielt und individuell in zu verbessernde Qualitätsbereiche zu investieren.

## P4P-Programme

Von der Qualitätsmessung und der Veröffentlichung der Ergebnisse ist es nur ein kleiner Schritt dahin, bessere



Daniel B. Herren



Iris Stucki

Qualitätsergebnisse auch finanziell zu belohnen [5]. Die Evidenz zur Wirkung von P4P-Programmen ist ähnlich gering wie diejenige zu Qualitätstransparenz. Der Effekt auf die Qualität scheint jedoch grösser zu sein, wenn sowohl Daten veröffentlicht, als auch P4P-Programme durchgeführt werden [6]. Auf den ersten Blick hat P4P etwas Bestechendes. Es ist logisch und nachvollziehbar – wer bessere Qualität liefert soll auch mehr Geld verdienen. Die Realität sieht allerdings etwas anders aus. Die Qualität durchgeführter Laboranalysen oder diagnostischer Mittel wie Röntgenbilder lässt sich rasch im Konsens beurteilen, die Komplexität ganzer Krankheitsbilder überfordert jedoch oft die Qualitätsmessungen. Zudem bedingt ein validiertes Beurteilungssystem komplexe und anspruchsvolle Prüfalgorithmen, die aufwendig und vor allem teuer sind.

Wenn es schliesslich gelingt, sich mit allen Partnern auf sinnvolle Kriterien zu einigen, entbrennt die Diskussion um die Höhe der finanziellen Entschädigungen. Sind die leistungsabhängigen Vergütungen zu gering (wie etwa in den USA), dann ist das Interesse an solchen Programmen ebenfalls gering, und allfällige Kosten sind höher als der zu erwartende Mehrertrag. Sind die leistungsabhängigen Vergütungen relevant (wie in England), dann besteht die Gefahr der Fehlanreize [7].

Im Zentrum steht die Frage, ob man den Stand der aktuellen Qualität der medizinischen Versorgung halten, die Qualität am unteren Ende des Leistungsspektrums verbessern oder aber den Gesamtdurchschnitt heben will [7]. Wir gehen davon aus, dass die medizinische Versorgung in der Schweiz, auch gemessen am internationalen Standard, sehr hoch ist. Es scheint deshalb realistisch, den Schnitt zu halten und die Verbesserung am unteren Ende des Qualitätsspektrums zu suchen.

### Incentive-for-Quality

Aus unserer Sicht sollten dabei «incentives» im Vordergrund stehen. Ein Incentive-for-Quality (I4Q)-Modell auf der Ebene der Leistungserbringer könnte beispielsweise durch ein periodisches Erfassen von durch Partner anerkannten Qualitätsaktivitäten geschehen (Q-Monitoring). Qualitätstransparenz in dieser Form kann zum Motivator werden, wenn eine sinnvolle und nutzbare Aussage in einer Weise entsteht, dank der eigene Stärken und Schwächen erkannt werden. Dabei könnten diejenigen, die dem Bereich Qualität nicht die notwendige Beachtung schenken, mit Massnahmen zur Verbesserung unterstützt, und diejenigen, welche überdurchschnittliche Ergebnisse

ausweisen, in einer angemessenen Form «belohnt» werden. Ein I4Q-Modell würde es erlauben, Anreize zu setzen, die nicht zwingend finanzieller Art sind (bspw. die Erleichterung von Kostengutsprachen usw.). Die Indikatoren zum Erfassen von medizinischen Qualitätsaktivitäten müssen dabei von den Fachgesellschaften festgelegt werden. Diese Indikatoren sollen Elemente der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie der Selbst- und Fremdevaluation beinhalten und bezüglich ihres Nutzens validiert sein. Zudem sollen fachspezifische Qualitätsinitiativen gefördert werden.

Ein solches Modell hat grosses Potential, die etwas in die Sackgasse geratene Qualitätsdiskussion in der Schweiz neu und konstruktiv zu beleben.

### Literatur

- 1 Mason A, Street A. Publishing outcome data: is it an effective approach? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2000;12(1):37–48.
- 2 Porter ME, Teisberg EO. *Redefining Health Care*. Boston:Harvard Business School Press; 2006.
- 3 Marshall M, Shekelle P, Leatherman S, Brook R. Public disclosure of performance data: learning from the US experience. *Quality in Health Care* 2000;9:53–7.
- 4 AGQ-FMH. Qualitätsmanagement und Zertifizierung der ärztlichen Leistungserbringung: Aufwand und Nutzen. *SÄZ*. 2008;89(20): 838–41.
- 5 Bertelsmann Stiftung. Unser Gesundheitswesen braucht Qualitätstransparenz. *Transparenz für Bürger. Transparenz für Ärzte. Politik für Transparenz*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- 6 Lindenauer P, Remus D, Roman S, Rothberg MB, Benjamin EM. / Ma A et al. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *N Engl J Med*. 2007;356(5): 486–96.
- 7 Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Ann Intern Med*. 2006;145(4): 265–72.

### Korrespondenz

Dr. med. Daniel B. Herren MHA  
Mitglied Zentralvorstand FMH,  
Ressort Daten, Demographie und Qualität (DDQ)  
Elfenstrasse 18  
Postfach 170  
3000 Bern 15  
daniel.herren@kws.ch

Iris Stucki, lic.phil.I, wiss. Mitarbeiterin DDQ  
iris.stucki@fmh.ch

Verena Nold

# Die Tarife müssen künftig auch von der Qualität abhängen

**Leistungsabhängige Vergütungsformen gibt es im Schweizer Gesundheitswesen seit längerem, und sie sind weiterhin auf dem Vormarsch. Was bisher allerdings fehlt, ist der Einbezug von Qualitätsmerkmalen – und dies, obwohl das KVG das seit 1996 fordert. santésuisse liegt viel daran, diesen Zustand in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringenden zu ändern. Deshalb hat santésuisse unter anderem beschlossen, künftig keine Tarifverträge mehr ohne Bestimmungen zur Qualitätssicherung abzuschliessen.**



Verena Nold

Im schweizerischen Gesundheitswesen kennen wir bereits seit längerem Vergütungssysteme mit Elementen von «Pay for Performance», leistungsabhängiger Vergütung also. Mit «Performance» ist die Effektivität einer Leistung, ihre Wirksamkeit, gemeint. Effizient ist eine Behandlung dann, wenn ihre Kosten in einem vernünftigen Verhältnis zur Effektivität stehen. So ist die Entrichtung einer Kopfpauschale (capitation) in HMO-Praxen oder Ärztenetzen eine leistungsabhängige Vergütung: Die Leistung (Performance)

ist die umfassende Behandlung der Patienten nach den Richtlinien des KVG. Die Entschädigung (Pay) ist die vereinbarte Vollpauschale. So entsteht der Anreiz, nicht zielführende Massnahmen zu vermeiden. Diese werden ja nicht zusätzlich entschädigt. Solche Anreize im System führen zu Effizienz. Ein anderes Beispiel ist die bevorstehende Einführung von Swiss-DRG: Die Behandlung einer bestimmten Diagnose (Performance) wird mit einer vereinbarten Pauschale (Pay) entschädigt. Auch hier lohnt sich zielführendes Verhalten zu möglichst geringen Kosten.

## Leistungsabhängige Vergütung: grosser Einfluss auf das Verhalten

Die Finanzkrise und die anschliessende Diskussion um das System der Boni der Bankangestellten haben uns vor Augen geführt, wie mächtig das Instrument «Pay for Performance» ist. Es kann einen grossen Einfluss auf das

Verhalten der Marktteilnehmer ausüben. Gerade deshalb ist es wichtig, sich über die Ziele, die dieses Instrument verfolgen soll, im Klaren zu sein. Welche Ziele wünschenswert sind, ist abhängig von der Perspektive. Das gilt im Gesundheitswesen nicht weniger als im Finanzmarkt.

## Qualität: wichtiges Element einer leistungsabhängigen Vergütung

In der Schweiz haben die Betreiber von HMO-Praxen und von Ärztenetzen schon früh erkannt, dass in einem leistungsabhängigen Vergütungssystem der Einbezug von Qualitätsmerkmalen ein wichtiger Bestandteil sein sollte. Sie haben sich freiwillig, ohne dass es eine vertragliche Anforderung wäre, dem Thema Qualitätssicherung intensiv gewidmet und konkrete Massnahmen umgesetzt. Unter anderem unterstreicht das vom Bund anerkannte EQUAM-Qualitätslabel die Ernsthaftigkeit ihrer Bemühungen.

Im Gesundheitswesen wurde der Begriff «Pay for Performance» (P4P) zuerst im angelsächsischen Raum eingeführt. Er ist auch bekannt unter dem Begriff «value-based purchasing». Aus dem zweiten Begriff wird ersichtlich, dass diese neue Entschädigungsform von Anfang an das Ziel verfolgte, Anreize für qualitätssicherndes und qualitätsverbesserndes Verhalten zu schaffen. Genau definierte Qualitätsmerkmale sollten fortan die Höhe der Entschädigung mitbestimmen. Die Kostenträger, in den USA beispielsweise Medicare und Medicaid, in Grossbritannien das staatliche Gesundheitswesen (NHS), vereinbaren mit den Leistungserbringern qualitätsbezogene Ziele und entschädigen die Leistungserbringenden je nach Grad der Zielerreichung. Im NHS wurden die Ziele durch 146 Qualitätsindikatoren definiert, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität betreffen. Letztere wurden durch klinische Parameter von zehn chronischen Krankheiten abgedeckt. Die Höhe der Entschädigung wurde deutlich angehoben, was den Grundversorgenden erlaubte, in Technologie und Personal zu investieren.

## Trotz Gesetz: Qualitätssicherung in der Schweiz wenig fortgeschritten

Zurück in die Schweiz: Hierzulande sind die Anforderungen des KVG an die Qualitätssicherung auch zwölf

Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes noch bei weitem nicht erfüllt. Das Gesetz beauftragt in Artikel 58 den Bundesrat, Massnahmen für die Qualitätssicherung und den zweckmässigen Einsatz von Leistungen zu benennen. In der Verordnung (Art. 77 KVV) hat der Bundesrat die Umsetzung der Qualitätssicherung an die Leistungserbringenden bzw. deren Verbände delegiert. Er verpflichtet diese, Konzepte und Programme zur Qualitätssicherung und Qualitätsförderung zu erarbeiten. Die Krankenversicherer sind insofern in die Verantwortung einbezogen, als die Modalitäten der Durchführung in Verträgen mit den Versicherern oder deren Verbänden zu regeln sind.

Seit 1996 sind in zahlreichen Leistungsbereichen Qualitätskonzepte und Qualitätsprogramme initiiert und entwickelt worden (Apotheker, Labor-Ringversuche, Ergotherapie, Physiotherapie, Rehabilitation, Spital stationär usw.). Viele dieser Projekte verfügen noch über deutliches Entwicklungspotential oder haben sich bei der Umsetzung in die Praxis verzögert. In einigen Sektoren – wie bei den frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzten – fehlen noch immer die notwendigen Konzepte und Programme.

### **santésuisse will mit der Umsetzung Ernst machen**

santésuisse hat bezüglich Qualitätssicherung in den vergangenen Jahren mehrere grundsätzliche Entscheide getroffen und konkrete Vorgaben für Tarifverhandlungen gemacht:

- Es wird zukünftig kein Tarifvertrag mehr ohne Bestimmungen zur Qualitätssicherung abgeschlossen.
- Die vereinbarte Qualitätssicherung muss mess- und vergleichbar sein.
- Die Resultate der Qualitätssicherung müssen transparent gemacht werden.
- Gegen Leistungserbringende, die eine Teilnahme an vertraglich vereinbarten Massnahmen der Qualitätssicherung verweigern, werden Sanktionen ergriffen.
- Mit der Durchführung der vertraglichen Qualitätssicherung können die Leistungserbringenden im Prinzip keine Mehrkosten geltend machen.
- In Leistungsbereichen, in denen die Verbände der Leistungserbringenden noch keine Konzepte und Programme zur Qualitätssicherung ausgearbeitet haben, ist santésuisse zur Zusammenarbeit bereit, damit die notwendigen vertraglichen Grundlagen zur Qualitätssicherung möglichst rasch bereitstehen.

<sup>1</sup> Bericht vom 5. September 2007 zur Rolle des Bundes bei der Qualitätssicherung nach KVG

santésuisse begrüsst die Bestrebungen, auf nationaler Ebene Grundsätze zur Qualitätssicherung zu beschliessen, Eckwerte und Mindestanforderungen zu formulieren und die Massnahmen zu koordinieren. Die Krankenversicherer sind bereit, in diesem Sinne in einer nationalen Plattform mitzuwirken. santésuisse ist aber der Auffassung, dass die Qualitätssicherung nicht von oben diktiert werden kann. Qualitätssicherung muss breit abgestützt sein. Leistungserbringende und Krankenversicherer brauchen deshalb den nötigen Spielraum für vertragliche Regelungen.

### **Qualität muss tarifwirksam werden**

Die Parlamentarische Verwaltungskontrolle (PVK) der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates (GPK-S) führt die mangelnde Umsetzung der KVG-Qualitätsanforderungen u.a. auf das Fehlen von Anreizen seitens der Leistungserbringenden und der Versicherer zurück.<sup>1</sup> Somit sind wir wieder beim Thema «Pay for Performance»: Idealistische Motive reichen offenbar nicht aus, um verbindliche und breit abgestützte Konzepte der Qualitätssicherung flächendeckend umzusetzen. Qualitätssicherung muss auch finanziell relevant sein. Die GPK-S schlägt deshalb die Differenzierung der Tarife nach Qualitätskriterien vor. In einer Fussnote hält der Bericht fest: «Theoretisch könnten die Versicherer solche Modelle entwickeln. Dazu müsste aber in einem ersten Schritt klar definiert sein, welche Qualität wie gemessen und vergütet wird.»

---

**In einigen Sektoren –  
wie bei den frei praktizierenden Ärztinnen  
und Ärzten – fehlen noch immer  
die notwendigen Qualitätsprogramme.**

---

Gerne nimmt santésuisse diesen Ball auf. So wird im PVK-Bericht weiter bemängelt, dass die Qualitätssicherung der Leistungserbringenden nicht darauf abziele, Qualität transparent, einheitlich und vergleichbar aufzuzeigen. Hier sieht santésuisse in der Umsetzung der Qualitätssicherung einen Schwerpunkt. Die Qualität sollte für die Patienten und Versicherten transparent gemacht werden. Dass die Qualität nicht nur durch Strukturen und Prozesse beschrieben werden kann, sondern ergebnisorientierte Indikatoren enthalten muss, ist für santésuisse selbstverständlich. Natürlich darf dies die Arbeit der Qualitätssicherung nicht behindern – denken wir beispielsweise an die Meldung von kritischen Er-

eignissen (CIRS). Die Arbeit an der Qualitätssicherung selbst muss in sensiblen Bereichen in einem geschützten Rahmen stattfinden.

