



# managed care

4 • 2004

21. Mai

## Rechtsfragen

Managed Care sinnvoll fördern

Managed Care in der KVG-Revision

Vom ärztlichen Recht auf Verträge

Können Ärztenetze den Wettbewerb behindern?

Rechte und Pflichten der Versicherten  
in Managed-Care-Modellen

Daten- und Geheimmissschutz: Informationelle Selbst-  
bestimmung der Patientinnen und Patienten sichern

Leistungseinkauf im Ausland

Anreize selbstdispensierender Ärzte, Vergünstigungen  
auszuhandeln – oder: Was Managed Care bewirken kann

Die Bedeutung des Equam-Zertifikats für das  
Ärztenetz PizolCare

Non-Compliance: Merkmale, Kosten und Konsequenzen  
«Qualität kostet und spart»

[www.fmc.ch](http://www.fmc.ch)

en français:

[www.managedcareinfo.net](http://www.managedcareinfo.net)

# Rechtliche Rahmenbedingungen mit Bedacht anpassen

**Christoph Andreas Zenger**

Die Beiträge in diesem Heft beleuchten rechtliche Probleme des Zugangs, des Leistungseinkaufs, der Selbstbestimmung der Versicherten, des Datenschutzes und der Weitergabe von Preisvorteilen, die sich im Rahmen von Managed-Care-Modellen stellen. Weitere wichtige Themen wie beispielsweise Haftung oder Rationierung kämen hinzu. Längst nicht alle Fragen sind beantwortet. Dies ist nicht weiter erstaunlich: Das geltende Recht ist nicht auf Managed Care zugeschnitten. Es behandelt die Leistungserbringung, die Leistungsfinanzierung und die Leistungsbeanspruchung als drei grundsätzlich getrennte Funktionen. Managed-Care-Modelle versuchen, die drei Funktionen zu integrieren. Darin liegt der grosse Vorzug und die Innovativität der Managed-Care-Modelle schweizerischer Prägung.

Doch besteht wirklich hinreichende Klarheit darüber, was eine solche Umorientierung bedeutet? Konsequenz ist auch die Reintegration von drei grundverschiedenen ethisch-politischen Anliegen, nämlich der Qualitätssicherung in der Krankenversorgung, der Kostenkontrolle in der Finanzierung und der Balance zwischen Selbstbestimmung und Solidarität unter Versicherten und Patienten. Die Reintegration ermöglicht eine bessere Steuerung, gewiss, aber nicht eine politisch-ethische Steuerung, sondern eine Steuerung nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten: In Managed-Care-Modellen werden die drei Anliegen, die im herkömmlichen Modell politisch gelöst sind, weitgehend depolitisiert und zu technischen Manage-

mentproblemen konkurrierender Organisationen undefiniert.

So berechtigt der Wunsch ist, die rechtlichen Rahmenbedingungen für Managed-Care-Modelle zu verbessern, so wichtig ist es, dies mit Bedacht zu tun.

Es vertrüge sich nicht mit den öffentlichen Aufgaben der sozialen Krankenversicherung, Managed-Care-Organisationen *tel quel* den Wettbewerbsregeln zu unterstellen; insofern ist es verständlich, dass sich die WEKO mit einer Stellungnahme zurückhält (siehe Seite 13). Es wäre aber auch problematisch, unbesehen alle geltenden rechtlichen Regeln zu beseitigen, welche sich für Managed-Care-Organisationen als Hemmnis erweisen. Denn dann ergäben sich für die neue Versicherungsform grössere Handlungsspielräume als für die traditionelle, sodass sich in kürzester Zeit keine Anbieter für die Letztere mehr finden würden. Heute halten Managed-Care-Organisationen die Qualitätssicherung und die Selbstbestimmung und Solidarität hoch, weil ihre Mitglieder, Angestellten und Kunden jederzeit wieder in das traditionelle System abwandern können. Würde die Abwanderungsgefahr wegfallen, so wären unter dem Druck der Wirtschaftlichkeit radikale Abstriche zu erwarten. Dies kann weder im Interesse der Allgemeinheit noch im Interesse derjenigen sein, die sich in der Schweiz seit Jahren für Managed Care engagieren.



Christoph Andreas Zenger

**Dr. iur. Christoph Andreas Zenger**

Dozent an der Universität Bern

E-Mail: christoph.zenger@oefre.unibe.ch

## SCHWERPUNKTTHEMA:

## RECHTSFRAGEN

- 6** ..... **Managed Care sinnvoll fördern – Managed Care in der Revision des KVG**  
 Fritz Britt  
 Der Leiter der Abteilung Kranken- und Unfallversicherung des Bundesamts für Gesundheit (BAG) zu den aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen für Managed Care und zu den Überlegungen des BAG im Hinblick auf die KVG-Revision.
- 8** ..... **Managed Care in der KVG-Revision – den Paradigmenwechsel ermöglichen**  
 Jost Gross  
 Welche Einstellung und welche Vorstellungen hat die Politik zu Managed Care und zu den notwendigen gesetzlichen Rahmenbedingungen? – Stimmungsbericht aus dem Nationalrat.
- 10** ..... **Vom ärztlichen Recht auf Verträge**  
 Ueli Kieser, Tina Schleich  
 Können Ärzte den Beitritt zu einem Hausarztmodell beziehungsweise zum an diesem Modell beteiligten Ärztenetz unter gewissen Bedingungen auf dem Rechtsweg erstreiten?
- 13** ..... **Können Ärztenetze den Wettbewerb behindern? – Offene Fragen**  
 Die Wettbewerbskommission und das Staatssekretariat für Wirtschaft SECO zur Bedeutung des Kartellgesetzes und des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb für Ärztenetze.
- 14** ..... **Rechte und Pflichten der Versicherten in Managed-Care-Modellen**  
 Béatrice Despland  
 Die Aufklärungs- und Beratungspflicht des Versicherers ist seit dem 1. Januar 2003 gesetzlich festgeschrieben. Was bedeuten dieser und andere Gesetzesartikel für Versicherte in besonderen Versicherungsformen?
- 16** ..... **Daten- und Geheimnisschutz: Informationelle Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten sichern**  
 Bruno Baeriswil  
 Ist es möglich, gleichzeitig den besonderen Bedürfnissen der Ärztenetze im Bereich des elektronischen Datenverkehrs sowie dem Datenschutz und dem Recht der Patienten auf informationelle Selbstbestimmung Rechnung zu tragen?
- 19** ..... **Leistungseinkauf im Ausland**  
 Ulrich Meyer  
 Gewisse Gesundheitsleistungen werden nur im Ausland angeboten; andere sind im Ausland günstiger. Für Versicherer und Versicherte könnte es sich also lohnen, gewisse Leistungen im Ausland «einzukaufen». Ist dies gesetzlich zulässig?
- 22** ..... **Anreize selbstdispensierender Ärzte, Vergünstigungen auszuhandeln – oder: Was Managed Care bewirken kann**  
 Christoph Tagmann  
 Wieweit dürfen Ärzte im ambulanten Selbstdispensations-Kanal Vergünstigungen auf Arzneimittelpreise aushandeln? Wieweit müssen sie diese Vergünstigungen weitergeben? Lohnen sich Preisverhandlungen überhaupt?

## QUALITÄTSSICHERUNG

- 27** ..... **«Qualität nachgewiesen und uns positioniert» – die Bedeutung des Equam-Zertifikats für das Ärztenetz PizolCare**  
 Interview mit Urs Keller  
 Der Geschäftsführer und Verwaltungsratspräsident der PizolCare AG über die Equam-Zertifizierung seines Ärztenetzes und ihre erwünschten und unerwünschten Folgen.

## COMPLIANCE UND SELBSTMANAGEMENT

- 30** ..... **Non-Compliance: Merkmale, Kosten und Konsequenzen**  
 Franz Petermann  
 Im Gesundheitswesen könnten viele unnötige Ausgaben verhindert werden, wenn es gelingen würde, die Compliance der Patienten zu verbessern. Wie aber lässt sich dieses Ziel erreichen? Wer kann was dazu beitragen?

VERANSTALTUNGSBERICHT

**34** ..... **«Qualität kostet und spart»**  
 Brigitte Casanova  
 Bericht über das 6. Novartis-Forum für Gesundheitsökonomie vom 26. November 2003 in Bern.

RUBRIKEN

**5** ..... **Forum Managed Care**  
 Phasenwechsel

**25** ..... **Kolumne**  
 EU-Erweiterung und die öffentliche Gesundheit  
 (Von Regula Rička, Mitglied des Redaktionellen Beirats der Zeitschrift «Managed Care»)

**26** ..... **Seite von med-swiss.net**  
 Thesen zur KVG-Revision aus Sicht der Schweizerischen Ärztenetzwerke, vertreten durch deren Dachverband med-swiss.net

**36** ..... **Resonanz**  
 Aufklären oder durchwursteln? • Folgenreiches «Mentalitätsgefälle» • Unvollständig informiert • Spielplätze und Steuern gegen Übergewicht

**37** ..... **Buchhinweis**  
 Systemintegration im Gesundheitswesen

**38** ..... **Veranstaltungskalender**  
 Veranstaltungen/Weiter- und Fortbildung

**40** ..... **In Kürze**  
 KrebspatientInnen und Internet • Akkreditierung erhöht Patientensicherheit • Grosses Nichtwissen über psychiatrische Störungen • Gesundheitsreformen in Europa ••• Vorschau: Lebensstil und Gesundheit

managed  
care

Schweizer Zeitschrift für Managed Care, Public Health, Gesundheits- und Sozialökonomie  
 Offizielles Organ des Forums Managed Care

**Verlag:**  
 Rosenfluh Publikationen AG  
 Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen

**Redaktioneller Beirat:**  
 Georges Ackermann, Richard Altorfer, Lorenz Borer, Otto Brändli, Martin Denz, Kurt E. Hersberger, Kurt Hess, Claudio Heusser, Karl Kunz, Christian A. Ludwig, Christian Marti, Josef Müller, Regula Rička, Stefan Schindler, Hans Schmidt, Heidi Schriber, Ruedi Wartmann, Mechtild Willi Studer, Rolf Zwygart

**Redaktionsausschuss:**  
 Georges Ackermann, Richard Altorfer, Christian A. Ludwig, Christian Marti, Regula Rička, Heidi Schriber, Ruedi Wartmann

**Betreuung des Schwerpunktthemas:**  
 Christoph Andreas Zenger

**Redaktion:**  
 Brigitte Casanova (bc) und Rita Schnetzler (rs)  
 Stampfenbrunnenstrasse 40, 8048 Zürich  
 Telefon und Fax 01-431 73 56  
 E-Mails: b.casanova@rosenfluh.ch  
 r.schnetzler@rosenfluh.ch

**Redaktionssekretariat:**  
 Rosenfluh Publikationen AG  
 Claudia Mascherin  
 Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen  
 Telefon 052-675 50 60, Fax 052-675 50 61  
 E-Mail: info@rosenfluh.ch

**Anzeigenregie:**  
 Rosenfluh Media AG  
 Sekretariat: Manuela Bleiker  
 Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen  
 Telefon 052-675 50 50, Fax 052-675 50 51  
 E-Mail: romed@rosenfluh.ch

**Anzeigenverkauf:**  
 Ernst Schäublin  
 Bahnhofstrasse 56, 4125 Riehen  
 Telefon 061-641 60 40, Fax 061-641 46 01

**DTP und Layout:**  
 Rosenfluh Publikationen AG, Regina Hauser

**Druck:**  
 stamm+co. Grafisches Unternehmen  
 8226 Schleitheim

**Abonnemente, Adressänderungen:**  
 EDP Services AG  
 Ebenaustrasse 10, Postfach, 6048 Horw  
 Telefon 041-349 17 60, Fax 041-349 17 18  
 E-Mail: saem.ropu@edp.ch

**Abonnementspreise:**  
 Erscheint achtmal jährlich  
 Jahres-Abonnement: Fr. 90.–  
 (Westeuropa: Fr. 135.–)  
 Einzelheft: Fr. 15.– (zzgl. Porto, plus MwSt.)  
 Einzelheft-Bestellungen bitte an das Redaktionssekretariat

Diese Zeitschrift wird im  
 EMBASE/Excerpta Medica indexiert.  
 8. Jahrgang; ISSN 1422-6618

© Copyright by Rosenfluh  
 Publikationen Neuhausen

Managed Care und MCCM sind eingetragene  
 Marken  
 Nachdruck nur mit Genehmigung des Verlags.  
 Für unaufgefordert eingehende Manuskripte  
 übernimmt der Verlag keine Verantwortung.

# Phasenwechsel

Während des letzten Jahres hat sich das Forum Managed Care schwergewichtig mit sich selber beschäftigt: Im Auftrag der Mitgliederversammlungen vom 31. Januar und vom 5. Juni 2003 wurden neue Strukturen geschaffen, strategische Ausrichtungen abgewogen, eine nachhaltige Trägerschaft etabliert und Businesspläne entworfen. Auch in Zukunft kann auf solche Aktivitäten nie ganz verzichtet werden; dennoch steht jetzt ein Phasenwechsel an, mit der Konzentration auf inhaltliche und thematische Fragen innerhalb des uns erteilten Auftrags und mit Blick nach vorn.

Im Fokus stehen unsere Produkteressorts, deren Strategien am Event mit unseren Goldpartnern vom 23. Januar dieses Jahres Gegenstand lebhafter Diskussionen und Gruppenarbeiten waren. Bereits in diesem Frühjahr konkrete Pläne und Aktivitäten in Angriff genommen worden. So kann wohl noch im Mai unsere neue Website aufgeschaltet werden. Die Planung für ein Symposium im Frühling 2005 läuft mit professionellem Support auf vollen Touren. Das Ressort Education entwickelt einen interaktiven Thesaurus zu Begriffen und Themen von Managed Care; die erste Version soll im Sommer vorliegen. Mit dem Verlag «Rosenfluh Publikationen» ist in konstruktiver Atmosphäre eine Einigung über die Eckwerte des neuen Kooperationsvertrags erzielt worden. Dass wir dabei im Rosenfluh-Verlag gleich einen neuen Goldpartner gefunden haben, freut uns ebenso wie die Aussicht auf die weitere Zusammenarbeit mit unseren erfahrenen Redaktorinnen Rita Schnetzler und Brigitte Casanova. Und am visuellen Auftritt, der die Erneuerung unterstreichen und unsere Aktivitäten optisch verbinden soll, wird intensiv gearbeitet.

Ein solcher Phasenwechsel, von der Beschäftigung mit Vereinsstrukturen und Leitbildern zur Ausrichtung auf konkrete Inhalte, bildet nie eine scharfe Grenze, sondern ist immer ein «work in progress». Doch er ist uns Anlass zum dreifachen Dank. Der erste geht an diejenigen, die im «alten» Vorstand oder als Delegierte der Arbeitsgruppen mit ihrer engagierten Arbeit dafür gesorgt haben, dass wir nicht auf grüner Wiese beginnen mussten, sondern dass bereits ein tragfähiges Fundament vorhanden war. Speziell danken möchten wir hier Leo Buchs, Heidi Schriber und Ruedi Wartmann, die als «sichere Werte» seit Jahren unter oft schwierigen Verhältnissen die Geschicke des Forums gestalteten und auch in solchen Zeiten immer wieder engagiert zur Stelle waren. Unser zweiter Dank richtet sich an die Mitglieder, die uns mit ihrem Erneuerungsauftrag ihr Vertrauen bewiesen haben. Und last but not least danken wir einmal mehr unseren Trägerinstitutionen, die als Goldpartner der ersten Stunde eine nachhaltige Erneuerung erst möglich gemacht haben. Dieser Tage wird zudem die Goldpartner-Vereinbarung unter Dach und Fach gebracht; sie bildet die Grundlage dazu, die begonnene Zusammenarbeit aktiv zu vertiefen und verbindlicher zu gestalten.

Vorstand Forum Managed Care

Peter Berchtold      Philip Baumann  
Kurt Hess             Andreas Weber

## Forum Managed Care – Unsere Goldpartner

• Ärztekasse	zugesagt
• Apotheke Zur Rose	zugesagt
• BlueCare	zugesagt
• Comparis	in Aussicht gestellt
• College-M	zugesagt
• EQUAM	zugesagt
• FMH	zugesagt
• HELSANA	zugesagt
• Medgate	in Aussicht gestellt
• Medvantis	zugesagt
• MediX Ärzteverbund	zugesagt
• MSD	zugesagt
• Novartis	zugesagt
• Rosenfluh Publikationen	zugesagt
• SanaCare	zugesagt
• Santésuisse	zugesagt
• Schweizerischer Apothekenverband	zugesagt
• SUVA	zugesagt
• UNIMEDES	zugesagt

## Forum Managed Care – Jahresabschluss 2003

Mit der Übernahme der Rechnungsführung hat die neue Geschäftsstelle des Forums Managed Care auch den Jahresabschluss 2003 erstellt. Die Rechnung schliesst mit einem ausgeglichenen Ergebnis ab und wurde mittlerweile vom Revisor genehmigt:

<b>Bilanz</b>	
Umlaufvermögen	Fr. 23 814.95
Aktivierter Aufwand Reorganisation FMC	Fr. 88 796.50
Total Aktiven	Fr. 112 611.45
<hr/>	
Fremdkapital kurzfristig	Fr. -98 330.60
Vereinskapital	Fr. -14 252.70
Jahresergebnis	Fr. -28.15
Total Passiven	Fr. 112 611.45
<hr/>	
<b>Erfolgsrechnung</b>	
Betriebsertag (Mitgliederbeiträge)	Fr. 22 240.00
<hr/>	
Aufwand (Tagungen, Zeitschrift, Personal)	Fr. -10 421.60
Sonstiger Betriebsaufwand	Fr. -11 880.25
<hr/>	
Ausserordentlicher Ertrag	Fr. 90.00
Unternehmensergebnis	Fr. 28.15

# Managed Care sinnvoll fördern

## Managed Care in der Revision des KVG

**Welches sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen für Managed Care in der Schweiz? Wieweit kann die Managed Care durch Gesetzesänderungen gefördert werden? Der Leiter der Abteilung Kranken- und Unfallversicherung des Bundesamts für Gesundheit nimmt Stellung.**

**Fritz Britt**

Die Verbreitung der Managed Care in der Schweiz stagniert seit etwa fünf Jahren. Deshalb ist in politischen Kreisen unbestritten, dass Wege gefunden werden müssen, um die vielen Formen von Care Management zu fördern und die Vorteile von Care Management im Bereich von Kostenentwicklung und Qualität im Gesundheitswesen noch vermehrt nutzbar zu machen.