### Die Krankenversicherer bieten Hand zur Zusammenarbeit

Die Versicherer sind gesetzlich dazu verpflichtet, mit allen Leistungserbringenden, die die Zulassungsbestimmungen von Art. 35–40 KVG erfüllen, Tarifverträge abzuschliessen. Es besteht somit faktisch ein Kontrahierungszwang. Doch gleichzeitig herrscht auch Tarifautonomie: Die Tarifpartner verfügen innerhalb des von Art. 43–52a KVG abgesteckten Rahmens über relativ grosse Freiheiten bei der Gestaltung ihrer vertraglichen Beziehungen. Eine leistungserbringerbezogene Abstufung nach spezifischen Kriterien, wie beispielsweise Qualität, ist im bestehenden System nicht explizit vorgesehen. Die Tarifpartner können solche Modelle trotzdem entwickeln.

### Qualitätssicherung muss breit abgestützt sein.

Denkbar ist etwa, dass Tarifierhöhungen künftig nicht mehr nach dem Giesskannenprinzip allen Leistungserbringenden zugutekommen. Tarifierhöhungen könnten nur noch bei Leistungsbereichen vereinbart werden, in denen Qualitätskonzepte und Qualitätsprogramme initiiert, entwickelt und umgesetzt werden. Diese Qualitätssicherung wird in den Tarifverträgen geregelt. Die Tarifierhöhung soll dabei individuell nur denjenigen Leistungserbringenden gewährt werden, welche die ver-

einbarten Qualitätssicherungsmaßnahmen auch einhalten und umsetzen.

Eine Möglichkeit, über den Tarif hinaus weitere finanzielle Anreize zur Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zu setzen, besteht in den Vergütungssystemen von Managed Care: In die Berechnung der Vollpauschalen (capitation) fliessen heute Überlegungen wie Alter, Geschlecht und Vor-Hospitalisation der zu behandelnden Versicherten ein – Risikomerkmale also. Auch hier könnten künftig vermehrt und substantiell ausgewiesene Qualitätsmerkmale in die Berechnungen mit einfließen.

### Fazit: die Tarifpartner müssen jetzt gemeinsam handeln

Die Umsetzung der Qualitätssicherung nach KVG lässt sich durchaus vorantreiben, ohne dass der Bund mit vorgegebenen Massnahmen Druck aufsetzt. Die Bedingung dafür ist allerdings, dass sich Qualitätssicherung und Benchmarking für alle Beteiligten lohnen – auch finanziell. Die Krankenversicherer waren und sind gerne bereit, gemeinsam mit den Leistungserbringenden solche Modelle zu entwickeln.

Korrespondenz:

Verena Nold

Stv. Direktorin, Leiterin Abteilung Tarife und Preise  
santésuisse

Römerstrasse 20

4502 Solothurn

Verena.Nold@santesuisse.ch

Nikola Biller-Andorno, Verina Wild

# Ethische Fragen zur Leistungs-entlöhnung im Gesundheitswesen

«Pay for Performance» (P4P), zu Deutsch «Entlöhnung für Leistung», ist als neues «buzzword» in der gesundheitspolitischen Diskussion in der Schweiz aufgetaucht. Gute Arbeit zu belohnen scheint zunächst nicht weiter problematisch. Doch ein genauerer Blick zeigt, dass das Modell ethische Fragen aufwirft, die vor einer weiteren Verbreitung im Schweizer Gesundheitswesen genauer geprüft werden müssen.

Leistungseinkäufer möchten diejenigen Ärztinnen und Ärzte belohnen, die «gute Qualität und hohe Effizienz der Leistungserbringung vereinen» [1]. Was hier so technisch daherkommt, könnte zum Beispiel in der Praxis bedeuten, dass zwei Internisten, die beide Patienten mit koronarer Herzkrankheit betreuen, für ihre Arbeit unterschiedlich bezahlt werden, je nachdem, bei wie vielen ihrer Patienten die Blutdruckwerte in einem bestimmten Bereich liegen.

Beim unbedarften Beobachter kommen hier rasch eine Reihe von Fragen auf: Wer bestimmt, welche Parameter massgeblich für «gute Qualität» in der Patientenversorgung sind? Werden Ärztinnen und Ärzte zugleich auch auf mehr Effizienz getrimmt? Was ist der Preis dafür? Lohnt sich ein solches System? Und falls ja, für wen?

## P4P: It's a fine line

In der Tat sind Fragen mit ethischer Stossrichtung in den letzten Jahren vermehrt in der P4P-Literatur diskutiert worden [2]. Es finden sich verschiedene Positionen: Auf der einen Seite des Spektrums finden sich vornehmlich diejenigen, die medizinische Leistungen «einkaufen» und das Potential für eine Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit hervorheben. Auf der anderen Seite finden sich skeptische Wortmeldungen, meist aus ärztlicher Perspektive, die P4P entweder als weitere Daumenschraube unter dem Vorwand des Qualitätsmanagements wahrnehmen oder aber als Herabwürdigung ärztlicher Arbeit betrachten, da finanzielle Anreize gesetzt würden für etwas, was sowieso eine Selbstverständlichkeit sei (nämlich gute Arbeit) [3, 4]. Jedoch muss sich diese radikale Kritik die Nachfrage gefallen lassen, ob dann nicht auch andere Bezahlungsmodelle, wie etwa «fee for service» oder die bessere Vergütung von Privatpatienten, nicht in ähnlicher Weise in Konflikt zum professionellen Selbstverständnis

stünden. Während solche Überlegungen durchaus interessante Debatten auslösen können, haben sie doch mit der Alltagsrealität vieler Ärztinnen und Ärzte wenig gemein, wenn man etwa bedenkt, dass auch der freiwillige, unvergütete Besuch von Qualitätszirkeln keine Selbstverständlichkeit ist. Es läuft also darauf hinaus, die richtige Balance zu finden: Zwar sollte die Begegnung von Arzt und Patient nicht rein geschäftlicher oder auch nur vornehmlich geschäftlicher Natur sein, aber dennoch müssen finanzielle Anreize professionelles Verhalten nicht notwendigerweise unterminieren, sondern können dieses im Prinzip auch günstig beeinflussen [5].

## Beurteilung im Kontext

P4P muss also jeweils in seiner konkreten Ausgestaltung und im Kontext des jeweiligen Gesundheitswesens betrachtet werden. Hierbei können mindestens folgende Parameter variieren:

- Die *finanziellen Ressourcen*, die dem Gesundheitswesen zur Verfügung stehen. Diese haben Einfluss darauf, ob P4P eher dazu beitragen soll, die Ausgaben über eine reduzierte Grundvergütung für medizinische Leistungen zu senken, oder ob im Gegenteil über den Status quo hinaus Geld für positive Anreize (Bonis) und Unterstützung bei der Umsetzung zur Verfügung steht. Wichtig ist hier ebenso die Frage, ob es um einen kleinen Zuschlag («nice to have») geht oder ob ein signifikanter Anteil des Einkommens von der Performance abhängig gemacht wird.
- Die *Machtverhältnisse im Beziehungsgeflecht von Ärzteschaft, Krankenversicherern und anderen gesundheitspolitischen Akteuren*: Können Abhängigkeitsverhältnisse zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und Krankenversicherern oder HMO entstehen? Letztere können den Vertrag mit den Leistungserbringenden kündigen,



Nikola Biller-Andorno



Verina Wild

falls diese keine «star performance» an den Tag gelegt haben [6].

- Die *Entwicklung und Auswahl der Qualitätsstandards*, die mit grösserer oder geringerer Beteiligung der Ärzteschaft bzw. Fachgesellschaften und mit unterschiedlichem Problembewusstsein für die u.a. methodisch bedingte unterschiedliche Verfügbarkeit evidenzba-

### Geht es um einen kleinen finanziellen Zustupf?

Oder wird ein beträchtlicher Anteil  
des Einkommens von der Performance  
abhängig gemacht?

sierter Parameter – und damit auch eine voraussichtlich unterschiedliche «Qualitätspunktdichte» in verschiedenen Bereichen der medizinischen Praxis – erfolgen kann.

- Die Art und Weise, wie *Erwartungen und Prioritäten von Patientinnen und Patienten* integriert werden. Auch wenn in bisherigen Modellen der Einbezug von Parametern zur Patientenzufriedenheit üblich zu sein scheint, so besteht doch ein grosser Unterschied zwischen dem Abfragen von äusserlichen Parametern (wie bsp. Wartezeiten) und der Frage, ob die Behandlung sich wirklich an dem ausgerichtet hat, was dem Patienten wichtig war. Hinzu kommt die Frage der Gewichtung und des Zusammenspiels der verschiedenen Parameter: Kann es etwa passieren, dass jemand mit einem Bonus für kostengünstiges und/oder bestimmte Laborparameter einhaltendes Praktizieren belohnt wird, auch wenn die für den Patienten höchst relevanten Komplikationsraten erheblich höher sind als bei anderen Ärzten? [7]
- Das *Verhältnis von Qualitätsmessungen und die Frage der Kosteneffizienz*: Geht es «unter dem Strich» darum, die Qualität zu verbessern, oder darum, ein Kontrollinstrument zu etablieren, «where payers can micro-manage both patients and hospitals» [8]? Wie transparent ist die Zielsetzung? Denn: «If the avowed purpose of pay for performance is quality but the true purpose is efficiency, that is unethical.» [8]

### Ethische Parameter in der Beurteilung von P4P

Die konkrete Beurteilung von P4P hängt also von einer Reihe kontextueller Faktoren ab. Dennoch gibt es einige grundsätzliche Erwägungen, an denen sich die jeweiligen Programme messen lassen müssen.

### Gerechtigkeit

P4P setzt Anreize, möglichst viele «Qualitätspunkte» zu sammeln. Damit wird die Auswahl von Patienten oder Krankheitsbildern belohnt, die besonders viele Punkte versprechen. Einerseits, weil viele Parameter in Punkten abgebildet sind (was in manchen Bereichen leichter evidenzbasiert möglich ist als in anderen, wie etwa der Versorgung multimorbider Menschen mit vielen «Störvariablen»). Andererseits, weil mit einem bestimmten Patienten mit Blick auf seinen Gesundheitszustand oder sein Verhalten der erforderliche Wert leichter zu erreichen ist als mit einem anderen. Damit kommt es zu einem negativen Selektionseffekt, der es bestimmten Menschen noch schwerer machen könnte, Zugang zu ausreichender medizinischer Versorgung zu erhalten: «Pay-for-Performance programs that do not consider specific health disparities risk variables such as socioeconomic status, geographic location, race, ethnicity and level of disease burdens can create the real potential to economically penalize and cause unintended disincentives for individual physicians, medical groups and health institutions that have traditionally provided health services for these high-risk populations. A practice that sees a lot of the poor, the sick and the old will have a lower batting average.» [9]

### Wohltun/Nichtschaden

Über die Benachteiligung bestimmter Gruppen hinaus besteht die Gefahr, das P4P durch das Schaffen von Interessenkonflikten einer hochqualitativen Arzt-Patient-Beziehung abträglich sein könnte und Prioritäten verzerrt

Das «soziale Experiment» P4P  
bedarf einer Begleitforschung,  
die auch negative Begleiterscheinungen  
im Blick hat.

werden: So wird eine umfassende Versorgung möglicherweise auf Kosten der Einstellung qualitätspunkterelevanter Parameter zurückgestellt, auch wenn diese für den Patienten von untergeordneter Bedeutung sind. Insgesamt kann die ärztliche Autonomie beeinträchtigt werden [10], während der administrative Aufwand zunimmt – Faktoren, die häufig als Ursachen für den Rückgang der Attraktivität des Arztberufs diskutiert werden. Ärztinnen und Ärzte, die sich über die Spielregeln hinwegsetzen, nehmen finanzielle Nachteile in Kauf und riskieren, stigmatisiert zu werden. Schliesslich ist auch fraglich, ob externe Anreize auf längere Sicht der intrinsischen Motivation, Arbeit von hoher Qualität zu leisten, nicht abträglich sein können.

### Respekt vor Autonomie der Patienten

Die individuellen Präferenzen und Prioritäten kommen bei P4P im günstigsten Fall durch den Parameter «Patientenzufriedenheit» ins Spiel. Tendenziell wäre jedoch zu erwarten, dass das Ideal einer partnerschaftlichen Arzt-Patient-Beziehung einer zusätzlichen Belastung ausgesetzt wird, da Ärztinnen und Ärzte bei der Behandlung ihrer Patienten eine «doppelte Agenda» mehr haben, die nicht offen ausgesprochen wird, wohl aber konkrete Behandlungsentscheide beeinflusst [4]

### P4P – ein Experiment, das der Evaluation bedarf

In der Schweiz gibt es bereits positive Anreize für kosteneffizientes Verhalten, etwa als Gewinnanteil bei Unterschreiten der geplanten Jahreskosten im Hausarztssystem oder in Form der Fallpauschalen im stationären Bereich. Auch negative Anreize existieren, wie beispielsweise Rückforderungen. Doch wurde bislang weder der Konnex zwischen Effizienz und Qualität angemessen beleuchtet, noch gibt es Qualitätskriterien, die ethische Aspekte umfassend und differenziert integrieren. Zudem ist zu fordern, dass der Nutzen (also eine qualitativ bessere medizinische Versorgung) die Risiken und Kosten eines solchen Systems überwiegen muss. Während die Evidenzbasis für den erhofften Nutzen dünn ist [11], ist sie bezüglich der Risiken noch mehr im hypothetischen und anekdotischen Bereich. Es handelt sich also bei P4P um ein «soziales Experiment» [12], das im Minimum einer umfassenden Begleitforschung bedarf, die nicht nur den erhofften Zuwachs an Qualitätseffektivität, sondern auch mögliche negative Erscheinungen in den Blick nimmt [13]. Wie eine kontextualisierte, ethisch informierte Begleitforschung aussehen kann, wird derzeit für den Bereich der DRG exploriert [14]. Es wäre zu wünschen, dass sie sich auch im Bereich der Qualitätssicherung etabliert.

### Literatur

- 1 Milstein A, Lee TH. Comparing Physicians on Efficacy. *N Engl J Med.* 2007;357(27): 2649–52.
- 2 Snyder L, Neubauer RL. Pay-for-performance principles that promote patient-centered care: an ethics manifesto. *Ann Intern Med.* 2007;147(11): 792–4.
- 3 Metoyer P. Are pay-for-performance programs a threat to medical professionalism? *Ann Intern Med.* 2008;148(8): 629–30.

- 4 Taub SJ. Pay for performance: is it ethical? *Compr Ophthalmol Update.* 2007;8(5): 277–83.
- 5 Brody H. Are pay-for-performance programs a threat to medical professionalism? *Ann Intern Med.* 2008;148(8): 630.
- 6 Weber DO. The Dark Side of P4P. *Physician Exec.* 2005;Nov–Dec: 20–5.
- 7 Nelson AR. Pay-for performance programs: Ethical questions and unintended consequences. *J Fam Pract.* 2007;56(10 Suppl A): 16A–18A.
- 8 Thompson RE. Is Pay for Performance Ethical? *Physician Exec* 2005;Nov–Dec:60–2.
- 9 Hood RG. Pay-for-Performance – Financial Health Disparities and the Impact on Healthcare Disparities. *J Nat Med Ass.* 2007;99(8): 953–8.
- 10 Larriviere DG, Bernat JL. Threats to physician autonomy in a performance-based reimbursement system. *Neurology.* 2008;70(24): 2338–42.
- 11 Hess K. Transparenz als unabdingbares Recht (Kommentar). *Care Management.* 2008;1(2): 29.
- 12 Epstein AM. Pay for Performance at the Tipping Point. *N Engl J Med.* 2007;356(5): 515–7.
- 13 Lowther CM. Are pay-for-performance programs a threat to medical professionalism? *Ann Intern Med.* 2008;148(8): 630.
- 14 Wild V, Biller-Andorno N. Einführung der Fallpauschalen in der Schweiz – eine Frage der Ethik. *SÄZ.* 2008;89(9): 361–5.

### Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Dr. phil. Nikola Biller-Andorno  
 Institut für Biomedizinische Ethik  
 Universität Zürich  
 Zollikerstr. 115  
 8008 Zürich  
 biller-andorno@ethik.uzh.ch  
 www.ethik.uzh.ch/ibme

Dr. med. Verina Wild  
 Institut für Biomedizinische Ethik  
 Universität Zürich  
 Zollikerstr. 115  
 8008 Zürich  
 wild@ethik.uzh.ch  
 www.ethik.uzh.ch/ibme

Robert Dobler

# Pay for Performance – Erfahrungen aus dem NHS

**Im April 2004 trat ein neuer Vertrag für die Allgemeinmediziner im britischen Gesundheitsdienst (NHS) in Kraft. Das Programm belohnt Ärztinnen und Ärzte für die Zielerfüllung in bestimmten Bereichen, die mit Hilfe von etwa 150 Indikatoren gemessen wird. Unser Autor arbeitet seit sechs Jahren in einer grossen Allgemeinarztpraxis in Cambridge, die mit je sieben Partnern und angestellten Ärzten rund 11000 Patienten in einem sozial eher schwachen Gebiet versorgt – ein Erfahrungsbericht.**

Im Frühjahr 2004 führte der NHS den «Quality and Outcomes Framework» (QOF) ein. Längst nicht alle Ärztinnen und Ärzte feierten diesen Moment, doch in unserer Praxis wurde das Konzept sehr begrüsst. So mussten wir fortan die Indikatoren nicht mehr selbst verifizieren, sondern können uns darauf verlassen, dass jeder klinische Indikator durch eine Expertengruppe

---

Wir können zeigen,  
ob Patienten optimal behandelt werden  
und in welchen Gebieten deren Versorgung  
verbessert werden könnte.

---

wissenschaftlich validiert worden ist, dem neusten Standard von Forschung und Klinik entspricht und regelmässig auf den aktuellen Stand gebracht wird.

Sicherlich sind sehr viele unserer ärztlichen Qualitäten nicht messbar. Ein grosser Teil der bedeutsamen Arbeit mit unseren Patientinnen und Patienten lässt sich weder dokumentieren noch objektiv bewerten. Dennoch wird heute keiner mehr leugnen, dass es für viele Krankheiten «beste Behandlungsziele und Behandlungswege» gibt – Evidence-based Medicine eben. Und diese sind oft messbar.

Seit Einführung des neuen Vertrags im Jahr 2004 ist für die Allgemeinärzte in England ein Teil des Einkommens davon abhängig, dass wir unsere Qualität messen und gesetzte Ziele auch erreichen. Je nach dem Ein-

kommen der Praxis aus anderen Quellen macht der QOF heute zwischen 10% und 20% des Gesamteinkommens aus.

Dafür hat das englische Gesundheitssystem klinische und organisatorische Indikatoren erarbeitet. Insgesamt sind 1000 Punkte erreichbar, von denen 655 auf Indikatoren in 19 klinischen Gebieten verteilt sind.

Mit der Einführung des QOF im April 2004 sind alle Allgemeinarztpraxen von der Gesundheitsbehörde mit Computern und Software ausgerüstet und vernetzt worden. Alle Patientenkarteen sind

zumindest teilcomputerisiert. Dies hat die Dokumentation und Erfassung von Patientendaten massiv verbessert. Wir sind damit jederzeit in der Lage, zum Beispiel eine Liste unserer chronisch kranken Patienten zu generieren. Wir können zeigen, ob diese Patienten optimal behandelt werden und in welchen Gebieten deren Versorgung verbessert werden könnte. Das System ermöglicht uns auch, die Patienten anzuschreiben und ihnen eine bessere evidenzbasierte Behandlung vorzuschlagen. Chronic Disease Management wird damit zum aktiven Management, während wir zuvor nur hoffen konnten, dass der Patient in der Praxis erscheint und die richtigen Fragen stellt.

Die Indikatoren sind einerseits völlig frei zugänglich<sup>1</sup>, andererseits in unsere klinische Software integriert. Wenn wir die Kartei eines Patienten öffnen, sehen wir gleich, welche Untersuchungen noch pendent sind. Das System meldet, welche Therapien noch ergänzt werden könnten. Selbst wenn ein Patient wegen einer völlig anderen Angelegenheit zu mir kommt, können wir – sofern es zeitlich und inhaltlich passt – gemeinsam an einer optimalen Behandlung arbeiten.

Während der Sprechstunde machen es Computertemplates leicht, Informationen in das System einzugeben. Alle Ärzte und Krankenschwestern in der Praxis helfen, diese Daten zu sammeln. Wir haben spezielle Sprechstunden für unsere chronisch kranken Patienten, in denen die Nachsorge durchgeführt wird. Und die Patientenfragebögen helfen uns, das Gesundheits- bzw. Krankheitsbild des Patienten zu vervollständigen. Dokumente



Robert Dobler

<sup>1</sup> Revisions to the GMS contract 2006/07: [www.nhsemployers.org/pay-conditions/primary-902.cfm](http://www.nhsemployers.org/pay-conditions/primary-902.cfm).

von Krankenhausaufenthalten und Besuchen bei Spezialisten werden eingescannt, die wichtigsten Informationen wie Untersuchungen oder Diagnosen kodiert und in unser System integriert.

Natürlich sind nicht immer alle Patienten kooperativ. Deshalb können wir unter definierten Voraussetzungen

---

**Das englische Allgemeinarztsystem  
hat all jene überholt, die heute noch darüber  
diskutieren, ob man Qualität überhaupt  
messen kann.**

---

Patienten aus dem Punktesystem ausschliessen. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn ein Patient in einem Zeitraum von einem Jahr mindestens drei Aufgebote zu einer Konsultation erhalten und nicht reagiert hat. Oder wenn eine Behandlung in einer speziellen Situation als nicht angemessen eingestuft wird, zum Beispiel bei einer terminalen Erkrankung oder bei einer schweren Begleiterkrankung. Auch Non-Compliance ist ein Ausschlussgrund. In England werden derzeit etwa fünf von 100 Patienten aus solchen Gründen aus dem Bewertungssystem ausgeschlossen [1].

Ein Team aus Datenexperten, Beamten der Gesundheitsbehörde, einem anderen Allgemeinarzt sowie einer Person aus einem völlig anderen Gebiet untersucht jährlich unsere Datensets und die Ausschlüsse. Dies soll gewährleisten, dass die Bewertung im QOF ehrlich und sorgfältig erfolgt.

Es macht grossen Spass, in meiner täglichen medizinischen Praxis hohe Qualität anzustreben. Und es ist extrem zufriedenstellend, wenn sich die investierte Energie und Zeit in einer hohen Punktzahl niederschlägt. Für diese Performance werden wir nach einer Formel bezahlt, die auch die soziale Deprivation meiner Patienten berücksichtigt.

Aber Achtung: Nicht alles aus dem QOF zuverdiente Geld fliesst in die Taschen der Ärzteschaft. Wir beschäftigen Sachbearbeiter, die bei der Datenerhebung und Kodierung helfen, wir finanzieren Krankenschwestern mit, um Chronic Disease Clinics anzubieten, wir schicken Hunderte von Einladungen an unsere 11 000 Patienten und erhöhen die Ärztezahl, um die intensivere Betreuung sicherzustellen: Qualität kostet einfach auch Geld!

Als Deutscher, der im englischen System arbeitet, bin ich mir sehr bewusst, dass der Ruf der englischen Medizin auf dem Kontinent immer noch der Situation vor fünf bis zehn Jahren entspricht. Aber nach sechs Jahren National Service Framework und nach vier Jahren QOF hat das englische Allgemeinarztsystem all jene überholt, die heute noch darüber diskutieren, ob man Qualität überhaupt messen und wie man solche Messungen national einführen kann. Kein anderes europäisches Land ist derzeit in der Lage, sich auf einen gemeinsamen Nenner zu einigen, um nationale evidenzbasierte Standards in mehreren klinischen Gebieten zu erarbeiten und Indikatoren zu formulieren, um diese Standards zu messen. Ebenso undenkbar ist für viele europäische Länder die flächendeckende Datenerhebung mit einer elektronischen Patientendatei; dies ist aber eine Grundvoraussetzung für das Gelingen eines solchen Projekts. Selbstzufriedenheit ist auf dem Kontinent also fehl am Platz.

#### Literatur

1 N Engl J Med. 2008;359: 274–84.

Korrespondenz:

Dr Robert Dobler  
MRCGP, DFFP, DRCOG  
Nuffield Road Medical Center  
Cambridge, England  
robert.dobler@nhs.net

# Managed Care – die reizvolle Art zu steuern

## Sinnvolle Anreize jenseits von Manipulation, Unterlassung und anderen Nebenwirkungen

### PROGRAMM

#### Vormittag

##### Keynote Referate

- **Jenseits von Manipulation: Wirkungsvoller Wettbewerb**  
Robert Leu, Departement Volkswirtschaftslehre, Universität Bern
- **Jenseits von Rationalität: Intuition und Unbewusstes**  
Odette Wegwarth, Max-Planck-Institut für Bildungsforschung Berlin
- **Zwischen Systematik der Evidenz und Individualität der Patienten**  
Bettina Borisch, Institut de Médecine Sociale et Préventive, Université de Genève
- **Zwischen Bedürfnissen der Patienten und pauschalierten Preisen**  
Regula Jenzer Bürcher, Pflegedienste Spital Wallis (GNW), Sitten, und SVPL

- **Kosteneinsparungen? Managed Care wirkt**  
Konstantin Beck, CSS-Institut für empirische Gesundheitsökonomie, Luzern
- **Reizvolle staatliche Regulierung?**  
Plenardiskussion und e-Voting mit nationalen und kantonalen Entscheidträgern

#### Nachmittag

- **Parallele Angebote**  
Interaktive Workshops / Projektpräsentationen / Educational Workshops
- **Verleihung Managed Care-Förderpreis 2009**
- **FMC-Arena: Synthese und Schlussfolgerungen**

#### Abend

**Managed Care Networking Dinner**  
mit den Referenten und einem Künstler

#### Förderpreis 2009 des Forums Managed Care

Das Forum Managed Care verleiht anlässlich des Symposiums vom 18. Juni 2009 den Förderpreis für herausragende Leistungen zur Entwicklung und Umsetzung von Managed Care im Schweizer Gesundheitswesen. Die Preissumme beträgt 10 000 Schweizer Franken. Der Strategische Beirat entscheidet über die Vergabe des Förderpreises. Teilnahmebedingungen: Alle zum Symposium 2009 eingereichten Projekte und Studien, die ganz oder hauptsächlich in der Schweiz bearbeitet wurden, sind für den Förderpreis angemeldet. Die Bewertung der Arbeiten erfolgt nach den Kriterien:

- Bezug zu den Themen des Symposiums «Managed Care – die reizvolle Art zu steuern oder sinnvolle Anreize jenseits von Manipulation, Unterlassung und anderen Nebenwirkungen»

- Nachweis des Nutzens von Integration und Vernetzung auf die medizinische Qualität und/oder die Wirtschaftlichkeit

#### Call for Abstracts und Einreichen der Projekte

Das Forum Managed Care lädt alle Interessierten ein, am Symposium vom 18. Juni 2009 ihre wissenschaftlichen Studien, Optimierungsprojekte, Initiativen oder Innovationen in Form von Präsentationen oder interaktiven Workshops vorzustellen. Die Arbeiten sollen die Entwicklung, den Aufbau oder die Evaluation innovativer Managed-Care-Formen und Instrumente zum Ziel haben und entsprechende Resultate aufweisen. Der Vorstand des Forums Managed Care nimmt Zusammenfassungen im Umfang von einer A4-Seite bis zum **31. Dezember 2008** entgegen. Anmeldungen können unter [info@fmc.ch](mailto:info@fmc.ch) eingereicht werden.

**FORUM MANAGED CARE - SHARE VISIONS IN HEALTHCARE**

Das Forum Managed Care ist ein offener Verein für die Diskussion und Verbreitung innovativer Systeme im Schweizer Gesundheitswesen. Klicken Sie hier für mehr Infos.



18.12.2008

**Das Forum Managed Care hat einen neuen Webauftritt**

> mehr

23.10.2008

**Zeitschrift Care Management**

Lesen Sie die neueste Ausgabe unserer Zeitschrift Care Management mit dem...

> mehr

Suchen



**Forum Managed Care**  
Pflanzschulstrasse 3  
CH-8400 Winterthur  
Tel. +41 52 235 05 53  
E-Mail info(at)fmc.ch

GOLD  
PARTNER

**mc**  
Navigator

**SYMPOSIUM**  
**18. JUNI 2009**  
**ZÜRICH**

# Das Forum Managed Care hat einen neuen Webauftritt

**Das Forum Managed Care (FMC) ist ein offener Verein und das Podium für alle Akteure und Institutionen, die die Entwicklung von Managed Care in der Schweiz mitgestalten wollen. Zudem will das Forum allen Interessierten, die sich in ihrem beruflichen oder (standes-)politischen Umfeld mit Managed Care befassen, eine Wissensplattform bieten – [www.fmc.ch](http://www.fmc.ch).**

Mit dem neuen Webauftritt können die Dienstleistungen des FMC noch attraktiver präsentiert und bekannt gemacht werden. Dazu beitragen sollen neben der modernisierten Gestaltung neue Dienstleistungen wie die Rubrik «Agenda & News». Darin finden Interessierte eine aktuelle Auswahl an Veranstaltungen sowie Fort- und Weiterbildungen, die im Umfeld von Managed Care ihren festen Platz haben. Für eine optimale Orientierung enthält die Site ausserdem eine Volltextsuche.

Beibehalten wurden bekannte und beliebte Dienstleistungen wie das Archiv der Zeitschrift «Care Management» sowie alle Beiträge des jährlichen Symposiums. Das Zeitschriftenarchiv umfasst sämtliche Artikel, die vor mehr als zwölf Monaten veröffentlicht wurden, und erhielt neue

Suchfunktionen. Die aktuellen Beiträge sind den Abonentinnen und Abonnenten von «Care Management» vorbehalten und können direkt mit einem Weblink zum Verlag aufgerufen werden.

Neu gestaltet und aufgewertet wurde der MC-Navigator, eine vom FMC erarbeitete Wissensdatenbank, die alle Anspruchsgruppen umfassend über Managed Care informiert. Die Integration in die neue Rubrik «Infothek», die neben dem MC-Navigator auch eine Sammlung an Audio- und Videostreams sowie ein Glossar enthält, ermöglicht dem Nutzer einen breiten Überblick über die Thematik. Alle Besucherinnen und Besucher der Website haben zudem die Möglichkeit, sich in eine Datenbank einzutragen, damit sie stets über alle News des FMC informiert sind.