### Aktuelle Situation

Das geltende Krankenversicherungsgesetz KVG sieht bezüglich Managed Care in den Artikeln 41 (Absatz 4) und 62 (Absätze 1 und 3) eine sehr liberale Lösung vor (siehe *Kasten*); basierend auf diesem Gesetz können grundsätzlich sämtliche Formen von Care Management in besondere Versicherungsformen eingebracht werden. Das KVG geht also in der Zahl der Möglichkeiten weit

über Hausarztssysteme oder HMO-Organisationen hinaus und bietet Krankenversicherern und Leistungserbringern bereits heute einen grossen Gestaltungsfreiraum. Dieser Freiraum wird aber nur zögerlich genutzt.

Allerdings hat auch das Gesetz einige Schwächen, die in der kommenden Revision ausgeglichen werden sollen. Die Überlegungen des BAG im Hinblick auf diese Gesetzesrevision werden im Folgenden vorgestellt.

### Was ist Managed Care?

Wenn das KVG und die Managed Care weiterentwickelt werden sollen, müssen zunächst noch einige Abgrenzungen vorgenommen werden. Ohne Managed Care neu definieren zu wollen, ist doch festzuhalten, dass es im Kern um das Management des Versicherten und/oder des Patienten geht. Es geht also um Gesundheitsverhalten und darum, auf den Therapieplan des Patienten über die ganze

«Damit solche Risiken eingegangen werden, braucht es auch einen gesetzlichen Rahmen, der sicherstellt, dass sich Management lohnt.»

Behandlungskette hinweg Einfluss zu nehmen. Und zwar aktiv und explizit, in der Regel im Rahmen eines Vertrages mit einem oder mehreren Versicherern. Definitiv keine Managed Care sind so genannte «Hausarztmodelle» einer ganzen kantonalen Ärztesellschaft; hier fällt



Fritz Britt

nämlich das Element des Managements weg. Ebenfalls nicht um Managed Care handelt es sich bei der Bonusversicherung oder der Versicherung mit freiwillig erhöhter Franchise. Auch wenn diese Versicherungsformen allenfalls zu Verhaltensänderungen von Versicherten führen können, fehlt doch die Einflussnahme auf den Therapieplan, das Element des Managements. Es handelt sich hierbei also um Versicherungsformen mit modifizierten Finanzierungsformen, aber nicht um Managed Care.

### Was heisst «Managed Care fördern»?

Managed Care zu fördern bedeutet grundsätzlich, Freiraum zu gewähren für neue Behandlungs-, Management- und Versicherungsformen. Leistungserbringer, die sich in Managed-Care-Strukturen begeben, übernehmen zusätzliche Verantwortung; sie gehen ein unternehmerisches Risiko ein. Krankenversicherer, die solche Versicherungsmodelle anbieten und entsprechende Ver-

Kasten:

### Die heutigen gesetzlichen Grundlagen

Im geltenden Krankenversicherungsgesetz KVG finden sich die folgenden Angaben zu besonderen Versicherungsformen/Managed-Care-Modellen:

#### Artikel 41 KVG, Absatz 4:

Die Versicherten können ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt (Art. 62 Abs. 1 und 3). Der Versicherer muss dann nur die Kosten für Leistungen übernehmen, die von diesen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden; Absatz 2<sup>1</sup> gilt sinngemäss. Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert.

#### Artikel 62 KVG (Besondere Versicherungsformen), Absätze 1 und 3:

Absatz 1: Der Versicherer kann die Prämien für Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nach Artikel 41 Absatz 4 vermindern.

Absatz 3: Der Bundesrat regelt die besonderen Versicherungsformen näher. Er legt insbesondere aufgrund versicherungsmässiger Erfordernisse Höchstgrenzen für die Prämienermässigungen und Mindestgrenzen für die Prämienzuschläge fest. Der Risikoausgleich nach Artikel 105 bleibt in jedem Fall vorbehalten.

träge abschliessen wollen, müssen neue langfristige Geschäftsbeziehungen eingehen und stehen aufgrund der Erwartungen der Versicherten unter Erfolgsdruck: auch hier ein neues unternehmerisches Risiko. Damit solche Risiken eingegangen werden, braucht es vor allem unternehmerischen Freiraum – aber auch einen gesetzlichen Rahmen, der sicherstellt, dass sich Management lohnt und dass sich das unternehmerische Risiko auszahlt. So weit ist das KVG heute noch nicht.

Managed Care fördern heisst also nicht nur, den nötigen Freiraum zu gewähren, sondern auch, Anreize so zu setzen, dass sich Managed Care

sowohl für Versicherer als auch für Leistungserbringer und für Patienten auszahlt – und zwar vor allem bei den chronischen und kostspieligen Krankheiten. Denn genau dort bringt Management neben einer günstigeren Kostenentwicklung in der Regel auch mehr Qualität für den Patienten. Zudem muss ein Managed-Care-Netzwerk Verhandlungsspielraum haben. Das Netzwerk muss mit allen externen Leistungserbringern, welche Leistungen für seine Managed-Care-Patienten erbringen, die Preise/Tarife aushandeln können. Die Budget- und Therapieverantwortung für die ganze Behandlungskette bedingt nämlich selbstverständlich auch ein teilweises Outsourcing.

### Gesetzesrevision – Überlegungen des BAG

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) als federführendes Amt prüft in den Arbeiten zur Formulierung der Revision des KVG eine Vielzahl von Elementen:

In der Gesetzesrevision, die im vergangenen Jahr gescheitert ist, wurde das Ärztenetzwerk als besondere Versicherungsform näher umschrieben. Nun wird geprüft, ob die damals gewählte etwas konkretere Umschreibung mit Begriffen wie «Managed-Care-Modell», «Budgetverantwortung» und «gesamte Behandlungskette» tatsächlich geeignet ist, diese Art von Therapieverantwortung und Versicherungsmodell zu fördern und neue Impulse zu geben. Indem stattdessen das Bestehen von Vertragsverhältnissen zwischen

«Das Netzwerk muss mit allen externen Leistungserbringern die Preise/Tarife aushandeln können.»

dem Leistungserbringer und dem Versicherer sowie unter Leistungserbringern betont wird, soll sowohl den Versicherern wie auch den Betreibern von Managed-Care-Organisationen mehr Freiheit eingeräumt werden. Dabei ist unter Fachleuten

unbestritten (auch wenn aus politischen Gründen andere Meinungen vertreten werden), dass das Vertragsprinzip bei gleichzeitiger konse-

«Als eine Art Zwischenlösung bietet sich die unterschiedliche Ausgestaltung der Kostenbeteiligung an.»

quenter Aufhebung des Kontrahierungszwangs die Weiterentwicklung und Verbreitung von Managed Care unterstützt.

Bei den Versicherungsverträgen ist zudem vorgesehen, Vertragsdauern von über einem Jahr zu ermöglichen, damit auch eine längerfristige Verhaltensänderung in eine vertragliche Verpflichtung eingebaut werden kann. Und der Anreiz für das Eingehen eines Versicherungsvertrages im Sinne der Managed Care soll nicht ausschliesslich in einer tieferen Versicherungsprämie bestehen dürfen, sondern auch in einer tieferen Kostenbeteiligung oder in einer Rückvergütung nach Abschluss des Rechnungsjahres.

Bei allen Änderungsüberlegungen ist zu beachten, dass es sich bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung noch immer um eine Versicherung mit versicherungstechnischen Ausgleichselementen (Einheitsprämie und Risikoausgleich) handelt, und um eine Versicherung, die nicht alle Leistungen des Gesundheitswesens abdeckt. Schliesslich ist durchaus auch zu berücksichtigen, dass mehr Freiraum einzuräumen nicht unbedingt heissen muss, noch mehr gesetzliche Bestimmungen zu formulieren.

### Anreize für Managed Care

Eine Schwierigkeit bei der Gestaltung der Anreize besteht darin, dass es sich nicht auszahlen darf, weder für den Leistungserbringer noch für den Versicherten oder Patienten, sich nicht in einem Managed-Care-Modell zu engagieren beziehungsweise zu versichern. Zugleich kann es aber wohl nicht angehen, die Basisform der obligatorischen Krankenversi-

<sup>1</sup> Der Absatz 2 des Artikels 41 nennt die Bedingungen für die Leistungs-Inanspruchnahme ausserhalb des Wohnkantons.

cherung generell unattraktiv zu machen. Als eine Art Zwischenlösung bietet sich die unterschiedliche Ausgestaltung der Kostenbeteiligung an: Durch die Erhöhung der Kostenbeteiligung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und die Flexibilisierung bei der freiwillig erhöhten Franchise wird Freiraum geschaffen, um diese Elemente vermehrt in die Ausgestaltung des Managed-Care-Versicherungsmodells einzubeziehen.

Dagegen zielt ein Obligatorium von Managed Care in eine völlig falsche Richtung. Ein flächendeckendes schweizerisches Managed-Care-Modell verliert sowohl die Vorteile des Care Managements wie auch die Anreizwirkung. Und es verursacht höhere Administrativkosten. Denk-

bar ist einzig eine Lösung, die den Versicherer verpflichtet, überall dort, wo er die obligatorische Krankenversicherung anbietet, auch irgendein Versicherungsmodell mit Managed Care anzubieten. Bessere Rahmenbedingungen für eine künftig breitere Entwicklung von Managed Care sind aber solchen eher etatistischen Lösungen vorzuziehen.

### Den Vorsprung nicht aufgeben

Die Schweiz tut gut daran, ein eigenständiges Verständnis von Managed Care zu entwickeln. Wir sind international in der Entwicklung von Care Management und besonderen Versicherungsmodellen ohnehin schon ganz vorne mit dabei. Dabei können wir künftig getrost die Entwicklungen in den Vereinigten Staaten aus-

ser Acht lassen, denn die Verhältnisse der USA sind weder auf Europa noch auf die Schweiz übertragbar. Und: Auf die Verhältnisse in den USA zugeschnittene Studien sagen über die künftige Entwicklung von Managed Care in unserem Land kaum etwas aus. Die Schweiz ist auch in dieser Diskussion dem Rest Europas mindestens zehn Jahre voraus; wir sollten diesen Vorsprung nicht aufgeben. ■

**Autor:**

**Fritz Britt**

Fürsprecher

Leiter Kranken- und

Unfallversicherung

Bundesamt für Gesundheit

Effingerstrasse 20

3003 Bern

## Managed Care in der KVG-Revision – den Paradigmenwechsel ermöglichen

**Ist die Politik bereit, Managed Care durch veränderte gesetzliche Rahmenbedingungen zu fördern? – Stellungnahme eines SP-Nationalrats.**

**Jost Gross<sup>1</sup>**

**M**anaged Care ist ein Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen. Leistungserbringer und Versicherer übernehmen eine gemeinsame Kostenverantwortung,

statt sich gegenseitig den Schwarzpeter, das heisst die Schuld an der Kostenexplosion, zuzuschreiben. Ist es sinnvoll, einen solchen Paradigmenwechsel auf dem gesetzgeberischen Weg voranzutreiben?

### Drei gesundheitspolitische Optionen

Die überdurchschnittliche Kostenentwicklung in der sozialen Krankenversicherung ist eine Realität, und es ist auch nicht länger zu bestreiten, dass sie in einer engen Relation zur Versorgungsdichte (Ärzte- und Spitalbettendichte) steht. Es kann zwar sinnvoll sein, das Nachfrageverhalten durch wirtschaftliche Anreize (z.B. differenzierten Selbstbehalt) zu beeinflussen. Viel wichtiger aber ist die Angebotssteuerung. Im



Jost Gross

stationären Bereich sind entsprechende Massnahmen (Spitalplanung und Globalbudgets in öffentlichen

<sup>1</sup> Dr. iur. Jost Gross ist zurzeit als Hochschuldozent, als Rechtsanwalt und als Nationalrat (SP) tätig. Im Parlament vertritt er die sozialdemokratische Partei in der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit sowie in der Staatspolitischen Kommission des Nationalrats.



Spitälern) zum Teil schon institutionalisiert. Dagegen sind im *ambulant* Bereich, gegenüber privaten Leistungserbringern, steuernde oder planerische Massnahmen viel schwieriger durchzusetzen. Hier muss sich der Staat in der Regel damit begnügen, Rahmenbedingungen oder Anreizstrukturen zu setzen.

Für den ambulanten Bereich bleiben deshalb nur drei gesundheitspolitische Optionen:

■ Auf der einen Seite eine Bewirtschaftung oder Kontingentierung medizinischer Leistungen durch Globalbudgetierung von oben nach unten, durch eine Positivliste oder durch die Einschränkung des Pflichtleistungskatalogs. – Das wäre offene Rationierung.

■ Auf der andern Seite die völlige Freigabe der Leistungserbringung nach dem Marktmechanismus, wie in den USA. – Das führt meines Erachtens geradewegs in die Zwei- oder Dreiklassenmedizin.

■ Bleibt der goldene Mittelweg: Leistungserbringer und Versicherer sind gemeinsam für eine angemessene Kostenentwicklung verantwortlich, das heisst, Überborden führt ohne weiteres zu sinkenden Tarifen. – Dieser Weg scheint mir der einzige politisch gangbare zu sein.

Gemeinsame Kostenverantwortung verlangt von allen Partnern ein Umdenken, vor allem von den Ärztinnen und Ärzten. Sie müssen sich von einer primär berufsständischen Rolle der Interessenwahrung emanzipieren. Die volkswirtschaftliche Gesamtverantwortung vermittelt den ärztlichen Leistungserbringern aber auch zusätzliche Kompetenzen und Optionen. Dies gilt vor allem für Managed-Care-Modelle in der Art integrierter Versorgungsnetze, in denen sich die Ärztinnen und Ärzte im Gatekeeping oder im Case Management engagieren können. Müssen solche Netze alle grundversicherten Leistungen anbieten, so sind sie zudem geeignet, die föderalistische Begrenzung auf kantonale Versorgungse-

bierte zu sprengen – mit dem Ziel, kantonale Überkapazitäten zu vermeiden und in regionalen Spitalregionen zu denken und zu planen. Das wäre ein erster Schritt zur Schaffung eines Gesundheitsleistungsmarktes Schweiz.

### Aktueller Stand der gesundheitspolitischen Diskussion

Im ambulanten Bereich scheint die gemeinsame Kostenverantwortung der Leistungserbringer und der Kostenträger im Sinne von Managed Care also die einzig mögliche Antwort auf die überdurchschnittliche Kostenentwicklung zu sein. Wie aber steht die Politik zu Managed Care?

Die gescheiterte zweite KVG-Revision hat Managed Care, bei aller Kritik in Teilpunkten, als Modell der Qualitätssicherung und der Mengen- und Kostenlenkung konsensfähig gemacht. Sie hat die notwendigen staatlichen Rahmenbedingungen so formuliert:

■ Die Netze müssen alle grundversicherten Leistungen anbieten, unter Einschluss der Spitalbehandlung.

■ Damit sprengen sie die kantonalen Grenzen und werden zu regionalen Netzen. Innerhalb des Netzes muss die ausserkantonale Hospitalisation problemlos möglich sein.

■ Netze bedeuten zunächst eine Beschränkung der freien Arztwahl. Es müssen deshalb Anreize für alle Partner im Gesundheitswesen bestehen, sich einem Netz anzuschliessen. Für die PatientInnen können diese Anreize zum Beispiel durch gesicherte Qualitätsstandards, durch Prämienverbilligung und durch differenzierten Selbstbehalt geschaffen werden.

■ Managed Care ist nur mengenregulierend wirksam, wenn Versicherer und Leistungserbringer eine gemeinsame Kostenverantwortung übernehmen.

Natürlich sind nicht alle Fragen in diesem Zusammenhang beantwortet:

■ Der Begriff der gemeinsamen Budgetverantwortung muss konkretisiert werden.

■ Netze dürfen nicht Instrumente der Risikoselektion sein.

■ Es muss ein kreativer Wettbewerb unterschiedlich ausgerichteter Netze in der gleichen Region möglich sein. Es ist unerwünscht, durch Netzkartelle aller Leistungserbringer den Status quo einfach nur zu bewahren. In Landregionen ist es schwieriger als in städtischen Agglomerationen, mehrere konkurrierende Modelle aufzubauen; zumindest sind die durch das Kartell- und Wettbewerbsrecht gesetzten Schranken überall beachtlich<sup>2</sup>.

Der Bundesrat hat schon angekündigt, Managed Care als Reformprojekt weiterzuverfolgen. Dabei sollen die notwendigen Retuschen und Verfeinerungen erfolgen.

### Zieldefinition

Abschliessend ist ein grosses Missverständnis zu klären. *Niemand* will durch die Gesetzesrevision funktionierende Managed-Care-Modelle sofort flächendeckend verordnen. Vielmehr geht es darum, diese kleine Revolution im Gesundheitswesen durch staatliche Rahmenbedingungen und Anreizstrukturen möglich zu machen. Eine solche Revolution braucht Zeit. Fernziel ist es, aus den kleinen erfolgversprechenden Oasen das dominante Modell der Zusammenarbeit von Leistungserbringern und Versicherern zu machen. Damit kann das Kostenwachstum im Gesundheitswesen zwar kaum gestoppt, aber im Trend korrigiert werden. ■

**Autor:**

**Dr. iur. Jost Gross**

Gross, Linder & Partner

Rechtsanwaltsbüro

Haus Washington

Rosenbergstrasse 22

9000 St. Gallen

E-Mail: info@glp-anwalte.ch

<sup>2</sup> Anmerkung der Redaktion: Zur Bedeutung des Kartellgesetzes für Ärztenetze siehe auch Artikel «Vom ärztlichen Recht auf Verträge» von Ueli Kieser und Tina Schleich (Seite 10 ff.).

# Vom ärztlichen Recht auf Verträge

**Alle Ärztinnen und Ärzte haben das Recht, dem Tarifvertrag Tarmed beizutreten. Wie aber ist das im Fall von HMO- und Hausarztmodellen: Können Ärztinnen und Ärzte von beteiligten Versicherern oder Ärztenetzen verlangen, diesen Modellen und den damit verbundenen Verträgen beitreten zu dürfen?**

**Ueli Kieser, Tina Schleich**

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt Kosten, die wegen der Diagnose oder der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen entstehen (Art. 25 Abs. 1 des Krankenversicherungsgesetzes, KVG). Dabei müssen die Leistungen, welche vergütet werden sollen, wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 32 Abs. 1 KVG). Dies wirft zahlreiche, heikle Abgrenzungsfragen auf. Das Krankenversicherungsgesetz beantwortet aber nur wenige dieser Fragen; lediglich bei neuen oder umstrittenen Leistungen und bei den Leistungen nichtärztlicher Leistungserbringer nämlich legt die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) fest, unter welchen Voraussetzungen gegebenenfalls eine Übernahme erfolgt. In den anderen Fällen erfolgt die Abgrenzung zwischen den zu übernehmenden und den nicht zu vergütenden Leistungen

durch die zuständigen Leistungserbringer. Meist sind dies Ärztinnen und Ärzte; sie sind als Leistungserbringer zugelassen, wenn sie das eidgenössische Diplom besitzen und über eine vom Bundesrat anerkannte Weiterbildung verfügen (Art. 36 Abs. 1 KVG). Ärztinnen und Ärzte haben damit eine zentrale Steuerungsfunktion im System der Krankenversicherung.