Parallel zum neuen Webauftritt wurde auch das Logo des FMC modernisiert. Damit hat das Forum ein zeitgemässes Erscheinungsbild, das seine Rolle als führende Plattform für alle Managed-Care-Interessierten in der Schweiz optimal umsetzt. Besuchen Sie uns auf [www.fmc.ch](http://www.fmc.ch) und melden Sie sich online für das Symposium 2009 vom 18. Juni 2009 an!

Peter Berchtold

# Ärztennetze in der Schweiz im Jahr 2008



Seit 1999 erhebt das Forum Managed Care regelmässig den aktuellen Entwicklungsstand der Ärztenetze in der Schweiz. Demnach waren zu Beginn dieses Jahres 86 Netze mit rund 4300 Ärztinnen und Ärzten sowie 657 000 Versicherten aktiv. Dies bedeutet gegenüber 2004 einen Zuwachs von 34 Prozent bei den Versicherten und 17 Prozent bei den Grundversorgenden – Ärztenetze in der Schweiz sind eine Erfolgsgeschichte.

Die Entwicklung ist umso erfreulicher, als sie primär durch die Zusammenarbeit von Netzen und Versicherern vorangetrieben wurde und nicht – wie in anderen Ländern üblich – durch staatlichen Interventionismus. In dieser Freiwilligkeit und den Experimentiermöglichkeiten dürfte gerade der Schlüssel zum Erfolg solcher Managed-Care-Systeme liegen.

Was ebenso auffällt: Neben der Zahl der Teilnehmenden wächst auch die (vertragliche) Verbindlichkeit der Ärztenetze, hier gemessen an der Budgetmitverantwortung. Allein im Vergleich zum Vorjahr stieg der Anteil der Netze, die eine Form der Budgetmitverantwortung kennen (Bonus/Malus-Systeme oder Capitation), von 62 auf 79 Prozent.

Wie dynamisch die Entwicklung in der Netzlandschaft ist, zeigt sich darin, dass im Laufe dieses Jahres mindestens acht neue Ärztenetze den Aufbau begonnen haben und viele weitere Initiativen gestartet worden sind. Diese zielen in Richtung Weiterentwicklung der Netzorganisationen, Intensivierung der Qualitätssysteme und Erweiterung des Gatekeepingprinzips insbesondere bei chronischen Krankheiten. Diese Entwicklungen sollen in der nächsten Erhebung im Jahr 2010 erfasst werden.

Kanton	Name des Ärztenetzes <sup>1</sup>	Qualitätszertifikate <sup>2, 3</sup>	In Betrieb seit	Rechtsform	Budgetmitverantwortung	Anzahl im Ärztenetz tätiger Ärzte	Anzahl im Ärztenetz betreuter Versicherter	Etablierte besondere Einrichtungen								
								Patientenrat	Ombudsstelle	Qualitätszirkel	Guidelines	Patienteninformation	Notfalldienst	Beratungstelefon	Anzahl	Anzahl obligatorisch
AG	Hausärzte der Region Aarau		1997	Verein	ja	40	10 151			1	1	1	1		6	4
AG	Hausarztverein Baden		1996	Verein	ja	77	20 905			1	1	1	1	1	6	4
AG	Hausarztverein Bremgarten		1997	Verein	ja	13	5364			1	1	1	1	1	6	4
AG	Hausarztverein Brugg		1997	Verein	ja	25	8438			1	1	1	1	1	6	4
AG	Hausarztverein Fricktal		1997	Verein	ja	47	14 213			1	1	1	1	1	6	4
AG	Hausarztverein Lenzburg-Seetal		1997	Verein	ja	34	14 905			1	1	1	1	1	6	4
AG	Hausarztverein Wohlen		1997	Verein	ja	23	6274			1	1	1	1	1	6	4
AG	Hausarztverein Wynen/Suhrenthal		1997	Verein	ja	22	7933			1	1	1	1	1	6	4
AG	Hausarztverein Zofingen		1997	Verein	ja	30	9457			1	1	1	1	1	6	4

<sup>1</sup> Ärztenetze sind Organisationen, die durch vertraglich vereinbartes Zusammenwirken unter sich, mit netzfremden Leistungserbringern und mit den Kostenträgern auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Gesundheitsleistungen erbringen. Dieses Zusammenwirken beruht auf vereinbarten Behandlungsprozessen, unternehmerischen Organisationsstrukturen, effektivem Umgang mit den vorhandenen Mitteln, gemeinsamer Betreuungskultur und dem Willen, die Gesundheitsleistungen aus einer Hand zu steuern.

<sup>2</sup> Eine ausführliche Beschreibung der Qualitätszertifikate finden Sie weiter hinten in dieser Ausgabe von «Care Management».

<sup>3</sup> GMP = Good Medical Practise, GP = Good Priv@cy.

Kanton	Name des Ärztenetzes <sup>1</sup>	Qualitätszertifikate <sup>2, 3</sup>	In Betrieb seit	Rechtsform	Budgetverantwortung	Anzahl im Ärztenetz tätiger Ärzte	Anzahl im Ärztenetz betreuter Versicherter	Etablierte besondere Einrichtungen								Qualitätszirkel pro Jahr	
								Patientenrat	Ombudsstelle	Qualitätszirkel	Guidelines	Patienteninformation	Notfalldienst	Beratungstelefon	Anzahl	Anzahl obligatorisch	
AG	Hausarztverein Zurzach		1998	Verein	ja	21	4202			1	1	1	1	1	1	6	4
AG	Gesundheitszentrum des Instituts für Arbeitsmedizin		1994	AG	ja	13	5229		1	1		1	1			12	12
AG	HMO-Praxis Aarau		2007	AG	nein	3	556		1	1	1	1	1	1			8
<b>Total AG</b>	<b>12</b>					<b>348</b>	<b>107 627</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>10</b>			
AI/AR	Hausärzteverein Appenzell West		1997	Verein	ja	22	1600			1						10	8
AI/AR	Hausärzteverein Appenzell Ost		1997	Verein	ja	15	650			1			1			10	8
<b>Total AI/AR</b>	<b>2</b>					<b>37</b>	<b>2250</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>			
BE	Verein Berner Hausärztinnen und Hausärzte (VBH)		1996	Verein	nein	755	36920			1							
BE	HAV Biel-Seeland		1998	Verein	ja	56	2978									9	6
BE	Igomed Thun		1997	Verein	ja	119	9000			1			1			8	4
BE	Mednetbern		2004	Verein	ja	70	449			1						6	6
BE	SWICA Gesundheitszentrum		1994	AG	ja	4	3122		1	1	1				1	12	10
BE/FR	mediX bern	EQUAM	1998	AG	ja	63	16400		1	1	1	1	1	1	1	18	10
BE	DOXnet		2006	Verein	nein	18	124			1			1			6	4
BE	Ärztinnen-Ärzte Netzwerk Grauholz		2004	Verein	nein	28	26			1		1				10	6
BE	Sanacare AG HMO-Praxis Bern	GMP/GP	1994	AG	ja	8	6489		1	1	1	1	1	1			8
BE	Sanacare HMO-Praxis Biel		2008	AG	ja	2	278		1	1	1	1	1	1			8
<b>Total BE</b>	<b>10</b>					<b>1123</b>	<b>75 786</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>4</b>			
BL/SO/BS	Hausärzteverein Angenstein (HVA)		1996	Verein	ja	162	15000			1		1					10
BL/SO/BS	Ärztinnen-Ärzte Netzwerk Nordwest AG		2006	AG	ja	33	2800			1	1					15	8
BL	Verein Ärztinnen/Ärzte Frenkentaler		1996	Verein	nein	18	2536			1		1	1			10	0
<b>Total BL</b>	<b>3</b>					<b>213</b>	<b>20 336</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>			
BS/BL/SO	HMO Gesundheitsplan	EQUAM	1995	Verein Stiftung	ja	89	23 712		1	1		1			1		8
BS	SWICA Gesundheitszentrum		1994	AG	ja	4	5020		1	1	1				1	12	10
<b>Total BS</b>	<b>2</b>					<b>93</b>	<b>28 732</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>			
FR	Réseau de soins		1996		nein	115	3612			1	1					5	0
<b>Total FR</b>	<b>1</b>					<b>115</b>	<b>3 612</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>			
GE	Genève RedMed		1997	Association	nein	251	9690									5	
GE	SWICA Gesundheitszentrum		1994	AG	ja	2	2924		1	1	1				1	12	10
GE	Réseau de santé Delta SA		1992	AG	ja	125	33 000			1	1	1	1	1			
<b>Total GE</b>	<b>3</b>					<b>378</b>	<b>45 614</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>			
GR	Verein Churer Grundversorger VCGA/ Grisomed		1996	Verein	nein	37	1548			1						3	
GR	CasaMed Graubünden		1997	Einfache Gesellschaft	nein	188	27 623			1							
<b>Total GR</b>	<b>2</b>					<b>225</b>	<b>29 171</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>			

Kanton	Name des Ärztenetzes <sup>1</sup>	Qualitätszertifikate <sup>2, 3</sup>	In Betrieb seit	Rechtsform	Budgetverantwortung	Anzahl im Ärztenetz tätiger Ärzte	Anzahl im Ärztenetz betreuter Versicherter	Etablierte besondere Einrichtungen							Qualitätszirkel pro Jahr	
								Patientenrat	Ombudsstelle	Qualitätszirkel	Guidelines	Patienteninformation	Notfalldienst	Beratungstelefon	Anzahl	Anzahl obligatorisch
LU	Sanacare AG HMO-Praxis Luzern	GMP/GP	1994	AG	ja	9	6319		1	1	1	1	1	1		8
LU	Luzern und Agglomeration		2000	Verein	nein	17	3000			1					10	
LU	Hausarztverein Luzern-Reuss		1999	Verein	nein	23	3452			1					6	3
LU	Pilatus Praxis (Mitglied des Ärztenetzwerks LuMed)	EQUAM	2002	AG	ja	5	4700	1	1	1	1	1			12	9
LU	LuMed	EQUAM	2005	AG	ja	23	11200	1	1	1	1	1	1	1	12	8
LU	Xundheit Praxis HMO AG	EQUAM	1999	AG	nein	11	4000	1	1	1		1	1	10	5	
LU	Sanacare HMO-Praxis Luzern-Paulusplatz		2008	AG	ja	3	414	1	1	1	1	1	1		8	
<b>Total LU</b>	<b>7</b>					<b>91</b>	<b>33 085</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>4</b>		
NW	Ärztenetz Nidwalden		2006	Verein	ja	30	50		1	1			1		12	8
<b>Total NW</b>	<b>1</b>					<b>30</b>	<b>50</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>		
SG/AR	Ärztenetz SäntiMed	EQUAM	2005	AG	ja	33	8200		1	1	1	1			18	8
SG	Gossau		1997	Verein	nein	16	5872			1			1		4	4
SG	Uzwil (HausArzt-Forum Uzwil)		2006	Verein	ja	16	5900			1		1	1		12	8
SG	Wil (Hausarztssystem des Ärzteforums 9500 Wil)		1997	Verein	nein	22	3825			1		1	1		18	
SG	Hausärzteverein Region Rorschach		1997	Verein	nein	32	8000			1						
SG	SWICA Gesundheitszentrum St. Gallen		1994	AG	ja	9	11980		1	1	1			1	12	10
SG	SWICA Gesundheitszentrum Wil		1994	AG	ja	9	9776		1	1	1		1	1	12	10
SG	HAV St. Gallen		1997	Verein	ja	53	10559			1					11	7
SG	Hausarztverein Linthgebiet		2005	Verein	ja	36	3500			1					7	4
SG	HMO-Praxis St. Gallen	GMP/GP	2006	AG	ja	4	2264		1	1	1	1	1	1		8
SG	PizolCare	EQUAM	2001	AG	ja	37	11700	1		1	1		1	1	15	8
SG	Rhymed		2003	Verein	ja	27	10076			1					12	8
SG	SWICA Gesundheitszentrum Rorschach		2008		ja	2	471		1	1	1			1	12	10
SG	Xundart Ärztenetzwerk Will-Uzwil-Toggenburg		2008	AG	ja	49	6463			1					12	8
<b>Total SG</b>	<b>14</b>					<b>405</b>	<b>98 686</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>16</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>5</b>		
SH	Schaffhausen		1997	Verein	ja	74	15000			1			1		12	9
<b>Total SH</b>	<b>1</b>					<b>74</b>	<b>15 000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>		
SO	Anro AG-Ärztenetz der Region Olten		2000		ja	46	109			1	1	1	1	1	8	8
<b>Total SO</b>	<b>1</b>					<b>46</b>	<b>109</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>8</b>
SZ	Schwyzer Hausärzteverein		1999	Verein	nein	83	1600			1			1			
SZ	HMO-Praxis Schwyz		2007	AG	ja	2	701		1	1	1	1	1	1		8
<b>Total SZ</b>	<b>2</b>					<b>85</b>	<b>2301</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>		
TG	Murgmed (Frauenfeld/ Hinterthurgau)		2001	Verein	ja	66	24641			1	1	1	1	1	12	7
TG	Mittelthurgau		2001	Verein	ja	46	18875			1	1	1	1	1	10	7

Kanton	Name des Ärztenetzes <sup>1</sup>	Qualitätszertifikate <sup>2, 3</sup>	In Betrieb seit	Rechtsform	Budgetmitverantwortung	Anzahl im Ärztenetz tätiger Ärzte	Anzahl im Ärztenetz betreuter Versicherter	Etablierte besondere Einrichtungen							Qualitätszirkel pro Jahr		
								Patientenrat	Ombudsstelle	Qualitätszirkel	Guidelines	Patienteninformation	Notfalldienst	Beratungstelefon	Anzahl	Anzahl obligatorisch	
TG	Oberthurgau		2001	Verein	ja	44	17 956			1	1	1	1	1	1	10	7
TG	Kreuzlingen		2001	Verein	ja	30	5249			1	1	1	1	1	1	10	7
<b>Total TG</b>	<b>4</b>					<b>186</b>	<b>66 721</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>		
TI	Sanacare HMO-Praxis Lugano		2007	AG	nein	3	98		1	1	1	1	1	1			8
<b>Total TI</b>	<b>1</b>					<b>3</b>	<b>98</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>		
UR	Xundheit Praxis HMO		2006	AG	nein	4	600		1	1	1		1	1	10	5	
<b>Total UR</b>	<b>1</b>					<b>4</b>	<b>600</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>			
ZG	Gesundheitspraxis HMO	EQUAM	2003	AG	nein	7	5500		1	1	1	1			10	8	
ZG	zu:care: die Zuger Hausärzte		2007	Verein	ja	41	104			1	1	1	1	1	10	10	
<b>Total ZG</b>	<b>2</b>					<b>48</b>	<b>5604</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>			
ZH	SWICA Gesundheitszentrum Winterthur		1994	AG	ja	6	8130		1	1	1			1	12	10	
ZH	SWICA Gesundheitszentrum Zürich		1994	AG	ja	8	9506		1	1	1				12	10	
ZH	Effretikon und Umgebung		1997	Verein	ja	28	3700						1		4	4	
ZH	zmed Zürcher Ärzte Gemeinschaft		2000	Verein/AG	ja	226	10 027		1	1					12	8	
ZH	hawa – Hausärzte der Bezirke Winterthur und Andelfingen		1996	Verein	ja	97	32 780			1		1	1	1	10	7	
ZH	Ärztenezwerk Zürich West (AZW)		2001	Verein	ja	96	1800			1					12	8	
ZH	LimmiMed AG		2007	AG	ja	33	1450			1	1				12	8	
ZH	doccare; Ärztereinigung Zürcher Oberland Nord		1999	Verein	ja	33	2752			1		1	1		14	0	
ZH	hapmed AG (Hausarztmedizin am Pfannenstiel)		2004	AG	nein	76	593			1					6	5	
ZH	Ärztenezwerk Säuliamt		2004	GmbH	nein	41	150			1					8	0	
ZH (AG/SZ/SG)	mediX zürich	EQUAM	1998	AG	ja	68	18 300		1	1	1	1	1	1	30	20	
ZH	WintiMed AG	EQUAM	1994	AG	ja	29	9200	1	1	1	1	1		1	37	10	
ZH	Sanacare AG HMO-Praxis Winterthur	EQUAM GMP/GP	1994	AG	ja	4	4245		1	1	1	1	1	1		8	
ZH	Sanacare AG HMO-Praxis Oerlikon	EQUAM GMP/GP	1995	AG	ja	8	5823		1	1	1	1	1	1		8	
ZH	Sanacare AG HMO-Praxis Stadelhofen	EQUAM GMP/GP	1991	AG	ja	8	5690		1	1	1	1	1	1		8	
ZH	Sanacare AG HMO-Praxis Wiedikon	EQUAM GMP/GP	1990	AG	ja	13	7377		1	1	1	1	1	1		8	
ZH	Sanacare AG HMO-Praxis Zürich-Affoltern		2008	AG	ja	4	211		1	1	1	1	1	1		8	
<b>Total ZH</b>	<b>17</b>					<b>778</b>	<b>121 734</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>16</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>			
<b>Total CH</b>	<b>86</b>					<b>4282</b>	<b>657 116</b>								<b>Medianwerte QZ:</b>	<b>10</b>	<b>8</b>

Sämtliche Angaben ohne Gewähr, Angaben der Netzwerke, Stichtag 01.01.2008.

Olivier Kappeler, Peter Berchtold

# Qualitätssysteme und -labels für Managed Care

**In der schweizerischen Managed-Care-Landschaft haben sich verschiedene Qualitätsmanagementsysteme und -labels mit unterschiedlichem Fokus etabliert. Der vorliegende Artikel basiert auf dem Grundlagenpapier der Arbeitsgruppe «Qualität» der FMH [1] und stellt eine Auswahl dieser Labels vor. Damit soll eine Diskussion über deren Zweckmässigkeit und Nutzen in Gang kommen. Wir freuen uns auf anregende Folgebeiträge.**

Die Optimierung, Prüfung und Zertifizierung von Qualität mittels Labels ist in Managed-Care-Organisationen besonders bedeutsam. Weil Managed Care nach Jahren der Verführung von Versicherten durch Prämienrabatte das Image der Billigmedizin immer noch nicht ganz losgeworden ist. Und weil Managed Care als institutionalisierte Form der ambulanten Versorgung fast schon eine intrinsische Motivation zur Qualitätsoptimierung besitzt. Es erstaunt daher nicht, dass die ersten Qualitätslabels in der ambulanten Versorgung aus dem Bereich Managed Care entstanden sind und Ärztenetze in der Qualitätsentwicklung der ambulanten Leistungserbringung eine Vorreiterrolle einnehmen [1].

Die Qualität der ärztlichen Leistungserbringung wird sehr unterschiedlich beschrieben, häufig in Abhängigkeit der oder des Definierenden. Eine ältere und häufig benutzte Definition beschreibt Qualität einer Gesundheitsversorgung grundsätzlich als «the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge» [2]. Darin enthalten ist die bekannte, aber häufig wenig beachtete Erkenntnis, dass Qualität immer ein mehrdimensionales Produkt ist, das von Strukturen, Prozessen, Resultaten, Zugang zu Leistungen und Effizienz der medizinischen Leistungen abhängig ist [3].

In den vergangenen Jahren konnte in allen Gesundheitswesen eine enorme Zunahme des Interesses an Leistungsqualität und Patientensicherheit beobachtet werden. Wichtigste Triebfedern dahinter sind die zunehmende Komplexität medizinischer Möglichkeiten sowie die Ökonomisierung der Behandlung und Betreuung der Patienten. Kein Wunder also, dass sich unsere Gesellschaft nicht mehr mit den traditionellen Qualitätsdefini-

tionen der Leistungserbringenden begnügen will, sondern nach expliziter, das heisst ausgewiesener, medizinischer Qualität verlangt. Vor diesem Hintergrund sind viele Qualitätssysteme und -labels entstanden.

Was sind nun deren Zweck und Nutzen in der Gesundheitsversorgung? Im Kern geht es darum, medizinische Leistungsqualität kontinuierlich zu optimieren und die dadurch erzielten Resultate auszuweisen. Um diesen wohl allseits akzeptierten Kern ranken sich aber immer auch spezifische – und sich gegenseitig hindernde – Interessen der verschiedenen Akteure [2]. Seitens der Politik und der Regulierenden stehen Kosteneffizienz und Patientensicherheit im Vordergrund. Ähnlich tönt es von der Seite der (mit)finanzierenden Kassen und Versicherer, die Kosteneffizienz und für sie überprüfbare Leistungsqualität – als Basis für den Leistungseinkauf – fordern.

Ganz anders die Leistungserbringenden, die ihre professionelle Autonomie als Basis von Qualität und Sicherheit für die Patienten verstehen und damit die Definitionsmacht darüber in Anspruch nehmen, was gute Qualität ist. Und die Versicherten und Patienten? Sie werden Qualitätssysteme und -labels als Orientierung und Wegweiser zu mehr Sicherheit, zu optimaler Behandlung und zu informierten Entscheiden betrachten.

## Qualitätssysteme und -labels in Managed Care

In der EU werden Qualitätssysteme in der Gesundheitsversorgung definiert als ein «set of integrated and planned activities and measures at various levels in the health care organisation, aimed at continuously assuring and improving the quality of patient care» [1]. Grundsätzlich gilt es also, auf den unterschiedlichen Versorgungsebenen kontinuierlich Optimierungsmöglichkeiten wahrzuneh-



Olivier Kappeler



Peter Berchtold

**Tabelle 1.**  
**Ausgewählte Qualitätslabels der Grundversorgung.**

	<b>EPA</b> Europäisches Praxisassessment	<b>EQUAM</b> Externe Qualitätssicherung in der Medizin	<b>Quali-med-net</b> Indikatorenset für Ärztenetze	<b>Good Medical Practice (GMP)</b> Medizinische Qualität <b>Good Privacy (GP)</b> Datenschutz
<b>Trägerschaft</b>	swisspep www.swisspep.ch	EQUAM-Stiftung www.equam.ch	med-swiss.net www.med-swiss.net	SQS www.sqs.ch
<b>Beurteilungs- dimensionen</b>	Fünf Domänen: Qualität Sicherheit Information Menschen Finanzen	Sieben Dimensionen aufbauend auf dem EPA- Assessment: Effektivität der Behandlung Zugang zu und Verfüg- barkeit der medizinischen Versorgung Patientenzufriedenheit Systemstabilität Benutzung und Kontrolle des med. Angebotes Kosten/Administration Information und System- beschreibung	Fünf Dimensionen (Selbstbeurteilung): Mitgliedschaft, Organisation, Infrastruktur Interne und externe Zusammenarbeit Prozessmanagement Kommunikation Outcome	GMP: acht Grundsätze (ISO 9001:2000): Patientenorientierung Führungskultur Einbeziehung von Personen Prozessorientierung systemorientiertes Management ständige Verbesserung sachbezogene Entscheidungs- findung Lieferantenbeziehung  GP: drei Grundsätze: Datenschutzmanagement Datenschutzrechtliche Anforderungen Informationssicherheit
<b>Standards und Checklisten</b>	www.swisspep.ch/ uploads/media/EPA_ EQUAM_Minimalkrit_ v1.pdf	www.equam.ch/content. php?equam-1-3-tbl_1_24	www.med-swiss.net/ projekte/dateien/ Handout.pdf	Nicht öffentlich zugänglich
<b>Zertifizierung Rezertifizierung</b>	Keine –	EQUAM-Label Nach drei Jahren	Aktuell keine –	Good-Medical-Practice-Label Nach drei Jahren
<b>Verbreitung</b>	Einzel und Gruppen- praxen, Ärztenetze	Einzel- und Gruppen- praxen, Ärztenetze	Ärztenetze	Einzel- und Gruppenpraxen, Ärztenetze
<b>Akkreditierung</b>	Keine	Stiftung und Label akkreditiert durch Schweizerische Akkreditierungsstelle SAS	Keine	SQS akkreditiert durch Schweizerische Akkreditierungsstelle SAS

men, zu identifizieren und entsprechende Veränderungs-  
massnahmen umzusetzen. Qualitätslabels sind darauf  
aufbauende Auszeichnungen für erfüllte Qualitätsmerk-  
male spezifischer Dienstleistungen, in unserem Fall der  
Betreuung und Behandlung ambulanter Patienten.<sup>1</sup> Diese  
Labels oder Qualitätssiegel basieren auf definierten  
Normen und werden von akkreditierten bzw. staatlich  
anerkannten Organisationen vergeben.

Wie in vielen anderen gesellschaftlichen Bereichen haben  
sich auch in der schweizerischen Managed-Care-Land-  
schaft verschiedene Qualitätsmanagementsysteme und  
-labels mit unterschiedlichem Fokus etabliert:

### Europäisches Praxisassessment (EPA)

Das EPA ist ein verbreitetes, im europäischen Umfeld  
viel genutztes und wissenschaftlich abgestütztes Indika-  
torenset, das die Arztpraxis oder das Ärztenetzwerk aus  
verschiedenen Blickwinkeln evaluiert und als Beurteilung  
von aussen die Sicht der Patientinnen und Patienten ein-  
bezieht. Die Evaluationsresultate erlauben den Vergleich  
mit Kolleginnen und Kollegen der gleichen Disziplin und  
zwischen den europäischen Ländern.

### Externe Qualitätssicherung in der Medizin (EQUAM)

EQUAM ist ein umfassendes System der Qualitätsent-  
wicklung bzw. ein akkreditiertes Qualitätslabel, das von  
der Stiftung EQUAM als Zertifizierungsstelle verliehen  
wird. Das System basiert auf den EPA-Indikatoren  
und enthält – neben der Aussenbeurteilung durch die  
Patienten – ein breites Set an Qualitätsstandards. Beach-  
tenswert ist, dass diese Standards für alle öffentlich

<sup>1</sup> www.labelinfo.ch. Informationsstelle für Umwelt- und Sozial-  
labels. Hinweis auf Charakterisierungen AGQ FMH: www.fmh.ch/  
ww/de/pub/dienstleistungen/daten\_demographie\_und\_qualit\_  
qualitaetsinitiativen.htm

zugänglich sind (vgl. URL-Link in Tabelle 1). EQUAM wurde vor allem über die Ärztenetze und Praxen der mediX-Gruppe etabliert.

### Quali-med-net

Quali-med-net ist ein von med-swiss.net, dem Dachverband der Managed-Care-Netzwerke, etabliertes Selbstbeurteilungsinstrument für Ärztenetze. Mit dem Indikatorenset können vor allem Prozess- und Ergebnisqualitäten auf Ebene der Netzmitglieder (Ärztinnen und Ärzte), Netzorganisation und Kooperation mit anderen Organisationen beurteilt werden.

### Good Medical Practice / Good Privacy (GMP/GP)

GMP und GP sind Qualitätssysteme und -labels zur Beurteilung der medizinischen Versorgungsqualität (GMP) bzw. des Datenschutzes und der Datensicherheit (GP). Sie werden von der akkreditierten Schweizerischen Vereinigung für Qualitäts- und Management-Systeme SQS vergeben. Good Medical Practice basiert auf den Grundsätzen des Systems ISO 2001:2008. Die entsprechenden Kriterien sind jedoch nicht öffentlich zugänglich und enthalten keine Patientenbeurteilung. GMP und GP wurden vor allem über die Ärztenetze und Praxen der Sanacare etabliert.

### Diskussion

Die genannten Qualitätssysteme sind in Tabelle 1 näher charakterisiert. Dabei interessieren insbesondere die Unterschiede bei den beurteilten Qualitätsdimensionen und den involvierten Informationsquellen (Patientenbefragungen, Assessment des Teams und der beteiligten Ärztinnen und Ärzte, Dokumentation der Prozesse, externe Audits). Tatsächlich sind bedeutende Unterschiede feststellbar: Die hier diskutierten Qualitätssysteme und -labels prüfen nicht nur unterschiedliche Qualitätsmerkmale, sondern auch in unterschiedlicher Perspektivität. Während alle Systeme Qualitätsmerkmale auf den Ebenen Arzt-Praxis-Netzwerk betrachten, ziehen EPA und EQUAM mit der Patientenbefragung eine wesentliche Aussenperspektive mit ein. EQUAM und GMP/GP enthalten eine entsprechende Zertifizierung und damit externe Audits. Eine weitere Unterscheidung betrifft die Zugänglichkeit der Prüfkriterien oder Standards: Während beispielsweise EQUAM diese für alle und öffentlich zugänglich macht, wurden uns die Checklisten von GMP/GP nur zum Zweck dieser Evaluation zur Verfügung gestellt. Dieser Unterschied ergibt sich insbesondere durch das jeweilige Geschäftsmodell.

Mindestens so bedeutsam wie die genannten Unterschiede ist aber die Frage, ob Ärztinnen und Ärzte überhaupt eine

verbindliche und systematische Qualitätsentwicklung betreiben. Das Spektrum dafür ist breit: von der regelmässigen Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln alle zwei Monate bis zur Zertifizierung durch eines der hier beschriebenen Systeme. Wesentlich ist ausserdem, dass mit Einzelmassnahmen oder einzelnen Prüfkriterien kein sinnvolles Bild einer Leistungsqualität und keine hinreichende Grundlage für einen Optimierungsprozess entstehen können. Qualität in der Gesundheitsversorgung ist immer ein multidimensionales Geschehen.

Die betrachteten Qualitätssysteme und -labels unterscheiden sich bezüglich geprüfter Qualitätsmerkmale, berücksichtigter Perspektiven, Selbst- oder Fremdbeurteilung sowie der Geschäftsmodelle der anbietenden Organisationen. Diese Pluralität und damit unterschiedliche Qualitätssysteme und -labels sind wünschenswert, denn Arztpraxen und Ärztenetze sind in ihren Leistungsspektren zu unterschiedlich für ein «One-fits-all»-Label. Ein solches würde – mit dem entsprechenden Definitionsmonopol – der Qualitätsentwicklung einen Bären dienst erweisen. Aber auch das Gegenteil – eine unübersichtliche Vielfalt unterschiedlichster Labels – kann keine Aussicht sein. Aus diesem Grund soll mit diesem Artikel eine Diskussion zu Nützlichkeit und Wertigkeit von Qualitätssystemen und Labels im Bereich Managed Care initiiert werden. Das Forum Managed Care wird diese Diskussion an vorderster Front mitgestalten.