In vertraglicher Hinsicht sind Ärztinnen und Ärzte in verschiedener Weise in das Krankenversicherungssystem «eingebunden». Der vorliegende Beitrag will diese Beziehungen aufzeigen und analysieren. Dabei steht die Frage im Zentrum, zu welchen Verträgen die einzelne Ärztin und der einzelne Arzt Zugang haben. Ein Überblick zu dieser Frage findet sich in der *Tabelle*.

## Verbands-Tarifverträge

Ärztinnen und Ärzte haben ihre Rechnungen nach Tarifen zu erstellen (Art. 43 Abs. 1 KVG). Für ambulante Leistungen gilt dabei im Wesentlichen ein Einzelleistungstarif (Art. 43 Abs. 2 lit. b KVG), der zum heutigen Zeitpunkt im Tarmed zusammengefasst ist. Dabei handelt es sich um einen Tarifvertrag, den ein Verband von Leistungserbringern mit den Versichererverbänden abgeschlossen hat. Einem solchen Tarifvertrag können auch Nichtmitglieder beitreten (Art. 46 Abs. 2 KVG). Um den Preiswettbewerb zu fördern, schloss nämlich der Gesetzgeber Konkurrenzverbote zu Lasten von Verbandsmitgliedern, Exklusivitäts- sowie Meistbegünstigungsklauseln und Sondervertragsverbote ausdrücklich aus<sup>1</sup>. In diesem Bereich haben zugelassene Ärztinnen und



Ueli Kieser



Tina Schleich

Ärzte also ein *uneingeschränktes Vertrags-Beitrittsrecht*.

Damit hat der Gesetzgeber bei den Tarifverträgen für Klarheit und Durchblick gesorgt, was im Interesse der Versicherten liegt. Denn nach dem zu ihren Gunsten geltenden Ta-

<sup>1</sup> Vgl. Art. 46 Abs. 3 KVG und dazu Gebhard Eugster: Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Basel/Genf/München 1998, Fussnote 658.

## Ärztliches Recht auf Vertragsbeitritt im Überblick

Vertrag	Rechtliche Grundlage	Haben ÄrztInnen ein Beitrittsrecht?
Tarifvertrag	Krankenversicherungsgesetz (KVG)	Ja (Art. 46 Abs. 2 KVG).
Vertrag über besondere Versicherungsformen	KVG sowie Privatrecht	Der Krankenversicherer muss sich bei Auswahl der Ärztinnen und Ärzte nach sachlichen Gründen richten.
Ärztinnen-Vertrag	Privatrecht	Bei Nichtaufnahme sind eventuell kartell- oder wettbewerbsrechtliche Schritte möglich.

rifschutz müssen sich die Ärztinnen und Ärzte – wie alle Leistungserbringer – an die Tarife halten und dürfen keine weiter gehenden Vergütungen in Rechnung stellen<sup>2</sup>.

### Besondere Versicherungsformen

Grundsätzlich steht die Wahl des Leistungserbringers der versicherten Person zu; diese kann sich also frei für eine Ärztin oder einen Arzt entscheiden<sup>3</sup>. Die Versicherten können sich aber auch dafür entscheiden, nur bei bestimmten Leistungserbringern Behandlungen in Anspruch zu nehmen. Bei dieser «besonderen Versicherungsform» (z.B. HMO- oder Hausarztmodell) resultiert für die versicherten Personen eine günstigere Prämie. Oft bestehen zudem besondere Verträge mit den Leistungserbringern, die unter anderem besondere Formen der Leistungsvergütung (z.B. Risikobeteiligung der Ärzte über Kopfpauschalen [Capitation]) festlegen können. Welche Leistungserbringer sich an diesen besonderen Versicherungsformen beteiligen können, wird durch die Krankenversicherer bestimmt (Art. 41 Abs. 4 KVG)<sup>4</sup>. Dabei stellt sich die Frage, wie der Krankenversicherer bei der Auswahl vorzugehen hat und ob der einzelne Leistungserbringer unter Umständen Anspruch darauf haben kann, sich an entsprechenden Modellen ebenfalls zu beteiligen.

Die Krankenversicherer sind Teil des öffentlich-rechtlich geregelten Krankenversicherungssystems. Als solcher sind sie in ihrer Handlungsweise nicht frei. Sie haben sich an bestimmte Grundsätze zu halten, an die sie nicht gebunden wären, wenn sie ausserhalb dieses Bereichs agieren würden. Zu diesen Grundsätzen zählen das Willkürverbot und das Gleichbehandlungsprinzip. Daraus

lässt sich ableiten, dass die Krankenversicherer sich bei der ihnen zustehenden Wahl nach *sachlichen Gründen* zu richten haben; Diskriminierungen – beispielsweise wegen des Geschlechts, des Alters oder der Zugehörigkeit zu bestimmten Vereinigungen oder Verbänden – sind ausgeschlossen. Obschon sich solche Diskriminierungen oft nur schwer

**«Als Teil des öffentlich-rechtlich geregelten Krankenversicherungssystems haben die Versicherer sich bei ihrer Wahl nach sachlichen Gründen zu richten.»**

nachweisen lassen, mag sich der Fall ergeben, wo ein Arzt oder eine Ärztin einen Anspruch auf Aufnahme in eine entsprechende Liste gerichtlich durchsetzen kann<sup>5</sup>.

### Ärztinnen-Netz

In manchen Fällen schliessen sich Ärztinnen und Ärzte zu so genannten Ärztenetzen zusammen. Damit werden verschiedene Zielsetzungen verfolgt. Es kann ein gegenseitiger Wissensaustausch angestrebt werden; es kann eine bessere Stellung gegenüber den Krankenversicherern bezweckt werden (z.B. im Hinblick auf den Abschluss eines Tarifvertrags im Rahmen einer besonderen Versicherungsform); in anderen Fällen dienen Ärztenetze der gegenseitigen Stellvertretung oder der Fallüberweisung.

Als Rechtsform für ein Ärztenetz kommen der Verein, die Aktiengesellschaft oder die Genossenschaft in Frage. Diese verschiedenen Gesellschaftsformen werden durch das Ob-

ligationenrecht (OR) geregelt. Dieses Gesetz enthält jedoch nur wenige zwingende Normen bezüglich ihrer Ausgestaltung; es gilt das Prinzip der Privatautonomie. So ist denn auch nirgends zwingend das so genannte «Prinzip der offenen Tür» vorgeschrieben. Ein Ärztenetz in Form eines Vereins, einer Aktiengesellschaft oder einer Genossenschaft<sup>6</sup> ist demnach aufgrund des OR nicht verpflichtet, ein neues Mitglied aufzunehmen, selbst wenn dieses die statutarischen Voraussetzungen erfüllen würde.

Dennoch werden dem Prinzip der Privatautonomie durch die Rechtsordnung gewisse Schranken gesetzt. Einerseits geschieht dies durch allgemeine Rechtsgrundsätze, andererseits greifen auch kartell- und wettbewerbsrechtliche Bestimmungen ein:

■ *Allgemeine Rechtsgrundsätze* sind auf alle Verträge und Gesellschaftsformen anwendbar. Beispiele sind das Verbot des Rechtsmissbrauchs (Art. 2 des Zivilgesetzbuches ZGB) und der Schutz der Persönlichkeit (Art. 28 ZGB). Aus diesen Grundsätzen kann abgeleitet werden, dass unter besonderen Umständen (beispielsweise bei bestimmten

<sup>2</sup> Dies wird zwar in der Praxis gelegentlich umgangen, indem zum Beispiel Zusatzrechnungen gestellt werden (anzutreffen etwa im Bereich der Heimpflege oder bei einzelnen Therapien). Zusatzrechnungen sind aber nur bei «rechten Mehrleistungen» zulässig (vgl. Bundesgerichtsentscheid BGE 126 III 345).

<sup>3</sup> Zu beachten ist aber, dass bei der ambulanten Behandlung die Krankenversicherung die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen muss, der am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung gilt (Art. 41 Abs. 1 KVG).

<sup>4</sup> Auf einen entsprechenden Gerichtsentscheid verweist J.-F. Burkhalter in der «Schweizerischen Ärztszeitung» (siehe Fussnote 11 sowie Anmerkung der Redaktion im *Kasten*).

<sup>5</sup> Freilich sind – soweit ersichtlich – bislang keine solchen Verfahren durchgeführt worden.

<sup>6</sup> Im Genossenschaftsrecht (Art. 839 Abs. 2 OR) wird das Prinzip der offenen Tür zwar festgelegt, jedoch kann daraus nicht ein einklagbares Recht auf Beitritt abgeleitet werden; vgl. dazu BGE 98 II 221, 118 II 435.

Diskriminierungen) die Nichtaufnahme eines neuen Mitgliedes in ein bestehendes Ärztenetz rechtsmissbräuchlich sein oder gegen die Persönlichkeit verstossen kann, weshalb das Ärztenetz zur Zulassung des entsprechenden Mitglieds verpflichtet werden kann<sup>7</sup>.

■ **Kartell- und wettbewerbsrechtliche Bestimmungen:** Das Kartellrecht hat zum Ziel, einen wirksamen Wettbewerb zu gewährleisten und schädliche Auswirkungen von Kartellen zu verhindern und damit den Wettbewerb zu fördern.

### «Durch die Verweigerung eines Beitritts zu einem bestehenden Ärztenetz kann eine Ärztin oder ein Arzt im Wettbewerb behindert sein.»

Durch die Verweigerung eines Beitritts zu einem bestehenden Ärztenetz kann eine Ärztin oder ein Arzt im Wettbewerb behindert sein. Als Wettbewerbsbehinderung kommen nach Artikel 12 des Kartellgesetzes (KG) insbesondere Diskriminierungsmassnahmen sowie die Verweigerung der Aufnahme von Geschäftsbeziehungen in Betracht. Das

#### Anmerkung der Redaktion:

Soweit ersichtlich scheinen in der Schweiz im Zusammenhang mit dem Beitritt von ÄrztInnen zu besonderen Versicherungsformen noch kaum Gerichtsentscheide vorzuliegen. Über die einzige uns bekannte Ausnahme berichtete Jean-François Burkhalter im Juli 2003 in der «Schweizerischen Ärztezeitung»\*. Der entsprechende Gerichtsentscheid wurde nicht veröffentlicht. In der genannten (ausschliesslich in Französisch erschienenen) Publikation in der «Ärztezeitung» erfahren wir darüber Folgendes:

1996 hat das Ärztenetz «Réseau des médecins internistes et généralistes genevois» (RMIGG) der Genfer Internisten und Allgemeinmediziner mit der Versicherer-Vereinigung COSAMA<sup>12</sup> einen Vertrag abgeschlossen betreffend eine besondere Versicherungsform gemäss Artikel 41 Absatz 4. Der Vertrag sah unter anderem einen speziellen Tarif für die Entschädigung der Ärzte (10 Prozent höherer Tarif für ärztliche, 10 Prozent tieferer Tarif für technische Leistungen) und einen Prämienrabatt für Versicherte/Patienten (8 Prozent) vor. Als Kontrollorgane sah der Vertrag eine medizinische Kommission<sup>13</sup>, eine Versichererkommission<sup>14</sup> sowie eine paritätische Kommission<sup>15</sup> vor. Über die Aufnahme von Hausärzten/Gatekeepern ins Netz sollte die medizinische Kommission (nach Anhörung der paritätischen Kommission) entscheiden. Grundsätzlich definierte der Vertrag den Hausarzt/Gatekeeper als frei praktizierenden Allgemeinmediziner, Internisten oder Pädiater. Durch die Präzisierung «frei praktizierend» wollten die beteiligten Fachgesellschaften gemäss Burkhalter jene Ärzte ausschliessen, die in Notfallpraxen nach dem

Permanence-Konzept arbeiten; in diesen Praxen obliege die Verantwortung für die Arbeit aller Ärzte nämlich einem medizinischen Leiter, der seinerseits einem administrativen Leiter unterstehe; zudem verfügten diese Praxen meist über ein eigenes «Netz» von Spezialisten.

Einige dieser Permanence-Ärzte, denen die medizinische Kommission die Aufnahme ins Ärztenetz verweigert hat, haben laut Burkhalter entschieden, die Aufnahme auf dem gerichtlichen Weg zu erkämpfen. Der Richter habe die Ablehnungsentscheidung des Netzes für nichtig erklärt, weil «der Begriff «frei praktizierender Arzt», der uns allen völlig klar zu sein scheint, juristisch nicht definiert» sei.

Zusätzlich habe der entsprechende Richter auf einen juristischen Fehler betreffend den Netzvertrag hingewiesen: Gemäss Artikel 41 Absatz 4 KVG dürften einzig die Versicherer (und nicht die Ärzte) den Versicherten besondere Versicherungsformen anbieten, und nur sie dürften die Leistungserbringer dafür auswählen.

Deshalb sei der Vertrag dann 1997 um einen Zusatzvertrag ergänzt worden, der festhalte, dass die Genehmigung für die Aufnahme eines Arztes ins Netz den Versicherern obliege. Die Ärzte haben so laut Burkhalter «die Kontrolle über das Netz verloren. Für die Aufnahme müssen sie nun präzise definierte Kriterien erfüllen, zum Beispiel in der Kostenstatistik des Krankenkassenverbandes einen Kostenindex von weniger als 130 aufweisen.»

\* Quelle: J.-F. Burkhalter: *Optimé, le Réseau de santé genevois: bilan de trois années d'activité*. Schweizerische Ärztezeitung, 2003; Nr. 27: 1461–1466.

Kartellgesetz sieht in solchen Fällen verschiedene Rechtsbehelfe vor. Um den Anspruch des im Wettbewerb behinderten Partners auf Beseitigung beziehungsweise Unterlassung der Wettbewerbsbehinderung durchzusetzen, kann ein Gericht Verträge für ganz oder teilweise ungültig erklären oder anordnen, dass der Verursacher der Wettbewerbsbehinderung mit dem im Wettbewerb behinderten Partner Verträge abzuschliessen hat (Art. 12 und 13 KG). Unter diesen Umständen kann ein Arzt oder eine Ärztin die Aufnahme in ein Ärztenetz gerichtlich erzwingen. Allerdings sind bisher – bezogen auf Ärztenetze – keine Anwendungsfälle bekannt<sup>8</sup>.

Mögliche Schritte können schliesslich gestützt auf das Bundesgesetz über den unlauteren Wettbewerb (UWG) eingeleitet werden. Hier ist

Hauptvoraussetzung, dass jemand durch den unlauteren Wettbewerb bedroht oder verletzt wird. Diese Person kann verlangen, dass eine bestehende Verletzung zu beseitigen ist (Art. 9 UWG). Auf diesem Weg kann beispielsweise die Löschung einer Gesellschaft aus dem Handelsregister<sup>9</sup> oder der Widerruf von Boykottmassnahmen<sup>10</sup> erreicht werden. Dies kann allenfalls bei einem Ärztenetz eine Bedeutung erhalten<sup>11</sup>. ■

**AutorInnen:**  
**Dr. iur. Ueli Kieser**

Rechtsanwalt  
und

**Lic. iur. Tina Schleich**

Juristische Mitarbeiterin  
Kieser Senn Partner

Ulrichstrasse 14

8032 Zürich

E-Mail: ukieser@kspartner.ch

7 Das Bundesgericht hat zu dieser Problematik in BGE 118 II 435 ausgeführt, dass die Pflicht der Genossenschaft, neue Mitglieder aufzunehmen, eine in den allgemeinen Rechtsgrundsätzen, wie dem Verbot des Rechtsmissbrauchs und dem Schutz der Persönlichkeit, begründete Ausnahme bleiben müsse.

8 Anwendungsbeispiel aus dem Bereich des Rohstoffterminhandels: In BGE 108 II 6 wurde der (kartellrechtlich begründete) Anspruch auf Aufnahme in einen Verein behandelt.

9 Vgl. dazu BGE 88 II 176.

10 Vgl. dazu ZR (= Zürcher Rechtsprechung) 62 (1963) 210, 213 (Urteil des Handelsgerichtes des Kantons Zürich).

11 Jedenfalls bezieht sich der einzige Fall, in welchem ein Gerichtsentscheid zu einem Ärztenetz ergangen ist, nach Aussagen der Parteivertretung auf eine entsprechende Problematik; vgl. dazu den Hinweis in der «Schweizerischen Ärztezeitung» 2003, 1461 ff., zum Réseau de santé genevois (siehe auch Anmerkung der Redaktion im *Kasten*).

12 Der COSAMA gehörten damals die Versicherer Assura, CMBB, la Caisse-maladie de la fonction publique, Fama, Futura, Hermes, La Caisse Vaudoise, Mutuelle Valaisanne, Philos, Supra, Universa und Intras an.

13 Die medizinische Kommission besteht aus drei Vertretern der beiden Ärztfachgesellschaften.

14 Die Versichererkommission besteht aus drei Vertretern der Krankenkassen.

15 Die paritätische Kommission besteht aus den Mitgliedern der medizinischen und der Versichererkommission sowie einer zusätzlichen neutralen Person, welcher das Präsidium obliegt.

# Können Ärztenetze den Wettbewerb behindern? – offene Fragen

**Ärztenetze könnten, so wird gelegentlich befürchtet, von den beteiligten Ärzten missbraucht werden, um sich vor Konkurrenz zu schützen und den Wettbewerb zu behindern. Welche Bedeutung haben in solchen Fällen das Kartellgesetz und das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb?**

**K**önnen Ärzte den Beitritt zu einem Hausarztmodell beziehungsweise zum an diesem Modell beteiligten Ärztenetz unter gewissen Umständen auf dem Rechtsweg erstreiten? Diese Frage haben im vorangehenden Beitrag Ueli Kieser und Tina Schleich aufgeworfen. Als mögliche Gesetzesgrundlagen für entsprechende Rechtsklagen haben die AutorInnen unter anderem das Kartellgesetz und das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb genannt; der im Artikel (*Fussnote 11* und *Kasten*) erwähnte Gerichtsentscheid zum «Réseau de santé genevois» basierte nach Aussagen der Parteivertretung auf dem Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb. Ob das Kartellgesetz eingehalten wird, wird von der Wettbewerbskommission (Weko) überprüft. Grundsatzfragen zum Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb fallen in den Zuständigkeitsbereich des Staatssekretariats für Wirtschaft (SECO). «Managed Care» hat die Weko und das SECO gefragt, welche Bedeutung die beiden Gesetze für Ärztenetze haben.