### Literatur

- 1 AGQ-FMH. Qualitätsmanagement und Zertifizierung der ärztlichen Leistungserbringung: Aufwand und Nutzen. *SÄZ*. 2008; 89 (20): 838–44.
- 2 Lohr KN, Schroeder SA. A strategy for quality assurance in Medicare. *N Engl J Med*. 1990;322:707–12.
- 3 Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med*. 2000;51(11):1611–25.

### Korrespondenz

Dr. med. Olivier Kappeler  
Ärzte im Zentrum  
Rathausstrasse 17  
8570 Weinfelden  
olivier.kappeler@hin.ch

PD Dr. med. Peter Berchtold  
Präsident Forum Managed Care  
College-M  
Freiburgstrasse 41  
3010 Bern  
peter.berchtold@college-m.ch

Martin Denz

# Neue Wege entstehen, indem man sie geht

**Dass Menschen immer älter werden, ist Realität. Die Langzeitbetreuung von chronisch Kranken wird in naher Zukunft massiv an Bedeutung gewinnen. Dabei zeigt sich, dass kleine und mittlere Unternehmen (KMU) das grösste Innovationspotential haben. Sie werden zur dominierenden Marktkraft der Zukunft.**

Es ist für eine zukunftstaugliche Schweiz unerlässlich, aus den Erfahrungen im nahen und fernen Ausland zu lernen – dies gilt auch für unser Gesundheitswesen. Dies gilt umso mehr, als Gesundheitssysteme mittlerweile über Landesgrenzen hinwegreichen. Die Mobilität von gesunden oder kranken Menschen und diejenige ihrer Gesundheitsdienstleister richtet sich längst an sozialen und geographischen Lebensräumen aus, die über kulturelle und sektorale Barrieren hinausreichen. Im Dienste einer gesunden Problembewältigung wäre es somit erstrebenswert, sowohl mental als auch praktisch über die eigenen Grenzen hinauszuwachsen. Dies kann uns auch dabei helfen, in der Schweiz bereits vorhandene innovative KMU zu erkennen und deren Lösungsansätze weiterzuentwickeln.

## Von E-Health zum Lead Market

Es ist offensichtlich, dass der Einsatz innovativer ICT-Instrumente und die Förderung der Telemedizin von entscheidender Bedeutung sein werden, um in den industrialisierten Ländern die Herausforderungen zu bewältigen, die mit den künftigen demographischen Veränderungen, der Zunahme an chronischen Erkrankungen und dem daraus folgenden Bedarf an dezentraler Langzeitbetreuung verknüpft sein werden.

Als würde diese Argumentation zugunsten von E-Health nicht bereits ausreichen, erhalten die Mitgliedstaaten der EU jetzt zusätzlich Hilfe von volkswirtschaftlicher Seite: Die EU-Kommission hat mit ihrer Mitteilung «A Lead Market Initiative for Europe»<sup>1</sup>, die darauf ausgerichtet ist, die führenden Innovations- und Wachstumsmärkte der Zukunft zu fördern, E-Health als ersten der europäischen Leitmärkte identifiziert. Damit sind zusätzliche

Massnahmen verknüpft, die sowohl die Innovationsförderung als auch die Unterstützung von Pilot- und Koordinationsaktivitäten betreffen. Die Schaffung günstiger rechtlicher Rahmenbedingungen sowie Standardisierungs- und Zertifizierungsaktivitäten erhalten einen hohen Stellenwert. Das grösste Gewicht wird jedoch das Prinzip der Bedürfnisorientierung haben – in Verbindung mit dem Innovationspotential, das die kleinen und mittleren Unternehmungen (KMU) darstellen. Die KMU werden somit zur dominierenden Marktkraft der Zukunft – auch und besonders im Gesundheitswesen. Den damit verknüpften Perspektiven seien nachfolgend einige Gedanken gewidmet.



Martin Denz

## Bedürfnisse und Dienstleistungen

Unsere kartellistisch geprägten Gesundheitssysteme zeichnen sich noch immer weitgehend durch fehlende Transparenz aus. Dies führt nicht nur zu fehlenden Vergleichs- und Wahlmöglichkeiten, was unter anderem ein Hinderungsgrund für die konsequente Umsetzung einer wissens- und qualitätsbasierten Medizin ist, sondern hat auch tragische Auswirkungen auf die Patientensicherheit. Die Informatisierung kann auch im Gesundheitswesen zur Verbesserung der Transparenz beitragen, wenn sie mit der Weiterentwicklung der Arzt-Patient-Beziehung und der Entwicklung einer neuen Dienstleistungskultur einhergeht. Dazu gehört ein Fokuswechsel im gesundheitspolitischen Diskurs: weg von einer Kostendiskussion mit den damit verbundenen Nullsummenspielen, hin zu einem qualitätsbasierten Wettbewerb, der die medizinische Gesamtleistung über den gesamten Patientenprozess würdigt.<sup>2</sup>

In einem Gesundheitsmarkt, wie ihn die Lead-Market-Initiative eröffnet, wird sich ein Gesundheitsdienstleister durch Unterscheidungsmerkmale wie die Schaffung eines medizinischen Mehrwerts, die Einhaltung von Qualitätsstandards oder grössere Innovationsfreudigkeit und Bedürfnisorientierung auszeichnen. Der Begriff Gesundheitsdienstleister beschränkt sich dabei nicht mehr auf

<sup>1</sup> <http://ec.europa.eu/enterprise/leadmarket/leadmarket.htm>

<sup>2</sup> Michael E. Porter and Elizabeth Olmsted Teiberg, «Redefining Health Care: Creating Positive-Sum Competition to Deliver Value», Harvard Business School Press, 2006

medizinische Aktivitäten im engeren Sinne, sondern umfasst alle Anbieter von medizinischen oder nichtmedizinischen Dienstleistungen und Produkten, die zur Prävention, Behandlung oder Aufrechterhaltung von Gesundheit beitragen. Dazu müssen beispielsweise auch Nahrungsmittelanbieter, Reinigungsdienste oder «Ambient Assisted Living»-Anbieter (AAL) gezählt werden.

### Diagonale Systemintegration

Dienstleistungsqualität wird somit auch mit der Fähigkeit verknüpft sein, über Sektorengrenzen hinausreichende integrierte Versorgung und Langzeitversorgung erbringen zu können. Der Begriff Systemintegration beschränkt sich hierbei nicht auf IT-Systeme, sondern er bezieht sich im systemischen Sinne auf Organisationen. Die bisherige vertikale Integration (Spital–Hausarzt–Patient) und die horizontale Integration (zum Beispiel ärztliche Versorgungsnetzwerke) werden dabei durch eine diagonale Integration erweitert. Dafür braucht es neue Organisationen und Systemintegratoren, die medizinische und organisatorische Kompetenzprofile kombinieren (z.B. Integrated Practice Units, Call- und Koordinationszentren oder integrierte Serviceanbieter). Derartige medizinische Angebote und Gesundheitservices sind nur umsetzbar und skalierbar, wenn sie auf einer modernen Informatik- und Telekominfrastruktur basieren.

### Von Telemedizin zu Telehealth

Welche Form von Teleservices in den Vordergrund gestellt wird, hängt von den zugrundeliegenden Konzepten ab: Die Geschichte der Telemedizin war primär von den Erfolgen einer arzt- und krankheitsorientierten Sichtweise der Medizin geprägt. Wir bedienen uns der angelsächsischen Begriffswelt, wenn wir die Erweiterung von Krankheit zu Gesundheit in den Vordergrund stellen wollen («Health», «Healthcare» oder «Public Health»)<sup>3</sup>. Weder der krankheits- noch der gesundheitsorientierte Schwerpunkt sind besser oder schlechter. Entscheidend ist die kontextgerechte Nutzung beider Ansätze.

Um traditionelle telemedizinische Aktivitäten in eine moderne Dienstleistungslogik zu überführen, müssen die verwendeten Begriffe verständlich sein. Die «Schweizerische Gesellschaft für Telemedizin und eHealth»

<sup>3</sup> Antonovsky A: Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. Jossey-Bass, San Francisco 1987.

<sup>4</sup> [www.sgtm.ch](http://www.sgtm.ch) Schweizerische Gesellschaft für Telemedizin und eHealth SGTMeH

<sup>5</sup> <http://www.isft.net/> International Society for Telemedicine and eHealth

(SGTMeH)<sup>4</sup> hat deshalb in Zusammenarbeit mit der «International Society for Telemedicine and eHealth» (ISfTeH)<sup>5</sup> folgende Definition erarbeitet:

«Telemedizin bezeichnet die Interaktion zwischen einem Patienten und einem Arzt (D2P) oder unter mehreren Ärzten (D2D oder D2D2P) in direktem Zusammenhang mit einer medizinischen Behandlung, wobei sich die Beteiligten nicht in unmittelbarem physischem Kontakt miteinander befinden.»

### Die EU hat E-Health als ersten der europäischen Leitmärkte identifiziert.

Die Erweiterung der Definition von Telemedizin zu Telehealth hat auch für die Rolle und das Selbstverständnis der beteiligten Partner praktische Konsequenzen:

«Telehealth bezeichnet die Interaktion zwischen einem Bürger/Patienten/Klienten/Kunden und einem Gesundheitsdienstleister (B2C) oder unter mehreren Gesundheitsdienstleistern (B2C oder B2B2C) in direktem Zusammenhang mit einer Gesundheitsdienstleistung, wobei sich die Beteiligten nicht in unmittelbarem physischem Kontakt miteinander befinden.»

Der Vorteil der zweiten Definition ist, dass statt des eindimensionalen Patienten der facettenreiche Mensch fokussiert wird. Dadurch wird auch die Bewertung der Qualität einer Dienstleistung selbstverständlich.

### Eine neue Serviceindustrie entsteht

Bereits heute sind erste Umrisslinien einer neuen Dienstleistungsindustrie innerhalb des Gesundheitssystems der Schweiz zu erkennen. Es handelt sich dabei derzeit noch um Elemente eines Puzzles; kein Anbieter bietet das gesamte Spektrum an. Folgende Charakteristika sind zu erkennen:

- typischerweise KMU im ambulanten Grundversorgungsbereich,
- innovative, multidisziplinäre Medizinerinnen und Mediziner mit Unternehmergeist,
- Offenheit für Technologie und Verständnis für Geschäftsmodelle,
- gemischte Finanzierung durch öffentliche und private Vergütung,
- Integration hochwertiger medizinischer und ganzheitlicher Ansätze,
- ausgeprägte Bedürfnis- und Kundenorientierung und hohe Flexibilität,
- modernes Managementverständnis und hoher Vernetzungsgrad.

Diese KMU kooperieren mit Callcentern oder betreiben eigene Callcenter, teils kooperieren sie mit Telemonitoringangebietern oder sind Systemintegratoren. Sie können Teil von HMO-Modellen oder ärztlichen Versorgungsnetzen sein.<sup>6</sup> Zudem treten über den Weg von AAL- und Telehomecarekonzepten neue Anbieter aus den Bereichen Telekom, Sicherheit, Logistik und Facility Management in den für sie ungewohnten Medizinsektor ein.<sup>7</sup>

Die Hauptausrichtung liegt bei der integrierten Patientenbetreuung über den gesamten Patientenprozess, Disease Management, der Unterstützung von Langzeitpatienten und der Förderung der Lebensqualität in spezifischen Alterssegmenten, meist für ältere Menschen. Auch wenn diese Dienstleister derzeit noch quer in der traditionellen Sozialversicherungslandschaft liegen – sie entsprechen einem Bedürfnis, werden von Patienten und Kunden genutzt, geschätzt und bezahlt.

<sup>6</sup> Keller U.: «Den Ärztenetzen gehört die Zukunft» (Editorial), Care Management 2008;1: Nr.4, Seite 4

<sup>7</sup> Beispiele:

- Bonacasa (CH) <http://www.bonacasa.ch>
- in4medicine (CH) <http://www.in4medicine.ch>
- Kaiser Permanente (US) <http://www.kaiserpermanente.org>
- Maccabi Healthcare Services (IL) [http://www.maccabi-health.co.il/english\\_site/index.html](http://www.maccabi-health.co.il/english_site/index.html)
- MeaVita (NL) <http://www.meavita.nl>
- Medgate (CH) <http://www.medgate.ch>
- Medix (CH) <http://www.medix.ch>
- PHTS (DE) <http://www.phts.de/phts>
- Telbios (IT) <http://www.telbios.it/>
- Vitaphone (DE) <http://www.vitaphone.de>

Bereits heute sind erste Umriss  
einer neuen Dienstleistungsindustrie  
innerhalb des Gesundheitssystems  
der Schweiz zu erkennen.

### Schlussfolgerungen

Die Entwicklung des europäischen Gesundheitsmarktes wird vorangetrieben – es wäre durchaus erstrebenswert, daraus zu lernen. Zugleich sollten wir aber nicht übersehen, dass in der Schweiz bereits erste KMU daran sind, neue bedürfnisorientierte Serviceangebote aufzubauen. Trotz mentaler Barrieren und struktureller Veränderungsresistenzen können wir auch im Schweizer Gesundheitswesen auf unsere Innovationskraft vertrauen. Wenn wir die Gesundheitsakteure der Schweiz mit Unterstützung der Informations- und Kommunikationstechnologien dazu befähigen, ihre Verantwortung (responsibility) zu ergreifen, schaffen wir die Grundlage für ein zukunftstaugliches Schweizer Gesundheitswesen: Mit «response-ability» ist die Fähigkeit gemeint, Herausforderungen mit den richtigen Lösungsansätzen zu bewältigen.

Korrespondenz:

Dr. med. Martin D. Denz

Executive Master in eGovernance EPFL

Präsident Schweizerische Gesellschaft für Telemedizin und eHealth SGMTeH

Präsident European Health Telematics Association EHTEL (Brüssel)

Grubenweg 8

4153 Reinach

[martin.denz@mac.com](mailto:martin.denz@mac.com)

Lyn Lindpaintner<sup>1</sup>, Thomas Grüninger<sup>2</sup>, Semavet Nega<sup>3</sup>, Claude Scheidegger<sup>4</sup>,  
Martin Spöndlin<sup>5</sup>, Andreas Stoll<sup>6</sup>, Richard Herrmann<sup>7</sup>

Nominiert für den  
**Förderpreis 2008**  
des Forums Managed Care

# Kommunikation und Vernetzung in der Onkologie

**Ein gemeinsames Projekt des Ärztenetzes von «HMO Gesundheitsplan» und der Onkologischen Klinik des Universitätsspitals Basel-Stadt verfolgte anspruchsvolle Zielsetzungen und zeigt auf, wie Prozess- und Case Management die Betreuung von schwerkranken Menschen optimieren kann.**

Krebskranke Patientinnen und Patienten haben einen hohen Koordinationsbedarf, sobald ihre Betreuung an multiplen Stellen erfolgt [1]. Zudem sind sie oft mit komplexen medizinischen, psychischen und sozialen Herausforderungen konfrontiert. Daher sind sie grundsätzlich für ein Case Management geeignet. Das unten beschriebene Projekt zeigt beispielhaft auf, wie anspruchsvoll eine Betreuung durch zahlreiche Akteurinnen und Akteure ist und wie ein Case Management bei ausgewählten Patientinnen und Patienten zu optimierten Prozessen beitragen kann. Die Patientenbefragung zeigt eine hohe Akzeptanz und Zufriedenheit mit dem Case Management. Die Kostenanalyse deutet darauf hin, dass durch ein systematisches Case Management Effizienzsteigerungen erwartet werden können.