## Bedeutung des Kartellgesetzes

Die Fragen an die Wettbewerbskommission (Weko) lauteten wie folgt:

- Welche Bedeutung hat das Kartellgesetz für Ärztenetze?
- Sind Konstellationen denkbar, in denen Ärzte, die an einem Ärztenetz nicht beteiligt sind, das Beitrittsrecht mit Berufung auf das Kartellgesetz erstreiten können? Welche Rolle spielen dabei die Grösse des Einzugsgebietes und die Grösse des Netzes? Welche Rolle spielt dabei die Tatsache, dass gemäss Krankenversicherungsgesetz (Art. 41 Abs. 4 KVG) die Auswahl der Leistungserbringer für besondere Versicherungsformen grundsätzlich den Krankenversicherern obliegt, dass also gemäss geltendem Gesetz letztlich nur die Krankenversicherer einzelne Leistungserbringer aus dem entsprechenden Dienstleistungsmarkt ausschliessen können?
- Würde sich die Situation im Fall einer Aufhebung des Kontrahierungszwangs verändern?
- Welches sind aus Sicht der Weko die grundsätzlichen Ziele des Kartellgesetzes im Hinblick auf «besondere Versicherungsformen» (z.B. Hausarztmodelle, HMOs)? Wieweit erlaubt es das aktuell geltende Krankenversicherungsgesetz, diese Ziele zu erreichen? Wo sieht die Weko Änderungsbedarf im Hinblick auf die Revision des Krankenversicherungsgesetzes?

Die Wettbewerbskommission (Weko) teilte mit, dass diese Fragen wettbewerbsrechtlich relevant seien, dass sie sich aber zum jetzigen Zeitpunkt nicht dazu äussern könne, da sie noch keinen entsprechenden Fall behandelt habe. Wenn ein Kommissionsmitglied bereits heute zur Problematik Stellung nehmen würde, könne dies dazu führen, dass das Kommissionsmitglied in einem zukünftigen Verfahren in den Ausstand treten müsse. Dieses Risiko möchte die Weko nicht eingehen.

## Bedeutung des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb

Die Fragen an das Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) lauteten:

- Welche Bedeutung hat das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb für Ärztenetze?
- Sind Konstellationen denkbar, in denen Ärzte, die an einem solchen Ärztenetz nicht beteiligt sind, den Beitritt mit Berufung auf das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb erstreiten können? Welche Rolle spielt dabei die Tatsache, dass gemäss Krankenversicherungsgesetz (Art. 41 Abs. 4 KVG) die Auswahl der Leistungserbringer für besondere Versicherungsformen grundsätzlich den Krankenversicherern obliegt?
- Wie stellt sich das SECO funktionierenden Wettbewerb im Bereich der «besonderen Formen der

Krankenversicherung» (z.B. Hausarztmodelle, HMOs) vor? Wieweit erlaubt es das Krankenversicherungsgesetz, diese Ziele zu erreichen? Wo sieht das SECO Änderungsbedarf im Hinblick auf die Revision des Krankenversicherungsgesetzes?

Das SECO teilte mit, dass die genannten Fragen aus seiner Sicht allesamt das Kartellgesetz betreffen und aus dieser Optik beantwortet werden müssen. Der Marktzugang beziehungsweise dessen Behinderung werde ausschliesslich durch das Kartellgesetz geregelt. Das UWG kümmere sich um die Lauterkeit des Wettbewerbs, verlange also Transparenz und Klarheit der Preise und der angebotenen Waren und Dienstleistungen. Die lauterkeitsrechtliche Generalklausel bezeichne als unlauter jedes täuschende oder in anderer Weise gegen den Grundsatz von Treu und Glauben verstossende Verhalten oder Geschäftsgerebahren, welches das Verhältnis zwischen Mitbewerbern oder zwischen Anbietern und Abnehmern beeinflusse (Art. 2 UWG). Im Zentrum stehe das Irreführungsverbot (Art. 3 Bst. b UWG).

Weiter weist das SECO darauf hin, dass es für das UWG (im Gegensatz zum Kartellgesetz) keine staatliche Behörde gebe (weder beim Bund noch bei den Kantonen), welcher die Überwachung des lautereren Wettbewerbs obliege: «Das UWG ist privatrechtlich organisiert, das heisst, die Marktpartner, also die Mitbewerber, die Berufs- und Wirtschaftsverbände sowie die Konsumentenorganisationen, sind dazu aufgerufen, darüber zu wachen, dass sich der Wettbewerb in einem lautereren Rahmen abspielt. Diesen Marktteiligen stellt das UWG ein umfassendes Klageinstrumentarium zur Verfügung, das es erlaubt, zivil- oder/und strafrechtliche Verfahren einzuleiten (Art. 9, 10 und 23 UWG). Damit obliegt es letztlich dem Zivil- oder Strafrichter, darüber zu befinden, ob ein bestimmtes Verhalten lauter oder unlauter ist.» ■

Fragen und Zusammenfassung:  
**Rita Schnetzler**

# Rechte und Pflichten der Versicherten in Managed-Care-Modellen

**In Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (Managed-Care-Modellen) haben die Versicherten nicht nur besondere Pflichten, sondern auch einige wichtige Rechte.**

**Béatrice Despland**

Die Managed Care ist in ihren gängigsten Formen, HMO und Hausarztmodell, keine neue Errungenschaft des KVG<sup>1</sup>. Bereits im Rahmen des KUVG konnten die Versicherten besondere Formen der Krankenversicherung anbieten, auf der Basis einer am 1. Januar 1990 in Kraft getretenen Änderung der Verordnung V über die Krankenversicherung. Die Kassen machten ihre Zustimmung zu den entsprechenden Bestimmungen allerdings von

der Durchführung wissenschaftlicher Untersuchungen abhängig, die zeigen sollten, wie sich diese neuen Formen der Krankenversicherung auswirken<sup>2</sup>. Am 18. März 1994 hat das Parlament mit der Annahme des KVG die besonderen Versicherungsformen definitiv ins Gesetz aufgenommen.

Die «besonderen Formen der Krankenversicherung» (HMO, Hausarztmodell) – als Massnahmen mit dem Ziel, die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zu verringern oder das Angebot zu beschränken<sup>3</sup> – werden meist aus ökonomischer Sicht betrachtet. Umso dringlicher scheint es, an dieser Stelle die Sicht der versicherten Person und ihre Rechte und Pflichten zu reflektieren.

## **Besondere Versicherungsformen: welche Formen sind zulässig?**

Das KVG nennt in seinem Artikel 41, Absatz 4, nur ein allgemeines Prinzip: «Die Versicherten können» – um in den Genuss einer Prämienermässigung (Art. 101c KVV) und allenfalls einer Aufhebung des Selbstbehaltes und der Franchise (Art. 99 KVV) zu kommen – «ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt.»

Grundsätzlich ist eine solche Beschränkung der freien Wahl der Leistungserbringer (Art. 41 Abs. 4 KVG) mit der Bundesverfassung zu vereinbaren.<sup>4</sup> Sind die Versicherer also auch frei, Versicherungsformen anzubieten (und die Versicherten frei, sie zu wählen), welche nicht die Wahl der Leistungserbringer, sondern die Art der vergüteten Leistun-



Béatrice Despland

gen beschränken? Zu dieser Frage hat der Bundesrat in seinem Entscheid vom 7. Dezember 1998<sup>5</sup> mehrere wichtige Grundsätze festgehalten; der Entscheid betraf die Beschwerde eines Versicherers, dem das Eidgenössische Departement des Innern die Genehmigung einer Versicherungsbestimmung verweigert hat, welche die Medikamentenwahl auf die kostengünstigsten Präparate beschränkte. In seinem Entscheid hat der Bundesrat Versicherungsformen, in denen zwecks Prämienreduktion nur *Generika* vergütet werden, als zulässig bezeichnet.<sup>6</sup> Eine Beschränkung auf die *kostengünstigsten Medikamente* sei dagegen nicht verfassungskonform, wegen möglicher Auswirkungen auf die Wirksamkeit der Behandlung.

## **Leistungsvergütung**

Gemäss Artikel 41 Absatz 4 KVG (in fine) sind in den besonderen Versicherungsformen «die gesetzlichen Pflichtleistungen in jedem Fall versichert». Lässt sich daraus schliessen, dass das Gesetz jeder Person, die ein

1 Gemeint ist hier das Krankenversicherungsgesetz (KVG) vom 18. März 1994, das am 1. Januar 1996 in Kraft getreten ist; zuvor wurde die Krankenversicherung im Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (KUVG) vom 13. Juni 1911 geregelt.

2 siehe zu diesem Thema: Anne Rilliet Howald: Les réseaux de soins coordonnés ou le «managed care»: vers une nouvelle organisation des soins de santé?. In: Cahiers genevois et romands de sécurité sociale, No 20, 1998, S. 57–87.

3 Botschaft des Bundesrats vom 6. November 1991 über die Revision der Krankenversicherung, BBl 1992 I 77, S. 79–80.

4 siehe insbesondere: Ariane Ayer, Thierry Clément Christian Hänni: La relation patient-médecin: état des lieux. Rapport IDS (Institut de droit de la santé), No 1, 2003.

5 RKUV 1/1999, S. 43. (Internet: www.bsv.admin.ch/publikat/rkuv/d)

6 Eine Kritik dieser Entscheidung, sowie eines Urteils des EVG betreffend die Autonomie der Krankenversicherer, findet sich in: Daniel Staffelbach: Regelungsfreiheit der Krankenversicherer, in: AJP/PFA 7/2000, S. 890.

Kasten:

### **Aufklärungs- und Beratungspflicht des Versicherers**

Der Artikel 27 des am 1. Januar 2003 in Kraft getretenen Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) auferlegt dem Versicherer die folgenden Pflichten:

#### **Aufklärung und Beratung**

1. Die Versicherungsträger und Durchführungsorgane der einzelnen Sozialversicherungen sind verpflichtet, im Rahmen ihres Zuständigkeitsbereiches die interessierten Personen über ihre Rechte und Pflichten aufzuklären.
2. Jede Person hat Anspruch auf grundsätzlich unentgeltliche Beratung über ihre Rechte und Pflichten. Dafür zuständig sind die Versicherungsträger, denen gegenüber die Rechte geltend zu machen oder die Pflichten zu erfüllen sind. Für Beratungen, die aufwändige Nachforschungen erfordern, kann der Bundesrat die Erhebung von Gebühren vorsehen und den Gebührentarif festlegen.
3. Stellt ein Versicherungsträger fest, dass eine versicherte Person oder ihre Angehörigen Leistungen anderer Sozialversicherungen beanspruchen können, so gibt er ihnen unverzüglich davon Kenntnis.

Managed-Care-Modell gewählt hat, einen minimalen Schutz garantiert, unabhängig davon, ob sie die Verpflichtungen, die sie eingegangen ist, einhält? Das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) hat das verneint. Die betroffene Person ist, mit Ausnahme begründeter Fälle (z.B. Notfälle), verpflichtet, den Hausarzt zu konsultieren, bevor sie eine Behandlung bei einem Dritten (Arzt oder Institution) beansprucht. Das Urteil des EVG lässt den Schluss zu, dass dieser Grundsatz sowohl für die versicherte Person gilt, die einen Chiropraktoren aufsucht<sup>7</sup>, als auch für jene, die vom Schularzt direkt zum Spezialisten und dann zum Physiotherapeuten geschickt wird<sup>8</sup>. Wenn der Versicherte sich nicht daran hält, kann er verpflichtet werden, die gesamten Kosten, deren Übernahme der Versicherer verweigert hat, selber zu tragen.

Das EVG sieht in einer solchen Verweigerung des Versicherers keinen Widerspruch, weder zur Gesetzesvorgabe noch zum Verhältnismässigkeitsprinzip. Im letztgenannten Punkt ist die Position des EVG nicht befriedigend. Durch Anwendung des Verhältnismässigkeitsprinzips könnte dem «Schweregrad» des Fehlverhaltens des Versicherten Rechnung getragen werden. Wenn eine Person in einem bestimmten Fall den vertraglichen Verpflichtungen nicht nachkommt, könnten die Leistungen *reduziert* werden, während die *vollständige Leistungsverweigerung* (eine schwerwiegende Massnahme, welche die Aufhebung des Tarifschutzes nach sich zieht) jenem Versicherten vorbehalten bliebe, der die Vertragsbedingungen wiederholt verletzt<sup>9</sup>.

Es kann also festgehalten werden, dass das Recht des Versicherten auf Leistungsvergütung gemäss dem KVG und der Präzisierung durch das EVG nur dann gilt, wenn er seine vertragliche Verpflichtung strikt beachtet; sogar dann, wenn sich die Behandlung als angemessen, wirksam und wirtschaftlich im Sinn des KVG erweist und wenn die Einwilligung des Hausarztes später eingeholt werden könnte.

Sofern der Hausarzt die Überweisung an einen Spezialisten oder ein Spital verweigert, kann der Versicherte, der diese Verweigerung als unbegründet erachtet, vom Versicherer eine beschwerdefähige Verfügung verlangen, die es ihm erlaubt, die Entscheidung anzufechten.

### **Versichererwechsel**

Der Wechsel von der ordentlichen Versicherung in eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer ist jederzeit möglich (Art. 100b Abs. 2 KVV). Dagegen ist der Übertritt von einem solchen Modell in eine andere Versicherungsform (z.B. die Rückkehr in die ordentliche Versicherung) nur auf den Beginn eines Kalenderjahres möglich (Art. 100b Abs. 3 KVV), wobei die gesetzlich vorgeschriebenen Fristen einzuhalten sind. Die Besonderheit der Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer besteht darin, dass der Versi-



cherte sich nicht immer selbst für den Versicherungswechsel entscheidet, sondern dass der Wechsel manchmal auch deshalb erfolgt, weil der Versicherer das Modell aus ökonomischen Gründen aus seinem Angebot streicht.

### **Information des Versicherten**

Eine Studie über die Auswirkungen des KVG<sup>10</sup> hat gezeigt, dass bei der Information der Versicherten durch die Versicherer im Bereich der besonderen Formen der Krankenversicherung Lücken bestehen. Die Pflichten des Versicherers sind im Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil der Sozialversicherungen (ATSG) festgeschrieben, das am 1. Januar 2003 in Kraft getreten ist. Wird diese verbesserte Gesetzesgrundlage die Situation verbessern? Die Bun-

<sup>7</sup> siehe insbesondere: Konsultation eines Chiropraktoren ohne Konsultation des Hausarztes (Urteil vom 20. Dezember 1999): BGE 125 V 437.

<sup>8</sup> RKUV 2 + 3/2003, S. 74.

<sup>9</sup> siehe zu diesem Thema: Daniel Staffelbach: Regelungsfreiheit der Krankenversicherer. In: AJP/PFA 7/2000, S. 891.

<sup>10</sup> Wirkungsanalyse KVG: Information der Versicherten. Forschungsbericht Nr. 4/01, BSV 2001.

desgerichtsurteile (die zu fällen das EVG sicher angerufen werden wird) werden zeigen, wie weit die im Artikel 27 ATSG festgeschriebenen Verpflichtungen (siehe *Kasten*) gehen und was sie bewirken.

Auch im Kontext der medizinischen Behandlung spielt es eine wichtige Rolle, welche Information der Patient erhält. Informiert einwilligen im Sinne des informed consent heisst nicht nur, die Risiken der Behandlung zu kennen, sondern auch, bei der Entscheidung ökonomische Aspekte (übernimmt der Krankenversicherer die Kosten oder nicht?) berücksichtigen zu können. In der Versicherungsform des Typs «Ma-

naged Care» ist zudem der Informationsfluss wichtig. Wenn der Versicherte hier Pflichten hat gegenüber dem Leistungserbringer (insbesondere falls er dieser Versicherungsform im Verlauf einer Behandlung beitrifft<sup>11</sup>), so sind auch die Ärzte verpflichtet, bei jeder Entscheidung betreffend Überweisung (an einen Kollegen oder an ein Spital) den Hausarzt zu informieren. Diese Aufgabe darf nicht der versicherten Person auferlegt werden.<sup>12</sup>

### Handlungsbedarf

Die Angehörigen der Gesundheitsberufe (Health Professionals) haben immer wieder betont, dass Managed Care nicht auf ein auf dem finanziellen Controlling basierendes Versicherungsmodell reduziert werden könne, wie die Versicherer das oft tun. Ein solcher Ansatz wird die Unmündigkeit und die Marginalisierung der versicherten Personen aufrechterhal-

ten oder sogar verstärken<sup>13</sup>. Es sind deshalb noch erhebliche Anstrengungen aller betroffenen Partner – und insbesondere des Versicherten/Patienten – erforderlich, damit die von Managed Care initiierten und weiterentwickelten Prozess wirklich den Versicherten/Patienten zugute kommen. ■

**Autorin:**  
**Béatrice Despland**

Stv. Direktorin  
Institut de droit de la santé  
Université de Neuchâtel  
Avenue du 1er-Mars 26  
2000 Neuchâtel

E-Mail: [beatrice.despland@unine.ch](mailto:beatrice.despland@unine.ch)

Übersetzung aus dem Französischen:  
Rita Schnetzler

La version française de cet article est accessible par internet sur le site [www.ManagedCareInfo.net](http://www.ManagedCareInfo.net)

<sup>11</sup> Sachverhalt im Urteil des EVG vom 20. Dezember 1999 (Fussnote 7) siehe RKUV 2/2000, S. 74.

<sup>12</sup> siehe zu diesem Punkt: Gebhard Eugster, Krankenversicherung. In: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, S. 194, Fussnote 872.

<sup>13</sup> siehe insbesondere: Bruno Kissling: Von Managed Care zu «Care Managing» (Bericht aus dem Vorstand, März 2003). PrimaryCare 2003: 199–202.

## Daten- und Geheimnisschutz: Informationelle Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten sicherstellen

**Die zunehmende Vernetzung  
im Gesundheitswesen er-  
leichtert den Datenaustausch  
zwischen allen Beteiligten.  
Was technisch möglich ist,  
ist aber nicht zwangsläufig  
rechtlich zulässig.**

**Bruno Baeriswyl**

Mit den neuen Informations- und Kommunikationstechniken lassen sich Daten schnell und einfach austauschen. Der wirtschaftliche Nutzen des Datenaustausches erscheint so eklatant, dass

dabei oftmals die rechtlichen Rahmenbedingungen «vergessen» gehen. Der Datenaustausch zwischen den Beteiligten in der Gesundheitsversorgung findet dort seine Grenzen, wo die Grundrechte derjenigen Personen betroffen sind, über welche Daten bearbeitet werden. Konkretisiert werden diese Rechte in den Datenschutzbestimmungen und in verschiedenen spezifischen Geheimhaltungsvorschriften.

Insbesondere der Austausch von personenbezogenen Daten<sup>1</sup> ist heute in den Datenschutzgesetzen (DSG) klar geregelt. Die personenbezogenen Daten aus dem Gesundheitswe-



Bruno Baeriswyl

<sup>1</sup> Alle Angaben, die sich auf eine bestimmte oder bestimmbare Person beziehen (Art. 3 lit. a DSGVO).

sen gelten als sehr sensitive, so genannt besonders schützenswerte Da-



ten<sup>2</sup>. Dennoch werden die Regelungen in der Praxis sehr divergent ausgelegt, was auf die unterschiedlichen Interessen der beteiligten Kreise im Gesundheitswesen zurückzuführen ist. Auch bei den Geheimhaltungsvorschriften wird immer weniger das Interesse der betroffenen Personen gewichtet. Diese Entwicklungen gehen zu Lasten des Schutzes der Persönlichkeitsrechte der Patientinnen und Patienten.

### Informationelle Selbstbestimmung

Sollen die Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt einer effizienten und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung stehen, so ist deren Selbstbestimmung ein hoher Stellenwert beizumessen. Sie deckt sich mit der informationellen Selbstbestimmung<sup>3</sup>, wie sie in unserer Rechtsordnung geschützt wird: In der Bundesverfassung (BV) ist das Recht auf Privatheit einerseits durch die Bestimmung über die persönliche Freiheit<sup>4</sup> und andererseits durch die Bestimmung über den Schutz vor Missbrauch persönlicher Daten<sup>5</sup> abgedeckt. Die informationelle Selbstbestimmung wird in den einzelnen Datenschutzgesetzen konkretisiert. Das eidgenössische Datenschutzgesetz<sup>6</sup> ist auf die Bundesorgane<sup>7</sup> und die privatrechtlichen Institutionen anwendbar, während die kantonalen Gesetze<sup>8</sup> in der Regel auf die kantonalen und kommunalen Einrichtungen angewendet werden sowie auf private Institutionen, die mit öffentlichen Aufgaben betraut sind.

### Datenschutzrechtliche Grundsätze

Die Grundsätze, welche für die Datenbearbeitung beachtet werden müssen, sind in diesen Gesetzen ähnlich geregelt, da sich alle nach den verfassungsmässigen Bestimmungen zu richten haben.

Die Voraussetzung für jegliche Datenbearbeitung bildet die rechtmässige Beschaffung<sup>9</sup> dieser Daten respektive im öffentlich-rechtlichen Bereich das Vorliegen einer Rechtsgrundlage<sup>10</sup>, zum Beispiel eines Gesetzes oder einer Verordnung. Weil Gesundheitsdaten als besonders schützenswerte Personendaten gelten, ist grundsätzlich ein Gesetz notwendig<sup>11</sup>.

Nach dem Prinzip der Zweckbindung dürfen Personendaten nur zu dem ursprünglich vorgesehenen Zweck bearbeitet werden<sup>12</sup>. Wird dieser Zweck geändert, muss dies entweder gesetzlich vorgesehen sein, oder die betroffene Person muss im Einzelfall einwilligen. Digitalisierte Daten lassen sich ohne besonderen Aufwand für verschiedene Zwecke verwenden, weshalb sie die Zweckbindung leicht umgehen können. Die Datenschutzgesetze verlangen zudem, dass Daten nur soweit bearbeitet werden, wie es geeignet und erforderlich ist, um die Aufgabe zu erfüllen<sup>13</sup>. Dies ist bedeutsam, wenn man bedenkt, dass mit den neuen Technologien Daten problemlos verarbeitet und auch mit andern Daten verknüpft werden können, und dass die Datenmenge tendenziell zunimmt. Weiter ist die Integrität der Daten zu beachten, das heisst die Daten müssen richtig und vollständig sein. Dies ist einerseits für die medizinische Behandlung wichtig, andererseits erhebt auch das Datenschutzgesetz diesen Anspruch<sup>14</sup>.

Die Datenschutzgesetze verlangen zudem, dass die Daten vor unbefugter Bearbeitung geschützt werden (Grundprinzip der Datensicherheit)<sup>15</sup>. Neben der Verfügbarkeit der Daten sind dabei insbesondere Massnahmen zum Schutz der Vertraulichkeit, der Authentizität und der Integrität gemeint. Elektronischer Datenaustausch, digitalisierte Krankengeschichten und Telemedizin verlangen,



dass solche Schutzmassnahmen sehr aufmerksam beachtet werden.

### Weitergabe von Daten

Die datenschutzrechtlichen Grundsätze gelten auch, wenn die Daten weitergegeben werden. Die Daten bekannt zu geben erfordert eine gesetzliche Grundlage, oder die betroffene Person muss wiederum im Einzelfall einwilligen. Daneben sind insbesondere die Prinzipien der Zweckbindung und der Verhältnismässigkeit zu beachten. Zahlreiche gesetzliche Mitteilungsrechte oder -pflichten ermöglichen, dass die Daten bekannt gegeben werden dürfen.

Die Datenweitergabe der Leistungserbringer an die Versicherer ist beispielsweise im Bereich der obligatorischen Versicherungen in Art. 42 KVG für die Krankenversicherer und in Art. 54a UVG für die Unfallversicherer geregelt. Art. 42 Abs. 3 KVG sieht vor, dass der Leistungserbringer dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zu stellen hat. Diese Angaben ermöglichen es, die Vergütung zu be-

2 Art. 3 lit. c DSG Bund

3 Der Begriff der informationellen Selbstbestimmung, den das deutsche Verfassungsgericht in Konkretisierung des Rechts auf Datenschutz erstmals verwendete (BverfGE 65,43 in: EuGRZ 1983, S. 577 ff.), ist heute auch in der Schweiz gebräuchlich (BGE 120 II 121).

4 Art. 10 Abs. 2 BV

5 Art. 13 Abs. 2 BV

6 Bundesgesetz über den Datenschutz vom 19. Juni 1992 (DSG Bund)

7 Zu den Bundesorganen gehören auch die Krankenkassen, soweit sie die obligatorische Krankenversicherung vollziehen.

8 Eine Übersicht zu den kantonalen Gesetzen findet sich unter: [www.dsb-cpd.ch/d/mitglieder.htm](http://www.dsb-cpd.ch/d/mitglieder.htm)

9 Art. 4 Abs. 1 DSG Bund

10 Art. 17 Abs. 1 DSG Bund

11 Art. 17 Abs. 2 DSG Bund

12 Art. 4 Abs. 3 DSG Bund

13 Art. 4 Abs. 2 DSG Bund

14 Art. 5 DSG Bund

15 Art. 7 DSG Bund

rechnen und die Wirtschaftlichkeit der Leistung zu überprüfen. Art. 42 Abs. 4 KVG regelt weiter, dass der Versicherer eine genaue Diagnose oder zusätzliche medizinische Informationen verlangen kann. Diese Formulierung weist – auch im Hinblick auf Art. 42 Abs. 3 KVG – darauf hin, dass die genaue Diagnose nur im Einzelfall verlangt werden kann.

Das Prinzip der Verhältnismässigkeit ist auch im Unfallversicherungsbereich zu beachten, auch wenn hier

ten erfüllen lässt, ist es unverhältnismässig, personenbezogene Daten weiterzugeben. Dies muss insbesondere für Informationen gelten, die unter einem Spezialgeheimnis stehen<sup>17</sup>. So sind anonymisierte Daten in der Regel ausreichend, um die Wirtschaftlichkeit von Leistungen zu überprüfen.

Dass diese datenschutzrechtlichen Prinzipien beachtet werden, ist eine Grundvoraussetzung für einen wirksamen Geheimnisschutz. Sie schaffen die notwendige Transparenz, damit das Recht der betroffenen Personen auf informationelle Selbstbestimmung gewahrt wird.

### Spezifischer Geheimnisschutz

Der Umgang mit Daten und Informationen, die unter einem spezifischen Geheimnisschutz stehen, richtet sich grundsätzlich auch nach den datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen. Spezifische Geheimhaltungsvorschriften schützen Daten und Informationen in der Regel strafrechtlich.

So schützt das Berufsgeheimnis der Medizinalpersonen (Art. 321 Strafgesetzbuch StGB) davor, dass medizinische Daten weitergegeben werden. Vom Berufsgeheimnis entbinden kann nur eine gesetzliche Bestimmung<sup>18</sup>, die Aufsichtsbehörde oder die betroffene Person<sup>19</sup>.

Im Weiteren ist im Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) eine spezifische Geheimhaltungspflicht statuiert für alle Personen, die daran beteiligt sind, das Sozialversicherungsgesetz anzuwenden oder die Anwendung zu kontrollieren<sup>20</sup>.

Auch bei diesen Geheimhaltungsvorschriften gilt, dass die Daten nur weitergegeben werden dürfen, wenn eine gesetzliche Bestimmung dies vorsieht oder die betroffene Person im Einzelfall einwilligt. Vielfach wird mit dem Behandlungsvertrag oder einem Versicherungsvertrag die Einwilligung eingeholt, dass die Daten umfassend bearbeitet werden dürfen. Damit jedoch die Einwilligung rechtsgültig ist, muss die betroffene Person die Datenflüsse nachvollziehen können, in die sie eingewilligt hat. Damit wird der

Transparenz entsprochen, die Teil des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung ist.

### Datenschutzfreundliche Techniken

Es bestehen für die Praxis klare (datenschutz)rechtliche Rahmenbedingungen, wie mit personenbezogenen Daten umgegangen werden muss. Die Schwierigkeiten, diese rechtlichen Rahmenbedingungen in einem neuen Informations- und Kommunikationssystem einzuhalten, rühren meistens daher, dass sie zu wenig oder zu spät beachtet werden. Die Systeme nachträglich datenschutzgerecht auszugestalten, wie es betroffene Personen oder der Datenschutzbeauftragte fordern, wird dann oft als zu aufwändig verworfen. Die datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen lassen sich jedoch effizient und wirtschaftlich umsetzen, wenn Projekten in der Informations- und Kommunikationstechnologie von Anfang an ein Datenschutzkonzept zu Grunde gelegt wird.

Anonymisieren, Pseudonymisieren und Verschlüsseln sind datenschutzfreundliche Techniken, welche einen Datenaustausch ermöglichen, der den Datenschutz und die informationelle Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten respektiert. Damit wird der Patient in den Mittelpunkt gestellt. ■

Autor:

**Bruno Baeriswyl, Dr. iur.**

Datenschutzbeauftragter

des Kantons Zürich

8090 Zürich

E-Mail: bruno.baeriswyl@dsb.zh.ch

#### Weiterführende Literatur:

Bruno Baeriswyl: Datenschutz ist ein Qualitätsmerkmal. In: Schweizer Spital, Nr. 1/1998, S. 11–14.

Bruno Baeriswyl: Gefährdete Patientendaten. In: plädoyer, Nr. 6/2003, S. 37–43.

Christian Bake, Bernd Blobel, Peter Münch (Hrsg.): Datenschutz und Datensicherheit im Gesundheits- und Sozialbereich. Frechen 2004.

Lukas S. Brühwiler-Frésey: Medizinischer Behandlungsvertrag und Datenrecht. Zürich 1996.

Barbara Hürlimann, Reto Jacobs, Tomas Poledna (Hrsg.): Datenschutz im Gesundheitswesen. Zürich 2001.



Justitia auf dem Gerechtigkeitsbrunnen in Bern  
Copyright: BERN TOURISMUS

das so genannte Naturalleistungsprinzip gilt, wonach den Versicherer eine direkte Leistungspflicht trifft<sup>16</sup>. Welche Daten weitergegeben werden dürfen, hängt auch vom Verwendungszweck ab – dieser ist grundsätzlich einzubeziehen. Soweit sich der Zweck auch mit anonymisierten Da-

16 Eidgenössischer Datenschutzbeauftragter, 10. Tätigkeitsbericht 2002/2003, S. 54 ff.

17 Siehe unten «Spezifischer Geheimnisschutz»

18 Art. 321 Abs. 3 StGB

19 Art. 321 Abs. 2 StGB

20 Art. 33 ATSG

# Leistungseinkauf im Ausland

**Wieweit erlaubt das schweizerische Krankenversicherungsgesetz den Leistungseinkauf im Ausland? Diese Frage haben wir einem Bundesrichter des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Luzern gestellt. Hier seine Antwort.**

**Ulrich Meyer**

«**L**eistungseinkauf im Ausland» ist kein Rechtsbegriff, insbesondere kein Begriff, welchen die Krankenversicherungsgesetzgebung verwendet. Der Ausdruck ist in doppelter Weise unscharf: Erstens sagt er nicht, wer die Leistungen im Ausland einkauft, die versicherte Person oder ihr Krankenversicherer. Zweitens verdeckt er, dass mit dem Bezug von Auslandsleistungen im Gegenzug Geldleistungen exportiert werden, nämlich Kostenvergütungen der schweizerischen Krankenversicherer.

Die Fragestellung hat eine Erscheinung der Versicherungspraxis im Auge: Weil medizinische Leistungen im benachbarten Ausland oft kostengünstiger sind, kann es sich für die unter einem anhaltenden Kostendruck stehenden Krankenversicherer lohnen, solche Leistungen im Ausland «einzukaufen». Die versicherten Personen ihrerseits können aus verschiedenen Gründen ein Interesse daran haben, medizinische Leistungen im Ausland zu beziehen und/

oder von ihrem Krankenversicherer die Vergütung von im Ausland erbrachten medizinischen Leistungen zu fordern.

Wieweit sind Versicherer verpflichtet, medizinische Leistungen, die im Ausland erbracht werden, im Rahmen der obligatorischen Grundversicherung zu vergüten? Wieweit sind sie berechtigt, dies zu tun?

## Allgemeine Bestimmungen

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) baut auf einem System hoheitlich-behördlicher Bezeichnung der vergütungsfähigen und -pflichtigen Leistungen auf (Art. 33 KVG): Der Bundesrat beziehungsweise das zuständige Departement oder Bundesamt bestimmen abschliessend, welche Leistungen von Ärzten beziehungsweise Chiropraktoren nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen (Prinzip der Negativliste) von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen werden; zudem bestimmen sie, welche Leistungen anderer Leistungserbringer von der obligatorischen Krankenversicherung zu übernehmen sind (Prinzip der Positivliste).<sup>1</sup>

Grundsätzlich erbringt die soziale Krankenversicherung den nach Artikel 3 KVG obligatorisch versicherten Personen die vom Gesetz definierten Leistungen bei Krankheit im Allgemeinen (Art. 25 KVG), medizinischer Prävention (Art. 26 KVG), Geburtsgebrechen (Art. 27 KVG), subsidiär (d.h. soweit dafür keine Unfallversicherung aufkommt) bei Unfall (Art. 28 KVG) sowie bei Mutterschaft (Art. 29 KVG), straflosem Abbruch der Schwangerschaft (Art. 30 KVG) und zahnärztlichen Behandlungen (Art. 31 KVG).



Ulrich Meyer

Die Leistungen müssen gemäss Artikel 32 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein und von in der Schweiz zugelassenen Leistungserbringern erbracht werden (Art. 36–40 KVG). Wenn Leistungen eine der genannten Voraussetzungen nicht erfüllen, dürfen die Versicherer die Kosten nicht übernehmen (Art. 34 Abs. 1 KVG).

## Leistungen im Ausland

Die genannten Voraussetzungen gelten auch für im Ausland erbrachte Leistungen. Die meisten Leistungserbringer im Ausland sind in der Schweiz nicht zugelassen; die Versicherer dürfen die Kosten ihrer Leistungen also grundsätzlich nicht übernehmen.<sup>2</sup> Allerdings kann der Bundesrat nach Absatz 2 des Artikels 34 KVG bestimmen, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten von allgemeinen Leistungen bei Krankheit oder von

<sup>1</sup> Grundlegend zur Bedeutung der Positiv- und Negativlisten für den Leistungsanspruch: siehe Bundesgerichtsentscheid BGE 129 V 167.

Leistungen bei Mutterschaft übernimmt, die aus medizinischen Gründen im Ausland erbracht werden. Er kann bestimmen, in welchen Fällen die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten einer Entbindung übernimmt, die aus andern als medizinischen Gründen im Ausland erfolgt. Und er kann die Übernahme der Kosten von Leistungen, die im Ausland erbracht werden, begrenzen.

Gestützt auf den genannten KVG-Artikelabsatz (Art. 34 Abs. 2 KVG) hat der Bundesrat den Artikel 36 der Krankenversicherungsverordnung (KVV)<sup>3</sup> erlassen, der festschreibt,

1. dass das zuständige Departement (nach Anhören der zuständigen Kommission) jene Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft bezeichnet, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Ausland übernommen werden, wenn sie in der Schweiz nicht erbracht werden können;

2. dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten von Behandlungen übernimmt, die während vorübergehenden Auslandsaufenthalten in Notfällen erbracht werden;

3. dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten einer Entbindung übernimmt, die im Ausland stattgefunden hat, weil entweder nur so das Kind die Staatsangehörigkeit der Mutter oder des Vaters erwerben konnte oder weil das Kind, in der Schweiz geboren, staatenlos wäre.

Der Absatz 4 des Artikels 36 KVV enthält die tariflichen und preislichen Bestimmungen für die genannten Fälle. Der Absatz 5 schliesslich verweist auf die Bestimmungen über die internationale Leistungsaushilfe, die einen weiter gehenden Kostenvergütungsanspruch rechtfertigen könnten (siehe auch *Kasten* «Die Situation in Europa»).

### Die Sicht des Eidgenössischen Versicherungsgerichts

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) hätte also den gesetzlichen Auftrag, die Auslandsleistungen zu bezeichnen, die von den Krankenkassen zu bezahlen sind (Art. 36 Abs. 1 KVV). Aber das De-

partement hat diesen Auftrag bisher nicht erfüllt. Heisst das nun, dass Auslandsbehandlungen (mit Ausnahme der oben genannten Fälle 2 und 3 [Notfälle<sup>4</sup> und Mutterschaft]) grundsätzlich nicht vergütet werden dürfen? «Nein», hat das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) entschieden (BGE 128 V 75). Allerdings sind Behandlungen im Ausland nur möglich, wenn erwiesenermassen eine der beiden folgenden Bedingungen erfüllt ist:

1. In der Schweiz besteht überhaupt keine Behandlungsmöglichkeit.

2. Eine innerstaatlich praktizierte diagnostische oder therapeutische Massnahme bringt für die betroffene Person im Vergleich zur auswärtigen Behandlungsalternative erheblich höhere, wesentliche Risiken mit sich; eine mit Blick auf den angestrebten Heilungserfolg zumutbare Behandlungsmöglichkeit in der Schweiz ist hiermit konkret nicht gewährleistet.<sup>5</sup>

Im Ausland erbrachte medizinische Dienstleistungen sind gemäss den gesetzlichen Bestimmungen in der Schweiz also nur dann vergütungsfähig und -pflichtig, wenn sie in der Schweiz entweder überhaupt nicht oder aber nicht in zumutbarer Weise erbracht werden können<sup>6</sup>. Hingegen schliesst das Gesetz eine Vergütung für Leistungen aus, die nur deswegen im Ausland erbracht oder bezogen werden, weil sie dort weniger teuer zu stehen kommen als in der Schweiz. Die geltende Regelung der Vergütung von Auslandsleistungen durch Gesetz und Verordnung sieht ein Ausweichen von teureren Inland- auf günstigere Auslandsleistungen nicht vor. Der Wirtschaftlichkeitsgrundsatz<sup>7</sup> allein ist dafür keine genügende gesetzliche Grundlage.