Das Managed-Care-System «HMO Gesundheitsplan» wird von der Stiftung Meconex in Basel betrieben. Dieses Modell umfasst unter anderem das HMO-Ärztinnenetz mit rund 90 Grundversorgenden, die Budgetmitverantwortung tragen. Eine Arbeitsgruppe des HMO-Netzes ist Anfang 2005 mit dem Vorschlag an die Onkologische Klinik des Universitätsspitals Basel (USB) gelangt, die Betreuung der tumorleidenden Patientinnen und Patienten zu optimieren. Diese Zusammenarbeit wurde von der medizinischen und pflegerischen Leitung der Onkologie unterstützt.

## Projektentwicklung: Juni bis November 2005

Mittels anonymer Befragung der HMO-Netzärzte und der Onkologen des Universitätsspitals wurden Informationen zur Schnittstelle zwischen der Hausarztpraxis und der Onkologie erhoben. Patientenzufriedenheit und Bedürfnisse nach Unterstützung bei chronisch kranken Versicherten des HMO-Gesundheitsplans wurden separat erfasst [2]. Auf diesen Grundlagen wurden die folgenden fünf Zielsetzungen des Pilotprojektes formuliert:

1. *Die Kontinuität in der Patient-Hausarzt-Beziehung während der Krebsbehandlung über den gesamten Behandlungszeitraum sollte gewährleistet werden.* Die Ausgangslageermittlung zeigte, dass Hausärzte sich zu 60% beklagten, dass Patienten während der onkologischen Behandlung über eine längere Zeit nicht mehr in der Hausarztpraxis erschienen, was zu ungünstigen Betreuungslücken führte.
2. *Die Rollen des Grundversorgers und des onkologischen Spezialarztes sowie deren Arbeitsteilung sollten durch ein vom Projektteam entwickeltes Phasenmodell der Krebsbehandlung präzisiert werden.* Das Phasenmodell (Abb. 1) stellt die konzeptionelle Basis des Projektes dar. In einem Manual wurden die Rollen der beteiligten Berufsgruppen detailliert beschrieben.
3. *Der Informationsfluss zwischen Onkologen und HMO-Netzärzten sollte optimiert werden.* Onkologen erlebten den Informationsfluss als eine «Einbahnstrasse», beide Gruppen wünschten sich mehr Informationen von der anderen. Hausärzte wünschten sich mehr Informationen zu den zu erwartenden Nebenwirkungen verschiedener Tumortherapien. Der Miteinbezug des HMO-Netzarztes bei Ermessensentscheiden war ein hohes Anliegen der Primärversorgung, insbesondere bei langjährigen Arzt-Patienten-Beziehungen, die zu einem differenzierten Verständnis der Wertschätzungen und sozialen Verhältnisse massgeblich beitragen könnten.
4. *Die Effizienz der onkologischen Behandlung sollte erhöht werden.* Die Gatekeeperrolle des Hausarztes während der akuten Tumorbehandlungsphase wurde von Grundversorgern und Onkologen zugleich als problematisch eingestuft, denn eine Weiterweisung an andere Spezialisten für chemotherapie- oder tumorbezogene Fragestellungen wurde grundsätzlich im Ermessen des Onkologen angerechnet. Daher wurden

<sup>1</sup> Inhaberin, enable consulting, Projektleiterin Stiftung Meconex.

<sup>2</sup> Geschäftsführer Stiftung Meconex.

<sup>3</sup> Netzärztin HMO Gesundheitsplan.

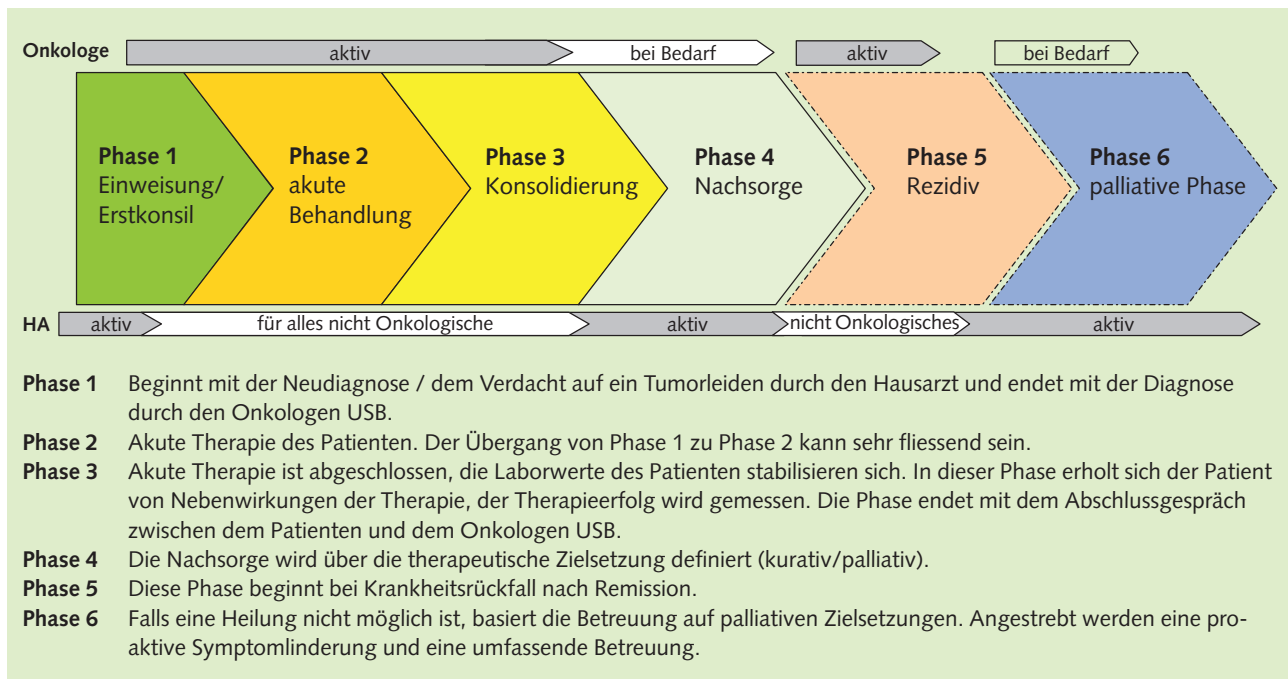
<sup>4</sup> Netzarzt HMO Gesundheitsplan.

<sup>5</sup> Netzarzt HMO Gesundheitsplan.

<sup>6</sup> Präsident Ärzteverein VIPA.

<sup>7</sup> Chefarzt Onkologie, Universitätsspital Basel.

Abbildung 1 Phasenmodell.



neue administrative Abläufe entwickelt (bspw. eine Dauerüberweisung für die akute Behandlungs- und Konsolidierungsphase), um die Prozesse zu straffen. Kontaktinformation für alle Onkologen und HMO-Netzärzte sowie für lokale Organisationen, wie die ambulante Onkologiepflege und die Krebsliga Beider Basel, wurden im Projektmanual eingetragen.

5. Die Rolle einer Nurse-Case-Managerin (NCM) bei schwerkranken Menschen sollte eingeführt werden, um deren Nutzen zu klären. Die NCM arbeitet im Auftrag des Grundversorgers und agiert als Bindeglied zwischen dem Patienten und den Angehörigen, Spe-

erfolgt ein telefonischer Kontakt, um allfällige Fragen oder Probleme zu beheben. Individuelle Wünsche, beispielsweise die Bestellung der Austrittsmedikamente bei einer Versandapotheke, kann durch die NCM unterstützt werden.

#### Projektimplementierung: Dezember 2005 bis September 2007

Eine eng definierte Gruppe tumorleidender HMO-Patientinnen und -Patienten wurden in das Projekt aufgenommen. 36 krebserkrankte Menschen wurden erfasst. 24 davon erfüllten die Einschlusskriterien. Davon akzeptierten 20 (87%) die Case-Management-Bedarfsabklärung. 16 krebserkrankte Patienten im Alter von 26 bis 75 Jahren erhielten eine längere Case-Management-Begleitung. Die Box zeigt beispielhaft für zwei Patienten auf, was Case Management in der Praxis bedeutet.

#### Die Begleitung bewirkte

eine Qualitätssteigerung der Patientenbetreuung und eine Verbesserung der Effizienz.

zialisten, Spitalärzten und den Pflegefachpersonen, Grundversorgern, Spitex, Hospiz, Krebsliga und Versicherern. Nach expliziter Einwilligung vereinbart die NCM mit dem Patienten die Case-Management-Zielsetzungen. Die Überwachung der Symptombelastung wurde durch punktuelle Kontaktaufnahmen intensiviert, je nach Bedarf des Hausarztes und des Onkologen mit sofortiger Information. Bei Spitalaufnahme besucht die NCM den Patienten auf der Station und unterstützt die Austrittsplanung. Bei Entlassung

#### Projektevaluation: Herbst 2007

Zur Evaluation wurden mündliche und schriftliche Befragungen der HMO-Netzärztinnen und -Netzärzte, der Spezialistinnen und Spezialisten und der betreuten Patientinnen und Patienten durchgeführt.

Die Begleitung bewirkte gemäss Evaluation eine Qualitätssteigerung der Patientenbetreuung und eine Verbesserung der Effizienz. Die Symptombelastung wurde durch

die Case-Managerin ermittelt und den behandelnden Ärzten kommuniziert. Der Informationsfluss zwischen Spital und Primärversorgung wurde gestärkt, beispielsweise dadurch, dass Austrittsberichte rechtzeitig in der Hausarztpraxis vorlagen. Die Austrittsplanung und Koordination der Nachbetreuung konnten in einzelnen Fällen zu einer Kürzung des Spitalaufenthaltes beitragen, zum Beispiel durch Beschleunigung von Kostengutspracheverfahren. Nach Bedarf wurde eine Vernetzung

beispielsweise mit der Krebsliga für Selbsthilfegruppen oder Anmeldung für eine IV-Rente in die Wege geleitet. Zudem erhielt der vulnerable Patient durch die NCM eine psychologische Unterstützung, die von ihm sehr geschätzt wurde.

Einschränkend ist auf die noch vergleichsweise kleine Fallzahl hinzuweisen. Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass die Begleitung durch die Case-Managerin von den meisten Krebskranken akzeptiert und geschätzt wurde. Das Projekt zeigt, dass insbesondere folgende Patientengruppen sich für die Begleitung durch eine Case-Managerin eignen:

- Patienten mit einem palliativen Therapieziel,
- Patienten mit einer komplexen Behandlung an vielen Orten,
- Vulnerable Patienten:
  - hochbetagte, polymorbide Menschen,
  - Asylanten,
  - sozial isolierte Menschen,
  - minderintelligente Menschen,
  - psychisch kranke Menschen,
  - Menschen, deren Partner unfähig sind, als Advokaten im Gesundheitswesen zu agieren.

Aufgrund dieser Resultate soll ein Folgeprojekt für hochbetagte Patientinnen und Patienten initiiert werden. Die Einführung einer klinisch-koordinativen Case-Management-Rolle stellt im Gesundheitswesen einen Paradigmenwechsel dar. Vulnerable Patienten erhalten eine kontinuierliche Begleitung über die gesamte Behandlungskette. Aktive Kontaktaufnahme ergänzt die geplanten Nachkontrollen, und die behandelnden Ärztinnen und Ärzte erhalten vielfältigere Informationen zum Krankheitsverlauf. Stationsärzte und Onkologen erhalten Unterstützung durch die Beschleunigung von Kostengutspracheverfahren. Die Rolle setzt differenzierte klinische und kommunikative Fähigkeiten voraus, die durch Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen erfüllt werden können.

### Beispiele von Managed Care in der Praxis

*Herr H. N., 59 Jahre alt, alleinstehend, Liposarkom mit pulmonalen Metastasen*

Case-Management-Begleitung über zwölf Monate  
Case-Management-Leistungen:

- Bedarfsabklärung,
- 14 E-Mails an Hausarzt und Onkologin, ggf. Stationsarzt,
- 13 Telefonate mit Herrn N. – aktive punktuelle Kontaktaufnahme,
- vier Telefonate mit dem Hausarzt,
- fünf Telefonate mit der Onkologin,
- sieben Telefonate mit Hospiz, Sozialdienst, Kasse, Lungenliga,
- Begleitung während eines stationären Aufenthaltes,
- Beschleunigung des Hospizübertritts, Begleitung im Hospiz,
- Kontinuität der Betreuung am Lebensende gewährleisten.

*Herr R. S., 75 Jahre alt, verheiratet, nichtkleinzelliges Bronchuskarzinom, DM, Niereninsuffizienz*

Case-Management-Begleitung über 18 Monate  
Case-Management-Leistungen:

- Bedarfsabklärung
- vier Telefonate mit der Onkologin (Chemotherapie abgebrochen im Mai 2006)
- sieben E-Mails an Onkologin, Stationsärzte,
- 26 Telefonate mit Ehefrau (wegen Hörschwäche des Patienten),
- zwölf Faxe an Hausarzt, zehn Telefonate mit dem Hausarzt,
- Begleitung während dreier stationärer Aufenthalte und nach Entlassung,
- Rechtzeitiger Informationsfluss an Hausarzt nach Abklärung auf der Notfallstation,
- Belastungsgrad und Unterstützungsbedarf der Ehefrau geprüft,
- Kontinuität der Betreuung, effizientes Austrittsmanagement ermöglicht.

### Literatur

- 1 Bodenheimer T. Coordinating care: A perilous journey through the health care system. *N Engl J Med.* 2008; 385: 1064–71.
- 2 Baur R, Schütz S. Koordination an Schnittstellen der gesundheitlichen Versorgung: Die Sichtweise von Patientinnen und Patienten eines Managed-Care-Modells. *Schweizerische Ärztezeitung.* 2006; 87: 49.