### Besteht eine Austauschbefugnis?

Wenn der Krankenversicherer schon nicht die gesamten Kosten einer Auslandsbehandlung übernimmt, kann er nicht wenigstens jenen Teil der Kosten übernehmen, die er im Fall einer Behandlung in der Schweiz übernehmen müsste? Diese Frage mögen sich Versicherte stellen, die aus irgendwelchen Gründen Leistungen im Ausland bezogen haben

oder noch beziehen möchten. Rechtlich betrachtet geht es hier um die Frage nach der Austauschbefugnis, also um die Frage, ob die versicherte Person einen bestehenden virtuellen Leistungsanspruch ersetzen darf durch den Anspruch auf eine funktionell gleichartige Leistung, die ihr nach Gesetz nicht zusteht, von der sie aber aus schützenswerten Gründen Gebrauch macht<sup>8</sup>.

Unter dem alten Krankenversicherungsrecht (bis 31. Dezember 1995) hat das EVG eine Befugnis zum Austausch zwischen Pflichtleistungen und (u.U. billigeren) Nichtpflichtleistungen verneint.<sup>9</sup> Daran hat das EVG auch unter der Herrschaft des neuen KVG grundsätzlich festgehalten. So hat das EVG es zum Beispiel abgelehnt, dass der Krankenversicherer im Rahmen der Austauschbefugnis dem nicht als Leistungserbringer zugelassenen Ehemann einer

2 Anders verhält es sich in der privatrechtlichen Krankenversicherung, welche dem Bundesgesetz vom 2. April 1908 über den Versicherungsvertrag (VVG; SR 221.229.1) unterstellt ist; vgl. Art. 12 Abs. 2 und Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10). Hier richtet sich die Vergütungspflicht des Krankenversicherers nach dem vereinbarten Vertragsinhalt unter Einschluss der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Wenn und insoweit diese Vertragsgrundlagen die Ausrichtung von Versicherungsleistungen für im Ausland durchgeführte Therapien vorsehen, wird der private Krankenversicherer dafür zahlungspflichtig. Doch schlägt sich eine solche Leistungsausweitung in höheren Prämien nieder, was die Zusatzversicherungen weiter belasten dürfte.

3 Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV; SR 832.102).

4 Eine gefestigte Praxis zum Notfallbegriff hat sich bisher noch nicht ausgebildet. Unter dem alten, bis 31. Dezember 1995 gültigen Recht hatte das EVG entschieden: Der Umstand, dass sich ein Versicherter dringend in eine Drogenrehabilitationsstätte begeben muss und in der Schweiz keine geeignete solche Stätte zur Verfügung steht, rechtfertigt keine Ausnahme vom Territorialitätsprinzip in dem Sinne, dass die Kasse an den Aufenthalt in einer geeigneten ausländischen Heilanstalt Leistungen zu erbringen hätte (RKUV 1985 K 649, S. 265).

5 Urteil K. vom 14. Oktober 2002, K 39/01, in welchem das EVG eine Vergütungspflicht bei operativer Behandlung einer endotrynen Orbitopathie im Ausland mittels transpalpebraler Orbitadekompression verneinte, da wegen verletzter Mitwirkungspflicht eine Überprüfung der Zumutbarkeit einer in der Schweiz angebotenen Behandlungsalternative nicht möglich war; weiter Rechtsprechung Kranken- und Unfallversicherung RKUV 2003 KV 253, S. 229, betreffend Ablehnung der Leistungspflicht für eine stationäre Skoliotherapie in der Katharina-Schroth-Klinik in Bad Sobernheim/Deutschland.

6 Es gelten strengere Voraussetzungen als bei Behandlung ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes sowie des Wohnkantons, wo nur medizinische Gründe vorliegen müssen, vgl. RKUV 2003 KV 253, S. 229, im Vergleich zu BGE 127 V 138 und zum zur Publikation in BGE 130 V bestimmten Nachfolgeurteil im Sinne S. vom 14.11.2003 (K 22/03) zu Art. 41 Abs. 2 und Abs. 3 KVG.

7 Art. 32 Abs. 1, Art. 56 KVG.

8 BGE 120 V 285 Erw. 4a mit Hinweisen.

9 BGE 111 V 324.

Kasten:

### Die Situation in Europa: Verordnung 1408/71<sup>16</sup>

Die europäische Verordnung 1408/71 ist aufgrund des am 1. Juni 2002 in Kraft getretenen Abkommens über die Personenfreizügigkeit (FZA)<sup>17</sup> für die Schweiz geltendes Recht geworden.<sup>18</sup> Artikel 22 Absatz 1 dieser Verordnung räumt bei Aufenthalt ausserhalb des zuständigen Staates bei unverzüglicher Behandlungsnotwendigkeit (lit. a) und bei weiteren Tatbeständen einen näher umschriebenen Sach- und Geldleistungsanspruch ein, der unter Genehmigungsvorbehalt des zuständigen Trägers steht (lit. b, c)<sup>19</sup>.

Ein weiter gehender Kostenvergütungsanspruch für Behandlungen in EU-Staaten könnte sich unter Umständen aus einem Urteil des Europäischen Gerichtshofes vom 13. Mai 2003<sup>20</sup> ergeben, sofern dieses im Rahmen des FZA sinngemäss zur Anwendung käme, was derzeit offen ist. In diesem Urteil hat der Gerichtshof festgehalten, dass es mit dem Grundsatz des freien Dienstleistungsverkehrs nach dem EG-Vertrag vereinbar sei, wenn Kassen verlangen, dass Versicherte für eine *Spitalbehandlung* im Ausland vorgängig eine Genehmigung einholen. Er hat jedoch einschränkend festgehalten, dass Kassen die Genehmigung nur dann verweigern dürfen, wenn die gleiche oder eine für den Patienten ebenso wirksame Behandlung rechtzeitig bei einem zugelassenen inländischen Leistungserbringer erlangt werden kann. Zudem hat der Gerichtshof es als EG-vertragswidrig bezeichnet, bei *ambulanten Behandlung* eine vorgängige Genehmigung durch die Kasse zu verlangen<sup>21</sup>.

Versicherten Spitex-Leistungen vergütet.<sup>10</sup> Es hat auch festgehalten, dass die Austauschbefugnis nicht angeführt werden darf, um die Vergütung eines nicht auf der Spezialitätenliste enthaltenen Präparates zu erreichen.<sup>11</sup> Schliesslich hat es festgehalten, dass jegliche Leistungspflicht der Krankenversicherer entfällt, wenn ihr Mitglied sich in einem nicht auf der Spitalliste figurierenden Heim (im konkreten Fall in einem Pflegeheim) aufhält.<sup>12</sup>

Auf der anderen Seite gibt es, wie die drei folgenden Beispiele zeigen, einige (wenige) Urteile, in denen das EVG implizit einer Lösung zum Durchbruch verholfen hat, die ohne Anwendung des Austauschgedankens nicht möglich wäre:

■ Es besteht Anspruch auf einen Beitrag (Sockelbetrag) aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an die Kosten für die stationäre Behandlung und den Aufenthalt in einem Spital, welches nur mit der Halbprivat- und Privatabteilung und ohne Leistungsauftrag auf der Spitalliste des Standortkantons figuriert.<sup>13</sup>

■ Der aus sozialen Gründen hospitalisierte Versicherte, der von dem Moment an, da sein Zustand ambulante Behandlung erlaubte, in ein Heim hätte transferiert werden müssen, hat Anspruch auf Vergütung jenes Teils der Hospitalisationskosten, der den Kosten einer (virtuellen) ambulanten Behandlung entspricht.<sup>14</sup>

■ Für das Medikament Taxol hat das EVG die in der Spezialitätenliste vom 15. März 1995 bis Ende 1998 enthaltene Limitatio (eine Leistungspflicht der obligatorischen Grundversicherung bestand nur bei metastasierendem Ovarialkarzinom bei Versagen der Standardtherapie mit platinhaltigen Chemotherapie-Kombinationen) in Anbetracht des Wirt-

schaftlichkeitsgebotes zwar als gesetzeskonform qualifiziert; es hat es aber als angemessen bezeichnet, dass die Krankenpflegeversicherung einen Beitrag in der Höhe der Kosten einer diagnosegemässen Standardtherapie an die im Jahr 1997 durchgeführte Erstbehandlung mit Taxol leistet.<sup>15</sup>

Den genannten drei Fällen ist gemeinsam, dass die zur Substitution zugelassene Leistung sich insofern im gesetzlichen Rahmen hält, als es grundsätzlich um vom Gesetz zugelassene Leistungen ging, nämlich eine auf der Spitalliste befindliche Heilanstalt (Art. 39 KVG), eine ambulante Behandlung (Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG) und ein auf der Spezialitätenliste figurierendes Medikament (Art. 52 Abs. 1 lit. b KVG). Dagegen geht es, wenn diagnostische und therapeutische Leistungen – bei Fehlen der Voraussetzungen gemäss Artikel 36 KVV und der dazu erfolgten Rechtsprechung – zum Beispiel aus Kostenüberlegungen oder aufgrund eines besonderen Vertrauensverhältnisses zum Arzt im Ausland bezogen werden, um eine ausserhalb des KVG-Systems liegende Leistungserbringung. Auf sie kann die Austauschbefugnis nicht angewendet werden. Wer sich also aus freien Stücken im Ausland behandeln lässt, kann keinen Kostenvergütungsanspruch geltend machen, auch wenn ihm ein solcher zustände, sofern er die medizinische Dienstleistung in der Schweiz beziehen würde. ■

**Autor:**

**Prof. Dr. iur. Ulrich Meyer**

Bundesrichter am Eidgenössischen  
Versicherungsgericht (EVG)

St. Annastrasse 50

6006 Luzern

E-Mail: ulrich.meyer@evg.admin.ch

10 BGE 126 V 330.

11 RKUV 2003 KV 260, S. 299.

12 AJP 2003, S. 1243.

13 Urteil K. vom 12. Februar 2004, K 34/02.

14 SJ 1998, S. 431.

15 RKUV 2001 KV 158, S. 155.

16 Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern.

17 Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA) vom 21. Juni 1999 (frühere Abkürzung: APF).

18 BGE 128 V 182 und 315; zur Publikation in BGE 130 V bestimmte Urteile D. vom 18.9.2003 (I 449/03), B. vom 9.12.2003 (H 132/03), P. vom 27.1.2004 (I 474/03), S. vom 5.2.2004 (H 37/03) und P. vom 20.2.2004 (H 197/03).

19 vgl. Edgar Imhof: Eine Anleitung zum Gebrauch des APF und der Verordnung 1408/71, in: Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, hrsg. von Hans-Jakob Mosimann, Zürich 2001, S. 67.

20 Rechtssache C-385/99 V.G. Müller-Fauré und E.E.M. van Riet.

21 Dies gilt sogar dann, wenn die Krankenversicherung des Wohnsitzlandes als Sachleistungssystem konzipiert ist, in welchem die versicherte Person direkten Anspruch auf kostenlose medizinische Versorgung hat, und nicht – wie in der schweizerischen Krankenversicherung – nur auf eine Erstattung der Kosten.

# Anreize selbstdispensierender Ärzte, Vergünstigungen auszuhandeln – oder: Was Managed Care bewirken kann

**Vergünstigungen auf Arzneimittel sind nur in sehr beschränktem Rahmen erlaubt und müssen weit gehend an die Kostenträger weitergegeben werden. Was bedeutet das für selbstdispensierende Ärzte im traditionellen Versicherungsmodell und für solche in Managed-Care-Systemen?**

**Christoph Tagmann<sup>1</sup>**

Dieser Beitrag befasst sich einerseits mit der Frage, ob und wie weit Ärzte<sup>2</sup> im (ambulanten) Selbstdispensations-(SD-)Kanal geldwerte Vorteile an die Kostenträger weitergeben müssen. Andererseits fragt er nach den Anreizen für Ärzte in traditionellen Versicherungsmodellen und in Managed-Care-Organisationen (MCO), unter diesen Umständen überhaupt noch Vergünstigungen auf Arzneimittelpreise auszuhandeln.

**Zulässigkeit geldwerter Vorteile**  
Bevor die Frage des Umfangs der Weitergabepflicht beantwortet werden kann, ist zu klären, wie weit geldwerte Vorteile im SD-Kanal überhaupt zulässig sind. Es ist daher kurz auf Artikel 33 des Heilmittelgesetzes (HMG) einzugehen (siehe *Kasten 1*). Der Sinn und Zweck von Artikel 33 HMG besteht darin, dafür zu sorgen, dass die Verschreibung bezie-

hungsweise Abgabe von Arzneimitteln ausschliesslich nach medizinischer/pharmazeutischer Indikation und nicht aufgrund finanzieller Anreize erfolgt. Unzulässig im Sinne der Absätze 1 und 2 von Artikel 33 HMG sind damit geldwerte Vorteile, welche das Verschreibungs- und Abgabeverhalten von Medizinalpersonen beeinflussen können (korruptives Verhalten).<sup>3</sup>

Artikel 33 HMG regelt die Beziehung zwischen Personen und Organisationen<sup>4</sup>, welche Arzneimittel verschreiben oder abgeben (also Leistungserbringern wie ([SD-]Ärzten, Spitälern, Apotheken, Drogereien<sup>5</sup>), und Dritten (Pharmaunternehmen, Grossisten sowie allen anderen Personen und Institutionen, die als Zwischenhändler in direktem Geschäftskontakt mit den Leistungserbringern stehen). In sachlicher Hinsicht bezieht sich Artikel 33 HMG auf alle Arzneimittel, das heisst sowohl auf die Arzneimittel der Spezialitätenliste (SL)<sup>6</sup> als auch auf die Nicht-SL-Produkte<sup>7</sup>.

Grundsätzlich sind geldwerte Vorteile<sup>8</sup>, die unentgeltlich, das heisst ohne entsprechende Gegenleistung, erfolgen, unzulässig.

Allerdings sind nach Artikel 33 geldwerte Vorteile von bescheidenem Wert zulässig (Art. 33 Abs.3 lit. a HMG).<sup>9</sup> Erlaubt sind zudem betriebswirtschaftlich gerechtfertigte und handelsübliche Rabatte, die sich direkt auf den Preis auswirken (Art. 33 Abs. 3 lit. b HMG). Wie die Begriffe «betriebswirtschaftlich gerechtfertigt» und «handelsüblich» zu verstehen sind, ist nicht restlos geklärt.<sup>10</sup>

Allgemein und insbesondere auch für den hier relevanten SD-Absatzkanal können als betriebswirtschaftlich ge-



Christoph Tagmann

1 Lic. iur. Fürsprecher Christoph Tagmann ist Leiter Recht beim Sekretariat der Wettbewerbskommission. Die nachfolgenden Ausführungen stellen jedoch seine persönliche Meinung dar. Der Autor dankt insbesondere Frank Stüssi, Referent beim Sekretariat der Wettbewerbskommission, für die wertvollen ökonomischen Anregungen und die sorgfältige Durchsicht des vorliegenden Beitrages.

2 Der männliche Begriff umfasst jeweils auch die weibliche Form.

3 Die Zulässigkeit eines geldwerten Vorteils ist in jedem Einzelfall zu prüfen. Zuständig ist in erster Linie Swissmedic.

4 Durch den Begriff «Organisationen» ist klargestellt, dass die Spitäler (private und öffentliche) vom Geltungsbereich von Art. 33 HMG ebenfalls erfasst sind. Offen ist jedoch, ob Art. 33 HMG in öffentlichen Spitälern auch im stationären Bereich Anwendung findet, da umstritten ist, ob infolge der Trennung zwischen Einkauf und Abgabe von Medikamenten eine Beeinflussung der Verschreibung bzw. Abgabe von Medikamenten überhaupt möglich ist. Vgl. hierzu insbesondere das Gutachten der Weko vom 1.9.2003, RPW 2003/3, S. 623 ff., sowie verschiedene parlamentarische Vorstösse (Motion Leuthard vom 4.10.2001; Interpellation Maury Pasquier vom 21.3.2002; Postulat Robbiani vom 6.6.2002; Postulat Günter vom 27.11.2002), die vom Bundesrat jedoch allesamt abgelehnt wurden. Demgegenüber wurden die beiden Ständesinitiativen der Kantone GE vom 17.6.2003 und VS vom 18.6.2003 anlässlich der parlamentarischen Beratungen vom 17.3.2004 angenommen. Damit werden sich die eidgenössischen Räte mit der Anwendung von Art. 33 HMG in öffentlichen Spitälern im stationären Bereich (nochmals) auseinander setzen müssen.

5 Vgl. Art. 35 Abs. 2 KVG.

6 Der überwiegende Teil (rund drei Viertel) der in der Schweiz über die obligatorische Grundversicherung vergüteten Arzneimittel sind SL-Produkte, vgl.: Pharma-Markt Schweiz, Ausgabe 2003, S. 12.

rechtfertigte Rabatte Vergünstigungen verstanden werden, welche die Unternehmen ihrem optimalen Kosten-Nutzen- beziehungsweise Input-Output-Verhältnis näher bringen.<sup>11</sup> Nach der etwas engeren Definition

- 7 Darunter sind rezeptfreie Arzneimittel zu verstehen (so genannte OTC-Arzneimittel der Kategorien C und D), aber auch rezeptpflichtige Arzneimittel, die teilweise nicht durch die Grundversicherung (allenfalls aber durch die Zusatzversicherung) vergütet werden (so genannte Rx-Arzneimittel der Kategorien A und B).
- 8 Die Botschaft zum HMG erwähnt zum Beispiel Superboni, Reisen, Einladungen, Geschenke, Gratismuster usw. (Botschaft, BBl 1999 III 3518).
- 9 In Anlehnung an die Rechtsprechung zu den geringfügigen Vermögensdelikten (Art. 172ter StGB) ist von einer Obergrenze von 300 Franken auszugehen (vgl. Amtl. Bull. SR 2000, 612).
- 10 Vgl. hierzu z.B. die Empfehlungen des BSV vom 21.12.2001, 15.3.2002, 11.7.2002 und 20.12.2002; die Publikation von Urs Saxer, «Korruption im Arzneimittelhandel – zum Vorteilsverbot gemäss Art. 33 HMG und dessen Koordination mit Art. 56 Abs. 3 KVG» in: AJP 12/2002, S. 1463 ff.; das Gutachten der Weko vom 1.9.2003, RPW 2003/3, S. 623 ff.; sowie die Publikation von Swissmedic betreffend die Zulässigkeit von Rabatten im Rahmen von Art. 33 Abs. 3 lit. b HMG vom 7.12.2003.
- 11 Vgl. Gutachten der Weko vom 1.9.2003, RPW 2003/3, S. 623 ff.
- 12 Vgl. hierzu z.B. die Empfehlungen des BSV vom 21.12.2001, 15.3.2002, 11.7.2002 und 20.12.2002 sowie die Publikation von Swissmedic betreffend die Zulässigkeit von Rabatten im Rahmen von Art. 33 Abs. 3 lit. b HMG vom 7.12.2003.
- 13 Vgl. hierzu die Empfehlung des BSV vom 15.3.2002, wonach als «handelsübliche» Rabatte Vergünstigungen verstanden werden, welche bei bestimmten Produkten oder Produktgruppen im Einzelfall während längerer Zeit gewährt worden sind, betriebswirtschaftlich gerechtfertigte Rabatte übersteigen und nicht gegen Art. 33 HMG verstossen. Nicht alle Vergünstigungen, die bisher gewährt wurden, sind jedoch im Licht von Art. 33 HMG zulässig.
- 14 D.h. einen bestimmten Erfolg mit dem geringst möglichen Mitteleinsatz bzw. mit einem bestimmten Mitteleinsatz den grösstmöglichen Erfolg zu erzielen (Minimum- und Maximumprinzip). Ziel ist ein rationeller Einsatz der Ressourcen, d.h. eine optimale Ressourcenallokation.
- 15 Vgl. schon RPW 1998/3, S. 436 ff., insb. 443.
- 16 Auf die Problematik, dass die Weitergabe von Vergünstigungen in der Praxis möglicherweise nur unzureichend funktioniert und die Nichtweitergabe von Vergünstigungen häufig nur schwierig nachweisbar ist, die Weitergabe somit häufig an der praktischen Durchsetzung scheitern dürfte, wird im vorliegenden Beitrag nicht weiter eingegangen.
- 17 Vgl. Publikation von Swissmedic betreffend die Zulässigkeit von Rabatten im Rahmen von Art. 33 Abs. 3 lit. b HMG vom 7.12.2003 mit Hinweisen auf die Botschaft (BBl 1999, S. 3214).
- 18 In Bezug auf die geldwerten Vorteile von geringem Wert nach Art. 33 Abs. 3 lit. a HMG ist davon auszugehen, dass diese nicht weitergegeben werden müssen bzw. können, da der mit der Weitergabe verbundene Aufwand unverhältnismässig und insbesondere bei Sachwerten (z.B. einer Flasche Wein) nicht praktikabel wäre.
- 19 Eine «Teilweitergabe», bei der ein Teil der Vergünstigung beim Leistungserbringer verbleiben dürfte, ist demnach nicht zulässig. Im Falle eines Arzneimittels ist davon auszugehen, dass eine Vergünstigung dann als weitergegeben gilt, wenn sie auf der Abrechnung an den Patienten bzw. den Versicherer sichtbar ausgewiesen wird, vgl. dazu die Empfehlung des BSV vom 21.12.2001.
- 20 Für Swissmedic stellt diese Überschneidung von Art. 33 Abs. 3 lit. b HMG und Art. 56 Abs. 3 KVG nur scheinbar eine redundante Regulierung dar, da Sinn und Zweck der beiden Bestimmungen unterschiedlich ist: Im Bereich des KVG steht die Wirtschaftlichkeit (Kosteneindämmung) im Vordergrund, im Bereich des HMG die von finanziellen Anreizen unabhängige Verschreibung bzw. Abgabe von Medikamenten an Patienten (Gesundheitsschutz, Korruptionsbekämpfung); vgl. Publikation von Swissmedic vom 7.12.2003.
- 21 Vgl. Urs Saxer, a.a.O., S. 1476.

von Swissmedic sind darunter insbesondere Vergünstigungen zu verstehen, die dazu beitragen, dass ein Wirtschaftsakteur einen Markt erschliessen, sich den Marktbedingungen anpassen und seine Produkte preislich wettbewerbsfähig machen kann. Noch enger ist die Definition in den Empfehlungen des BSV, nach welchen Preisnachlässe als betriebswirtschaftlich gerechtfertigt gelten, wenn ihnen eine wirtschaftliche Gegenleistung des Empfängers gegenübersteht.<sup>12</sup> Unbestrittenerweise fallen darunter zum Beispiel spezielle Zahlungskonditionen (Skonti), die Abgeltung des reduzierten logistischen Aufwandes beim Verkäufer (Grossmengenlieferung [Mengenrabatte], reduzierte Lieferhäufigkeit oder Lagerhaltung durch den Käufer) sowie die Abgeltung anderer Dienstleistungen (z.B. Datenaufbereitung) des Käufers. Der Begriff «handelsüblich» verweist demgegenüber auf die Verkehrssitte, das heisst auf das, was in einem bestimmten Bereich «gang und gäbe» ist beziehungsweise seit geraumer Zeit getan oder beobachtet wird. «Handelsüblich» sind demnach Vergünstigungen (Rabatte), die sich über einen gewissen Zeitraum hinweg in einer bestimmten Branche (Markt), hier zum Beispiel im SD-Kanal für ein bestimmtes Arzneimittel beziehungsweise eine bestimmte Arzneimittelgruppe, herausgebildet haben.<sup>13</sup> Die Möglichkeit, geldwerte Vorteile zu gewähren, stellt einen wichtigen Wettbewerbsparameter dar, der dem Grundsatz des wirtschaftlichen Handelns<sup>14</sup> Rechnung trägt. Deshalb ist ein generelles Vergünstigungsverbot, das den Preiswettbewerb beeinträchtigt, aus wettbewerbsrechtlicher Sicht auch im Gesundheitsbereich nicht angebracht.<sup>15</sup>

### Weitergabe geldwerter Vorteile

Soweit ein geldwerter Vorteil nach Absatz 3 des Artikels 33 HMG zulässig ist, stellt sich die Frage, ob und in welchem Umfang dieser Vorteil an den Versicherer beziehungsweise Versicherten (Prämienzahler) weitergegeben werden muss. Aus welcher gesetzlichen Grundlage sich die Pflicht zur Weitergabe von Ver-

Kasten 1:

#### Versprechen und Annehmen geldwerter Vorteile (Art. 33 HMG)

1. Personen, die Arzneimittel verschreiben oder abgeben, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen, dürfen für die Verschreibung oder die Abgabe eines Arzneimittels geldwerte Vorteile weder gewährt noch angeboten noch versprochen werden.
2. Personen, die Arzneimittel verschreiben oder abgeben, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen, dürfen für die Verschreibung oder die Abgabe von Arzneimitteln geldwerte Vorteile weder fordern noch annehmen.
3. Zulässig sind jedoch:
  - a. geldwerte Vorteile von bescheidenem Wert, die für die medizinische oder pharmazeutische Praxis von Belang sind;
  - b. handelsübliche und betriebswirtschaftlich gerechtfertigte Rabatte, die sich direkt auf den Preis auswirken.

günstigungen ergibt, ist in Lehre und Praxis umstritten.

Nach Swissmedic lässt sich die Weitergabepflicht unmittelbar aus Absatz 3 Buchstabe b des Artikels 33 HMG, wonach sich Vergünstigungen direkt auf den Preis auswirken müssen, ableiten.<sup>17</sup> Die Pflicht zur Weitergabe von Vergünstigungen besteht nach dieser Auffassung für sämtliche Vergünstigungen auf Arzneimittel nach Absatz 3 Buchstabe b des Artikels 33 HMG<sup>18</sup>, unabhängig davon, ob es sich um SL- oder um Nicht-SL-Produkte handelt. In quantitativer Hinsicht gilt sie unbeschränkt und vollumfänglich, das heisst der gesamte geldwerte Vorteil ist an den Kostenträger weiterzugeben.<sup>19</sup> Für diejenigen Arzneimittel, deren Kosten durch die obligatorische Grundversicherung getragen werden, ergibt sich die Weitergabepflicht auch aus dem Artikel 56 Absatz 3 KVG (siehe *Kasten 2*).<sup>20</sup> Gemäss Saxer<sup>21</sup> dagegen besteht im ambulanten Bereich eine (quantitativ vollumfängliche) Weitergabepflicht lediglich für die handelsüblichen Rabatte (und auch hier nur bei im KVG geregelten SL-Arzneimitteln), nicht aber für die betriebswirtschaftlich gerechtfertigten Rabatte.

## Kasten 2:

**Wirtschaftlichkeit der Leistungen (Art. 56 Abs. 3 KVG)**

3. Der Leistungserbringer muss dem Schuldner der Vergütung die direkten oder indirekten Vergünstigungen weitergeben, die ihm:
- ein anderer in seinem Auftrag tätiger Leistungserbringer gewährt;
  - Personen oder Einrichtungen gewähren, welche Arzneimittel oder der Untersuchung oder Behandlung dienende Mittel oder Gegenstände liefern.

Dies deshalb, weil den betriebswirtschaftlich gerechtfertigten Rabatten eine wirtschaftliche Gegenleistung des Leistungserbringers gegenüberstehe, indem dieser Aufgaben übernehme, welche im Rahmen der Preisberechnungsvorgaben für SL-Produkte gewöhnlich dem Zulieferer zugerechnet würden. Die blossen Aufgabenverschiebung innerhalb der Vertriebskette habe auf den Endpreis keine Auswirkungen. Eine darüber hinausgehende Verpflichtung zur Weitergabe von Vergünstigungen existiert Saxers Meinung nach weder in qualitativer noch in quantitativer Hinsicht (auch nicht gestützt auf Art. 33 Abs. 3 lit. b HMG), das heisst alle anderen nach Artikel 33 HMG zulässigen Rabatte dürfen beim Leistungserbringer verbleiben.

**Wozu Vergünstigungen aushandeln?**

Der Anreiz, im ambulanten SD-Kanal Vergünstigungen auf Arzneimittelpreise auszuhandeln, hängt insbesondere vom Umfang der Weitergabepflicht (siehe oben) und von der Vergütungsform ab. Im ambulanten Bereich ist die Vergütung nach Einzelleistungen («fee-for-service») vorherrschend (traditionelles Versicherungsmodell). Daneben wer-

den aber, im Rahmen von Managed-Care-Modellen, auch neue Vergütungsformen erprobt.

Die Einzelleistungsvergütung schafft den Anreiz, möglichst viele medizinische Leistungen zu erbringen. Soweit der Erlös aus der Abgabe von Medikamenten das Einkommen des abgebenden Arztes mehrt, besteht demnach ein Anreiz, Vergünstigungen auszuhandeln. Jedoch existiert ein geringer Anreiz, die Vergünstigungen an den Versicherer beziehungsweise den Patienten weiterzugeben. Wenn der Arzt die Vergünstigungen an den Versicherer weitergibt, verliert er nämlich einerseits seinen persönlichen Anteil am Erlös. Andererseits kann er, weil zwischen den Ärzten praktisch kein Preiswettbewerb herrscht<sup>22</sup>, nicht von einer grösseren Nachfrage der Versicherten durch die tieferen Preise seiner Leistungen profitieren. Mit der Weitergabepflicht erlöscht im traditionellen Versicherungsmodell also der Anreiz, Vergünstigungen auszuhandeln. Mit einer «Teilweitergabepflicht» (z.B. 30% der ausgehandelten Vergünstigung verbleiben beim Arzt, 70% werden an den Versicherer bzw. Versicherten weitergegeben) könnte dieser Anreiz wieder hergestellt werden.

**Veränderte Anreize in MCO**

In Managed-Care-Modellen treten an die Stelle der traditionellen Einzelleistungsvergütungen neue Vergütungsformen, zum Beispiel Kopfpauschalen, Bonus-Malus-Systeme oder Globalbudgets. Die Ärzte werden in die Versicherungsfunktion mit eingebunden, indem ein mehr oder weniger grosser Teil des Kostenrisikos von den Versicherern auf die Ärzte übertragen wird. Diese Veränderung der finanziellen Anreizstruktur führt dazu, dass die Ärzte einen Zusatzverdienst nicht dann erzielen, wenn sie möglichst viele medizinische Leistungen erbringen, sondern dann, wenn sie effizient Ressourcen beanspruchen.

Die Ärzte in MCO sind also daran interessiert, ihre Leistungen möglichst kosteneffizient zu erbringen, indem sie zum Beispiel vergünstigte Medikamente abgeben. Sie profitieren von

den ausgehandelten Vergünstigungen, indem diese zu tieferen Behandlungskosten und damit zu einem besseren Betriebsergebnis der MCO führen, was sich in Abhängigkeit von der verwendeten Vergütungsform in einem höheren Verdienst des einzelnen Arztes niederschlagen kann.

Zudem besteht zwischen den MCO und den übrigen Leistungserbringern ein gewisser Preiswettbewerb.<sup>23</sup> Ärzte in MCO profitieren deshalb von Verträgen mit Versicherern, die zu tieferen Prämien und geringerer Kostenbeteiligung der Versicherten führen. Dadurch steigt die Attraktivität ihrer MCO gegenüber herkömmlichen Leistungserbringern und hiermit vermutlich die Nachfrage der Versicherten nach dem entsprechenden Versicherungsmodell.

**Schlussfolgerungen**

Zusammenfassend kann somit festgehalten werden, dass die Zulässigkeit von geldwerten Vorteilen sowie der Umfang der Weitergabepflicht umstritten ist. Im Rahmen der traditionellen Versicherungsmodelle dient die Aushandlung von Rabatten auf Arzneimittel mangels Preiswettbewerb lediglich der rein persönlichen finanziellen Vorteilsverschaffung des selbstdispensierenden Arztes. Soweit die Weitergabepflicht greift, bestehen hier deshalb praktisch keine Anreize, Rabatte überhaupt auszuhandeln; nur eine «Teilweitergabepflicht» könnte Abhilfe schaffen. Dagegen wird in Managed-Care-Modellen die Aushandlung von Vergünstigungen als Wettbewerbsinstrument eingesetzt und kommt den Versicherern (bzw. dem Patienten) zugute. Hier stellt sich die Problematik der Nichtweitergabe von Vergünstigungen nicht. Die Weitergabepflicht wird weitgehend obsolet. ■

Autor:

lic. iur. Christoph Tagmann

Fürsprecher

Leiter Recht

Sekretariat der

Wettbewerbskommission

Monbijoustrasse 43

3003 Bern

E-Mail:

christoph.tagmann@weko.admin.ch

<sup>22</sup> Namentlich infolge der geringen Preiselastizität der Nachfrage, der Informationsasymmetrie zwischen Ärzten und Patienten sowie dem Versicherungsschutz.

<sup>23</sup> Eine eingehende Kosten-Nutzen-Analyse in Bezug auf die Wahl der Leistungserbringer und ihrer Leistungen ist den Patienten aufgrund der herrschenden Informationsasymmetrie nur sehr beschränkt möglich. Dagegen ist eine solche Kosten-Nutzen-Analyse in Bezug auf die Wahl zwischen verschiedenen Versicherungsmodellen mit unterschiedlichen Leistungspaketen und unterschiedlicher Prämienhöhe viel eher möglich. Aus wettbewerbsrechtlicher Sicht verstärkt die Einführung von MCO daher den Wettbewerb auf Versicherungsebene.



# EU-Erweiterung und die öffentliche Gesundheit

von **Regula Rička**,  
Mitglied des Redaktionellen Beirats der Zeitschrift «Managed Care»



Regula Rička

Am 1. Mai 2004 erhöht sich die Zahl der Einwohnerinnen und Einwohner in der Europäischen Union (EU) um 75 Millionen Menschen. Mit den zehn neuen Ländern wächst die Bevölkerung der EU auf 450 Millionen Bürgerinnen und Bürger an. Die Teilung von Europa ist somit überwunden und macht der Perspektive eines Europa in politischer Stabilität und Wohlstand Platz.

Privat und beruflich freue ich mich an diesem historischen Friedensprojekt. In meinem tschechischen Freundeskreis begrüsst man die gesetzlichen Vereinfachungen, welche der EU-Beitritt zur Folge hat. Die Erwartungen und die Hoffnung auf eine nachhaltige politische Stabilität und wirtschaftliche Prosperität sind gross. Sie sind aber auch von Ängsten begleitet, zum Beispiel vor ökonomischem Druck, hohen Leistungsanforderungen sowie vor dem Abbau staatlicher Leistungen im Gesundheits- und Sozialwesen.

Um ein modernes Europa aufzubauen, fördert die EU Forschungs- und Integrationsprogramme. Ein europäisches Verständnis von Demokratie, Kultur, Wirtschaft, Umwelt

oder Gesundheit wird in europaweiten Expertennetzwerken mitentwickelt. Die Entwicklungen der öffentlichen Gesundheit (Public Health) sind das Thema, das ich beruflich verfolge.

Die EU fördert ein Programm «Öffentliche Gesundheit» und führt ein Gesundheitsforum. Rechtsgrundlage für das Programm ist der Artikel 152 Absatz 4 des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft. Das Programm umfasst verschiedene «Fördermassnahmen, die den Schutz und die Verbesserung der menschlichen Gesundheit zum Ziel haben, unter Ausschluss jeglicher Harmonisierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten». Das Aktionsprogramm im Bereich der öffentlichen Gesundheit ist für den Zeitraum von 2003 bis 2008 mit 312 Millionen Euro ausgestattet. 2004 sollen sich die operationellen Mittel in einem ausgewogenen Verhältnis auf die drei Hauptziele des Programms, Gesundheitsinformation, Gesundheitsgefahren und Gesundheitsfaktoren, verteilen.

Im Programm «Gesundheitsbezogene Lebensführung» soll die psychische Gesundheit der EU-Bevölkerung verbessert werden. Daten aus Studien der Weltgesundheitsorganisation, der Weltbank und der Universität Harvard über die globale Krankheitsbelastung zeigen, dass psychische Erkrankungen, einschliesslich Suizid, in der Rangliste der Krankheitsbelastungen an zweiter Stelle stehen. Die volkswirtschaftliche Belastung durch psychische Erkrankungen und deren nachteilige Folgen für die weltweite Produktivität sollen in der EU nicht mehr länger missachtet werden. Psychische Gesundheit wird als ein Zu-

stand erfolgreicher Leistung der mentalen Funktionen verstanden, der zu produktiven Aktivitäten und erfüllenden Beziehungen zu anderen Menschen führt und es erlaubt, sich Veränderungen anzupassen und Probleme zu bewältigen. Dieses umfassende Verständnis ermöglicht es den Ländern, gesundheitspolitisch auf die gesellschaftlichen Veränderungen zu reagieren.

Als Projektverantwortliche einer Nationalen Strategie Psychische Gesundheit engagiere ich mich für die internationale Netzwerkarbeit im Bereich der psychischen Gesundheit. Die Schweiz kann sich als WHO-Mitglied gut in diese Entwicklung einbringen und auch davon profitieren. Nutzen wir diese Chance!