Korrespondenz

Lyn S. Lindpaintner BA, BSN, MD

Dürrbergstrasse 19

4132 Muttenz

lyn.lindpaintner@hin.ch

Gregor Risi

# Das Arbeitsunfähigkeitszeugnis – ein patientengesteuerter Prozess?

**Krankschreibungen sind teure «Therapien», noch dazu medizinisch oft schlecht abgestützt. Dabei sehen sich die Ärzte als Vertrauensperson des Patienten, die Rolle des Gatekeepers von Versicherungsleistungen ist zweitrangig. Über den Wechsel in den Krankheitsmodus bestimmen häufig die Patienten.**



Gregor Risi

Die Arbeitsunfähigkeitsattestierung (AUA) ist der erste Schritt auf dem Weg aus dem Arbeitsprozess in die Invalidität. Aufgrund der Bedeutung für die ökonomische Absicherung des Versicherten ist dieser Schritt besonders konfliktbehaftet. Die AUA ist eine therapeutische Intervention mit dem Ziel, die Gesundheit und die soziale Integration des Patienten langfristig zu erhalten. Die dadurch verursachten Kosten (Taggelder) übersteigen medizinische Behandlungskosten in der Regel um ein Vielfaches, für Kreuzschmerzen beispielsweise um das rund Fünffache. Die AUA ist die wohl teuerste «Therapieverschreibung» des Grundversorgers mit dem schlechtesten Nutzen-Nebenwirkungs-Profil.

Die Qualität ihrer Handhabung steht in krassem Gegensatz zu ihrer Bedeutung und zu sonstigen therapeutischen Handlungen, die gestützt auf Evidence Based Medicine, Guidelines und medizinisches Fachwissen durchgeführt werden. Die Chronifizierungsgefahr als Funktion der Zeit und der wiederholten Arbeitsunfähigkeit ist vielfach belegt. So sinkt für Rückenschmerzen die Chance, je wieder zur Arbeit zurückzukehren, alle sechs Monate um die Hälfte und beträgt nach Ablauf der zweijährigen Taggeldfrist weit unter zehn Prozent. Damit bildet die Taggeldphase eine regelrechte Versicherungsfalle, die durch das Arbeitsunfähigkeitszeugnis des behandelnden Arztes abgedeckt wird.

Die Qualität ihrer Handhabung steht in krassem Gegensatz zu ihrer Bedeutung und zu sonstigen therapeutischen Handlungen, die gestützt auf Evidence Based Medicine, Guidelines und medizinisches Fachwissen durchgeführt werden. Die Chronifizierungsgefahr als Funktion der Zeit und der wiederholten Arbeitsunfähigkeit ist vielfach belegt. So sinkt für Rückenschmerzen die Chance, je wieder zur Arbeit zurückzukehren, alle sechs Monate um die Hälfte und beträgt nach Ablauf der zweijährigen Taggeldfrist weit unter zehn Prozent. Damit bildet die Taggeldphase eine regelrechte Versicherungsfalle, die durch das Arbeitsunfähigkeitszeugnis des behandelnden Arztes abgedeckt wird.

## Die Qualität von Arbeitsunfähigkeitsattestierungen

Je nach Studie führen zwischen 9 und 25 Prozent aller Arztkonsultationen zu einer Krankschreibung, für die Schweiz wurden nur vier Prozent gemessen. Der Arzt ver-

weigert lediglich sechs Prozent der vom Patienten verlangten AUA. Auch wenn der Arzt ein Zeugnis explizit als nicht empfehlenswert erachtet, wird es in 87 Prozent der Fälle trotzdem ausgestellt. Nur vier Prozent der Patienten lehnen den Vorschlag einer Krankschreibung durch den Arzt ab [1].

Die Arbeitsunfähigkeitszeugnisse genügen selten, um versicherungstechnische Fragen beantworten zu können. Rund 70 Prozent sind ungenügend bezüglich Diagnose und/oder funktioneller Aussagen [2]. Die Zeugnisse enthalten in der Regel keine brauchbaren Angaben über mögliche Anpassungen des Arbeitsplatzes oder medizinische oder arbeitsplatzorientierte Interventionen zur Verbesserung der Rückkehr zur Arbeit [3]. Dies ist allerdings länderspezifisch, je nach gesetzlichen Anforderungen an das Attest.

AUA werden in bis zu 70 Prozent der Fälle auf Patientenaussagen und nicht auf klinische Befunde abgestützt, bei längerer Dauer sind nichtmedizinische Gründe häufig ausschlaggebend. Eine auffällige Häufung der attestierten Arbeitsunfähigkeit um die Schwellenwerte der Anspruchsberechtigung bei der Invalidenversicherung zeigte Cassis für IV-Zeugnisse in der Schweiz, das heisst bei 40, 50 und 70 Prozent Arbeitsunfähigkeit. Die Zeugnisse folgen somit der Logik des angestrebten Resultats (Renten-

---

Nur vier Prozent der Patienten lehnen  
den Vorschlag einer Krankschreibung  
durch den Arzt ab.

---

höhe) und nicht den medizinischen Gegebenheiten [4]. Sozioökonomische und arbeitsbezogene Patientenfaktoren der Chronifizierung (z.B. Arbeitsplatzunzufriedenheit, tiefes Ausbildungsniveau) sind auch die wichtigsten nichtmedizinischen Einflussfaktoren auf die Dauer und die Häufigkeit von AUA [5].

Daneben gibt es strukturelle und arztseitige Faktoren wie Anzahl Jahre der Praxistätigkeit, Teil-/Vollzeitpensum des Arztes, Training in Sozial-/Versicherungsmedizin, Vertrautheit mit dem Patienten und seinem Umfeld, Alter des Arztes oder Praxisorganisation (Einzel-/Gruppenpraxis, Stadt/Land). Besonders wichtig sind makroökonomische Faktoren (z.B. hohe Arbeitslosigkeitsrate, flexibilisierte

Arbeitssituation [6]), was sich auch historisch belegen lässt, sowie die finanziellen Anreize, die vom jeweiligen Versicherungssystem abhängen.

### Die Arbeitsunfähigkeit als Verhandlungsprodukt

Die Krankschreibung ist ein Verhandlungsergebnis zwischen Patient und Arzt. Dabei hat der Patient die führende Rolle inne, was sich unter anderem darin zeigt, dass Patienten die Dauer der Arbeitsunfähigkeit wesentlich zuverlässiger voraussagen als Ärzte oder Versicherungsfachleute, die sich auf die medizinischen Informationen stützen [7].

Das subjektive Gefühl des Patienten, arbeitsunfähig zu sein, ist Resultat eines komplexen Abwägungsprozesses mit folgenden Faktoren:

- Anforderungen: Arbeitsmarkt, Berufswahl, Karriereziele, Migration, Familiengröße und -dynamik usw.;
- Fähigkeiten: persönlich-biografisch determiniert durch Herkunft, Kultur, Erziehung, Bildung, finanziellen Hintergrund, soziales Umfeld, Persönlichkeitsfaktoren, Gesundheit/Krankheit;
- Anreize: Zugang zu und Höhe von sozialen und ökonomischen Absicherungssystemen mit je anderen Eingangs- und Ausgangskriterien, Rollen, Sozialkontakte, Anerkennung bei der Arbeit, Scham/Akzeptanz bei finanzieller Abhängigkeit, Identität, Werthaltungen usw.

---

**Es obliegt dem Arzt, den vom Patienten  
entschiedenen Wechsel vom Arbeits-  
in den Krankheitsmodus zu legitimieren  
und ökonomisch abzusichern.**

---

Anforderungen, Fähigkeiten und Anreize bilden dabei ein labiles und dynamisches Gleichgewicht. Der Patient evaluiert laufend – aber weitgehend unbewusst – seine Situation und versucht dabei, einen Gleichgewichtszustand zu erhalten. Dabei werden verschiedene Phasen durchlaufen:

- Versuch, den aktuellen Arbeitmodus beizubehalten (Arbeiten trotz Beschwerden);
- Versuch, besser mit der Situation umzugehen (Anpassung der Arbeit, Hilfe suchen, Therapie usw.); und schliesslich
- Neuausrichtung (Kündigung, neue Stelle, Krankschreibung, Rentenantrag usw.), meist als Wechsel vom «Arbeitsmodus» in den «Krankmodus» [8].

Angesichts dieser komplexen Evaluation ist es offensichtlich, dass die rein medizinischen Faktoren nur einen – wenn auch wichtigen – Teilaspekt der AUA darstellen. Aufgrund der Versicherungsgesetzgebung liegt es beim

Arzt, den vom Patienten entschiedenen Wechsel vom Arbeits- in den Krankheitsmodus zu legitimieren und ökonomisch abzusichern. Dem Kranksein kommt somit eine instrumentale Rolle zu, um eine finanzielle Versicherungsleistung zu erlangen. Dies leistet einer Medikalisierung sozialer und ökonomischer Probleme systemimmanent direkt Vorschub. Weil bei diesem Übergang so viel auf dem Spiel steht, gerät der Arzt unter enormen Druck. Er steht in einem nicht lösbaren Konflikt zwischen der Rolle als Therapeut des Patienten und derjenigen als Gatekeeper für den Zugang zu Versicherungsleistungen, zwischen den eigenen Überzeugungen und den Ansprüchen des Patienten und der Gesellschaft.

### Rollenkonflikte des Arztes

In einer qualitativen Untersuchung zeigte Hussey, dass Ärzte generell das Gefühl haben, von verschiedenen Stakeholdern (Arbeitgeber, Patient, Angehörige, Versicherungen usw.) benutzt oder gar missbraucht zu werden. Die AUA wird als überwiegend patientenkontrolliert erlebt. Selbst in Fällen eines offensichtlichen Missbrauchs hatten die Ärzte keine klare und vor allem keine einheitliche Strategie, wie sie damit umgehen sollen.

Besonders schwierig ist die Entscheidung über Arbeitsunfähigkeit, wenn klinische Befunde weitgehend fehlen. Die Ärzte glauben, dass bei Verweigerung einer AUA die Patienten abwandern und bei einem Kollegen ein Zeugnis erhalten. Bewusst werden teilweise falsche oder vage Diagnosen gestellt, sei es um das Vertrauen der Patienten zu bewahren, sei es um das Sozialversicherungssystem zu unterlaufen, wenn dieses als «ungerecht» erlebt wird. Im Rollenkonflikt zwischen Gatekeeper und Vertrauensperson des Patienten entscheiden sich die Ärzte häufiger für Letzteres. Die Wichtigkeit der AUA wird dabei «semibewusst» ausgeblendet [9].

Die Kenntnis der sozial schwierigen Situation des Patienten führt beim Arzt zwar in erster Linie zum Angebot vermehrter Konsultationszeit und Beratung, in 28 Prozent der Fälle aber auch zu vermehrter Krankschreibung. Ärzte haben unterschiedliche Werthaltungen, wie weit soziale

---

**Sozial Schwache werden generell  
häufiger und länger krankgeschrieben.**

---

Faktoren bei der AUA berücksichtigt werden sollen. In der Praxis scheint jedoch die konkrete Situation und die Arzt-Patienten-Interaktion ausschlaggebend zu sein, was wiederum für die führende Rolle des Patienten spricht. Sozial Schwache werden generell häufiger und länger krankgeschrieben [10].

## Konklusion

Das Arbeitsfähigkeitsattest stellt den Arzt vor nicht lösbare Rollenkonflikte. Entsprechend wird der Arzt dabei nicht immer in erster Linie von medizinischer Evidenz geleitet, sondern häufig zwischen den Interessen der Stakeholder (Patient, Arbeitgeber, Versicherungen, Gesellschaft) zerrieben. Um die Situation zu verbessern, sind eine tiefgreifende Analyse und detailliertere Forschungen unumgänglich. Dabei sind insbesondere auch die systemimmanenten Konflikte zu beachten. Der Grundversorger müsste unter Umständen nach einem gewissen Zeitraum, zum Beispiel nach drei Monaten, ganz von der Aufgabe der weiteren Arbeitsunfähigkeitsattestierung befreit werden, um seine Rolle als Arzt und Vertrauensperson des Patienten weiter ausüben zu können.

## Literatur

- 1 Englund L, Svardsudd K. Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2000;18(2): 81–6.
- 2 Soderberg E, Alexanderson K. Sickness certificates as a basis for decisions regarding entitlement to sickness insurance benefits. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2005;33(4): 314–20.
- 3 Wahlstrom R, Alexanderson K. Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Chapter 11. Physicians' sick-listing practices. *Scand J Public Health Suppl*. 2004;63: 222–55.
- 4 Cassis I et al. Quality of work incapacity assessment in the Swiss disability insurance system. *Int J Qual Health Care*. 1996;8(6): 567–75.
- 5 Allebeck P, Mastekaasa A. Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Chapter 5. Risk factors for sick leave – general studies. *Scand J Public Health Suppl*. 2004;63: 49–108.
- 6 Virtanen M et al. Local economy and sickness absence: prospective cohort study. *J Epidemiol Community Health*. 2005;59(11): 973–8.
- 7 Fleten N, Johnsen R, Forde OH. Length of sick leave – why not ask the sick-listed? Sick-listed individuals predict their length of sick leave more accurately than professionals. *BMC Public Health*. 2004;4: 46.
- 8 Thulesius HO, Grahn BE. Reincorporating – a new theory on work and work absence. *BMC Health Serv Res*. 2007(1): 100.
- 9 Hussey S et al. Sickness certification system in the United Kingdom: qualitative study of views of general practitioners in Scotland. *BMJ*. 2004;328(7431): 88–92.
- 10 Gulbrandsen P et al. General practitioners' relationship to sickness certification. *Scand J Prim Health Care*. 2007;25(1): 20–6.

## Korrespondenz:

Dr. med. Gregor Risi  
 Innere Medizin FMH  
 Stv. Chefarzt asim Begutachtung  
 Universitätsspital Basel  
 Petersgraben 4  
 4031 Basel  
 grisi@uhbs.ch

## Ein Jahr «Care Management»: auf gutem Kurs

Sehr geehrte Leserin  
Sehr geehrter Leser

Mit dieser Ausgabe von «Care Management» wird der Jahrgang 2008 unserer Zeitschrift abgeschlossen – ein Jahrgang, der es in sich hatte: ein neuer Titel, ein neuer Verlag, neue Gewichtungen. Viele Reaktionen zeigen uns, dass wir auf dem richtigen Weg sind. Dafür möchten wir uns bedanken: bei EMH Schweizerischer Ärzteverlag, beim Redaktionellen Beirat, bei allen Autorinnen und Autoren, bei den Goldpartnern des Forums Managed Care – und vor allem bei Ihnen.

Im Jahr 2009 sind ebenfalls sechs Ausgaben geplant: am 16. Februar, 20. April, 8. Juni, 24. August, 19. Oktober, 21. Dezember. Die Schwerpunktthemen der ersten drei Ausgaben sind bereits bestimmt:

- Prävention (Ausgabe 1/09),
- Patientenberatung und -schulung (Ausgabe 2/09),
- Managed Care – die reizvolle Art zu steuern (Thema des FMC-Symposiums 2009, Ausgabe 3/09).

Das Forum Managed Care ist überzeugt, mit «Care Management», dem jährlichen Symposium sowie der neu gestalteten Website ([www.fmc.ch](http://www.fmc.ch)) relevante, praxisorientierte und zukunftsgerichtete Plattformen für die Weiterentwicklung der integrierten Gesundheits- und Krankheitsversorgung in der Schweiz zu bieten.

Wir freuen uns, wenn Sie weiterhin daran teilhaben und wir Ihnen immer wieder Anregungen liefern können.

Herzliche Grüsse



Peter Berchtold  
Präsident  
Forum Managed Care



Urs Zanoni  
Chefredaktor  
Care Management