**Regula Rička, PhD, mph,**  
Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerin;  
Mitglied des Redaktionellen Beirats der  
Zeitschrift «Managed Care»

## Thesen zur KVG-Revision aus Sicht der Schweizerischen Ärztenetzwerke, vertreten durch deren Dachverband *med-swiss.net*

**Vorbemerkungen:** Das ungebremste Wachstum der Ausgaben für das Gesundheitswesen in der Schweiz ist umso beunruhigender, als in der gleichen Zeit ein nur geringfügiges Wirtschaftswachstum zu verzeichnen ist und damit der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandsprodukt ein beängstigendes Mass angenommen hat. Die Ärztinnen und Ärzte, die in Netzwerken organisiert sind, leiten daraus die Erkenntnis ab, dass in Zukunft die ärztliche Tätigkeit nicht mehr ohne Rücksicht auf ökonomische Aspekte ausgeübt werden kann. Ebenso unbestritten ist für sie, dass das bisherige hohe Niveau der Versorgung unter den künftigen Reformen nicht leiden darf. Die Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit und des Ausgleichs zwischen Gesunden und Kranken dürfen nicht aufgegeben werden. Ökonomische Verantwortung übernehmen bedeutet für die Netzwerke, das vorhandene Potenzial an Rationalisierungsmöglichkeiten auszuschöpfen und die Effizienz im Dienste des Patienten zu steigern. Das Verweigern von medizinisch begründeten Leistungen kann hingegen nie Teil der ärztlichen Tätigkeit sein. Die Rationierung von Leistungen, sofern sie je nötig werden sollte, ist eine nicht delegierbare Aufgabe der Politik und der demokratisch gewählten Behörden. Es ist den Ärztinnen und Ärzten in den Netzwerken klar, dass der Erfolg einer Reform von vielen Einzelschritten abhängt, die nur im Verbund den vollen Nutzen bringen.

**These 1:** Die bisherige Politik zielte einseitig auf die Regulierung des Angebots durch die Einführung des Zulassungsstopps für Arztpraxen. Dies führt zwangsläufig zur Diskriminierung der Jungärzte und hätte bei Fortsetzung eine gefährliche Überalterung vor allem in den Grundversorgerpraxen zur Folge. Die Regulierung des Angebots über die Zulassung von Praxen ist diskriminierend und eines liberalen Staates unwürdig. Sie ist zum frühestmöglichen Zeitpunkt aufzuheben.

**These 2:** Die bisherige Regelung, dass mit der Praxisbewilligung automatisch das Recht auf Abrechnung zulasten der Sozialversicherung verbunden ist, hat in gewissen, vor allem städtischen Regionen zu einer hohen Konzentration von Praxen geführt. Dabei wird aber oft übersehen, dass andernorts, vor allem in der Grundversorgung, ein deutliches Unterangebot an medizinischen Leistungen besteht. Die Schweiz weist ein Ungleichgewicht der Verteilung sowohl in geografischer Hinsicht wie auch in Bezug auf das Verhältnis von Grundversorger- zu Spezialarztpraxen auf. Diesen Tendenzen soll in erster Linie durch marktwirtschaftliche Massnahmen entgegengetreten werden, zum Beispiel, indem die Attraktivität der Arbeit in der Grundversorgung gesteigert und Ärztenetzwerke gefördert werden. Von einer Aufhebung des Kontrahierungszwangs ist hingegen kaum eine regulierende Wirkung zu erwarten. Sie würde die Macht der Versicherer einseitig und auch zum Nachteil der Patienten anwachsen lassen.

**These 3:** Das bisherige Entschädigungssystem im Gesundheitswesen ist undurchsichtig und in vielen Bereichen durch Quersubventionierungen und Zweckentfremdung der Gelder geprägt. Eine verbesserte Kostenkontrolle verlangt zwingend auch mehr Transparenz der Finanzströme. Ein wichtiges Element zur Verbesserung der Transparenz ist der Übergang zur monistischen Finanzierung im stationären Sektor. Dieser sollte bereits im Rahmen des anstehenden Reformschritts angestrebt werden.

**These 4:** Die Pflege bei Krankheit ist Teil der umfassenden medizinischen Betreuung der Patienten. Sie muss deshalb im Rahmen der Grundversicherung abgegolten werden. Eine separate Versicherung birgt die Gefahr einer zusätzlichen, wenig transparenten Finanzierung mit entsprechenden Abgrenzungsschwierigkeiten. Eine ganzheitliche Betreuung im Sinne des Care-Managements würde dadurch behindert.

**These 5:** Der Versicherte, ob gesund oder als Patient, muss vermehrt in die Prozesse einbezogen werden und auch mehr Verantwortung übernehmen. Eine Erhöhung des Selbstbehaltes auf mindestens 20 Prozent und eine entsprechende Anpassung des Maximalbetrages ist sinnvoll und steigert das Interesse an einem massvollen Umgang mit Leistungen des Gesundheitswesens. Die Versicherer dürfen nur einen auf 20 Prozent erhöhten Selbstbehalt verrechnen, wenn sie den Patienten die Möglichkeit anbieten, sich in einem Ärztenetzwerk-Modell mit tieferem Selbstbehalt zu versichern.

**These 6:** Mit der Förderung von Ärztenetzwerken mit Budgetmitverantwortung steht die aus unserer Sicht innovativste Idee zur Diskussion. Die Budgetmitverantwortung soll das Interesse der Leistungsanbieter an den ökonomischen Implikationen ihrer Entscheide fördern. Es ist hingegen nicht die Meinung, dass die Netzwerke die Rolle der Versicherer übernehmen sollen. Netzwerke bringen doppelten Nutzen durch vermehrte Koordination und gezielte Steuerung der Prozesse. Der Patient profitiert von klaren Abläufen ohne Umwege, die Kostenträger von den durch Effizienzsteigerung erzielten Einsparungen. Wichtigste Massnahme, um die Attraktivität der Netzwerke zu steigern, ist die Senkung des Selbstbehaltes für Netzwerkversicherte. Davon profitieren vor allem die Patientinnen und Patienten, welche regelmässig Leistungen beanspruchen müssen. Bei ihnen besteht auch das grösste Potenzial zum verbesserten Einsatz der Mittel.

### Daraus ergeben sich folgende Forderungen:

1. Der Zulassungsstopp für Praxiseröffnungen ist auf den frühestmöglichen Zeitpunkt und ersatzlos aufzuheben.
2. Es sind Massnahmen zu ergreifen, welche die Attraktivität der Grundversorgerpraxen und der Ärztenetzwerke steigern. Auf eine generelle Aufhebung des Kontrahierungszwangs ist zu verzichten.
3. Die monistische Spitalfinanzierung ist mit der anstehenden Reform zu verwirklichen.
4. Die Finanzierung der Pflege bei Krankheit soll weiterhin über die Krankenversicherung erfolgen.
5. Der Selbstbehalt soll auf mindestens 20 Prozent angehoben werden, mit entsprechender massvoller Anhebung des Maximalbetrages.
6. Die Berechtigung, den Selbstbehalt auf 20 Prozent zu erhöhen, soll jenen Versicherern vorbehalten werden, welche Ärztenetzwerk-Versicherungsmodelle mit reduziertem Selbstbehalt anbieten.

Dr. med. M.-A. Fischer-Taeschler  
Präsident med-swiss.net



# «Qualität nachgewiesen und uns positioniert» –

## die Bedeutung des Equam-Zertifikats für das Ärztenetz PizolCare

**PizolCare hat als eines der ersten Ärztenetze die Equam-Zertifizierung erhalten.**

**Urs Keller, Geschäftsführer und Verwaltungsratspräsident der PizolCare AG, erklärt im Interview, dass die Zertifizierung nicht nur für die Versicherungen und die PatientInnen von Bedeutung ist, sondern dass sie auch im Netz einiges ausgelöst hat.**

**P**izolCare AG wurde am 26. November 2003 als erstes Ärztenetz nach dem Medix Ärzteverbund Equam-zertifiziert. Die Zertifizierung bezieht sich auf die Grundversorger des Netzes. Neben der Zertifizierung des Netzes war nötig, dass 80 Prozent der Grundversorger des Netzes ihre Praxis zertifizieren liessen. Kriterien für die Praxen beinhalten Aus- und Weiterbildungsstandards für Ärzte und Mitarbeiter, Fortbildungen, Dokumentation des Notfallszenarios und der Qualitätssicherungsmassnahmen und eine Patientenzufriedenheitsbefragung. Das Netz muss unter anderem einen Ombudsarzt bezeichnen, Massnahmen zur Patientensicherheit treffen (Umgang mit kritischen Vorkommnissen), Qualitätszirkel abhalten, Handlungsleitlinien erarbeiten, externe Leistungen kontrollieren

und Präventionskampagnen durchführen.<sup>1</sup>

«Managed Care» hat Urs Keller, Präsident des Verwaltungsrates und Geschäftsführer der PizolCare AG, befragt, welche Schwierigkeiten bei der Zertifizierung zu meistern waren und was die Zertifizierung für das Netz, für die einzelnen Praxen und für die PatientInnen bedeutet.

*Managed Care: Was haben Sie sich von diesem Zertifikat versprochen?*

**Urs Keller:** Einen Marktvorteil. Einerseits wenn es darum geht, kontrahiert zu werden. Ob der Kontrahierungszwang fallen wird oder nicht, war nicht klar, als wir uns zur Zertifizierung entschlossen haben. Andererseits haben wir im Fürstentum Liechtenstein in der unmittelbaren Nachbarschaft viele Ärzte aus dem EWR-Raum, die eine neue Praxis eröffnet haben. Dies war für uns ein Vorzeichen, was passieren könnte, wenn die Personenfreizügigkeit Tatsache wird oder auch sonst die Ärztezahle steigt.

*MC: Was haben Sie erreicht, obwohl der Kontrahierungszwang (noch) nicht gefallen ist?*

**Keller:** Wir haben unsere Qualität nachgewiesen. Wir konnten uns positionieren als ein Ärztenetz, das zusammenarbeitet, das fähig ist, ein gemeinsames Ziel zu erreichen. Dabei haben wir ein besseres Zusammengehörigkeitsgefühl entwickelt. Uns selber hat es bestätigt, dass das, was wir machen, gut ist. Gute Qualität in der Arbeit für die Patienten zu leisten, macht zudem zufrieden.

*MC: Dies sind einige interne Effekte.*

**Keller:** Wir müssen auch selber etwas vom Zertifikat haben. So besteht für die Ärzte als Kleinunternehmer einen Anreiz, das Zertifikat anzugehen. Bevor die KVG-Revision abgelehnt worden ist, hätten wir gesagt, das Externe sei wichtiger. Jetzt sind uns die internen und externen Effekte gleich wichtig.

*MC: Welche Vorteile bringt jetzt diese Zertifizierung ganz konkret für die einzelne Praxis?*

**Keller:** In der einzelnen Praxis kann das Zertifikat im Wartezimmer aufgehängt werden und der Arzt oder die Ärztin kann den Patienten zeigen, dass er oder sie diese Qualitätsrichtlinien erfüllt. Dies ist nicht zu unterschätzen. Unser Patientenbeirat sagte, dass Labels und Auszeichnungen für die Patienten wichtig seien. Und dies sagen uns auch die Patienten.

*MC: Denken Sie, dass sich dies direkt in den Patientenzahlen ausdrücken wird?*

**Keller:** Nein, dies ist auch gar nicht das Ziel. Wir alle haben grundsätzlich eher zu viel zu tun.

*MC: Ist dies ein Grund dafür, weshalb nicht alle Ärzte bei der Zertifizierung mitgemacht haben?*

**Keller:** Dafür gibt es ganz verschiedene Gründe. Die einen haben aus grundsätzlichen Überlegungen nicht mitmachen wollen – darunter sind auch solche Ärzte, von denen wir wissen, dass sie die Kriterien erfüllen würden –, sie wollen die Zertifizie-

<sup>1</sup> Die Kriterien für die Zertifizierung von Ärztenetzen können auf der Website [www.equam.ch](http://www.equam.ch) eingesehen werden.



Urs Keller (50) arbeitet seit 1985 in seiner eigenen Praxis als Grundversorger (FMH Allgemeine Medizin) in Wangs. Er ist zudem als Schularzt in Wangs und an der Kantonsschule Sargans tätig und dort auch Lehrbeauftragter für Gesundheitslehre. Standespolitisch hatte er sich im Ärzteverein Werdenberg-Sargans engagiert, bevor er 2000 das Amt als Verwaltungsratspräsident der PizolCare AG übernahm. Keller ist zugleich als Geschäftsführer der PizolCare zu 20 Prozent angestellt. Keller ist verheiratet und Vater von vier Kindern. In seiner Freizeit sammelt er Briefmarken, fährt gerne Ski, macht Fitness und spielt Klavier.

rungsstellen nicht unterstützen, sie wollen keinen vorausseilenden Gehorsam leisten, sie sind gegen mehr Bürokratie.

Andere Ärzte sagen, sie hätten die Patientenzufriedenheitsbefragung nicht nötig. Dazu muss angemerkt werden, dass bei der Gründung von PizolCare jeder und jede aus dem Ärzteverein Werdenberg-Sargans eine Aktie zeichnen durfte und somit Mitglied wurde. PizolCare ist aus der Basis entstanden, im Gegensatz zu fast allen anderen Ärztenetzen, bei denen hoch motivierte Ärzte das Netz gegründet haben und weitere sehr interessierte Personen um sich scharen konnten. Bei uns war es umgekehrt. Es wurde uns zum Teil auch vorgeworfen, dass wir ein Jekami-Club seien. Wir haben keine volle Strukturbereinigung durchgeführt. Es gibt Aktionäre, die nicht mit allem einverstanden sind, was der Verwaltungsrat beschliesst.

**MC:** *Aber die Mitglieder unterschreiben doch zum Beispiel, dass sie die Patienten zur Zufriedenheit befragen werden?*

**Keller:** Ja, die neuen Mitglieder schon. Wer aber die Aktie bei der Gründung zeichnete, bei dem war das nicht so. Instrumente wie die Equam-Zertifizierung zeigen uns so auch, welche Mitglieder mittelfristig weiterhin dabei sein werden.

Ein weiterer Vorteil der Equam-Zertifizierung ist, dass das Netz und der einzelne Arzt eher zu einem Anschlussvertrag kommen. Ganz konkret ist der neue Anschlussvertrag mit der Helsana, der jetzt dann unterzeichnet wird, nicht zuletzt deswegen zustande gekommen, weil das Netz Equam-zertifiziert ist. Und es ist eine Abmachung, dass wir die neuen Verträge, auch derjenige mit der Swica, nur den Equam-zertifizierten ÄrztInnen anbieten werden. Die anderen werden einzeln bei den Versicherungen nachsuchen und sich erklären müssen. Und die Versicherung kann sagen, dass sie nur mit den Zertifizierten Managed-Care-Verträge abschliessen möchte.

**MC:** *Ist bei den Kriterien für die einzelne Praxis vor allem die Patientenbefragung die Hürde?*

**Keller:** Im Prinzip ja. Aber zudem «verstehen» einige Mitglieder nicht, wieso sie das Notfallszenario auf das Papier bringen, ihre Fortbildung dokumentieren und ihr Diplom in den Zertifizierungsordner legen müssen. Der Papiertiger schreckt ab. Denn die Zertifizierung heisst vor allem auch Papier ausfüllen; dies ist nicht nur bei uns so, sondern auch in der Industrie, zum Beispiel bei Betonlieferanten.

**MC:** *Hat der Patient spezielle Vorteile von der Zertifizierung?*

**Keller:** Ich denke schon, eine «Grundqualität» ist ihm damit sicher garantiert. Der Patient realisiert aber nicht, was die Zertifizierung genau bedeutet. Für den Patienten ist es wichtig, dass er gut behandelt und falls nötig an einen guten Spezialisten überwiesen wird. Der Vertrauensarzt, wie wir den Gatekeeper nennen, kann auch ein Spezialist sein. Bei einer Frau, die viele gynäkologische

Probleme hat, ist es nahe liegend, dass der Vertrauensarzt oder Gatekeeper ein Gynäkologe oder eine Gynäkologin ist. Für den Patienten mit Schuppenflechte kann der Vertrauensarzt der Dermatologe sein. Wir sind nicht auf einen Grundversorger fixiert.

**MC:** *Was waren die Nachteile für das Netz, dieses Zertifikat zu erlangen?*

**Keller:** Neben dem schriftlichen Aufwand waren am Anfang die Kosten ein Problem. Die Zertifizierung ist sehr teuer und wir konnten sie nicht bezahlen. Aus diesem Grund haben wir die Equam-Stiftung gebeten, sie soll nochmals über die Kosten nachdenken. Die Equam-Stiftung hat dann Sponsoren gefunden, welche einen Teil der angefallenen Kosten von Equam übernommen haben. Die Kosten von Equam waren betriebswirtschaftlich errechnet worden – es wird günstiger werden, wenn sich mehr Netze zertifizieren lassen.

**MC:** *Hat es Nachteile gegeben, mit denen Sie gar nicht gerechnet haben?*

**Keller:** Ja, unsere Netz-eigenen Spezialisten waren unzufrieden. Im «Sarganserländer» wurden die 28 zertifizierten Grundversorger auf der Titelseite namentlich publiziert, obwohl wir an der Medienkonferenz die Namen bewusst nicht genannt haben, sie standen aber auf der Website von Equam geschrieben. Die Spezialisten sind nicht dabei, weil es für sie noch gar kein Zertifikat gibt. Die Patienten schauten aber nur, ob ihr Arzt auf der Liste war, und wenn nicht, haben sie ihn darauf angesprochen, wieso er nicht zertifiziert sei. Dies zeigt, wie stark die Zertifizierung beachtet wird. Wir mussten deshalb diesen Sachverhalt im «Sarganserländer» nochmals klar stellen. Übrigens brachte auch das Lokalfernsehen einen Beitrag zur Zertifizierung.

**MC:** *Gab es auch Reaktionen von Ärzten, die nicht im Netz sind?*

**Keller:** Direkte Reaktionen nicht, aber ich habe den Eindruck, dass Nicht-Mitglieder zum Teil auf Distanz gehen. Wenn sich ein Netz mit einer Zertifizierung abgrenzt,

so schafft es sich nicht nur Freunde. Es sind Gräben entstanden, die wir nicht wollten. Wir haben nun einen Graben zwischen denen, die nicht bei PizolCare sind und den Mitgliedern. Zudem haben wir einen zwi-

schen den zertifizierten und den nicht zertifizierten Mitgliedern.

**MC: Was passiert mit den Ärzten im Netz, die sich nicht zertifizieren lassen?**

**Keller:** Wir werden mit diesen Mitgliedern das Gespräch suchen, sie müssen sich dazu äussern, wie sie in Zukunft ihre Mitarbeit im Netz sehen. Wir hoffen, dass die Nicht-Zertifizierten merken, dass das Zertifikat eine gute Sache ist, welche Erfolg hat und dass der Aufwand dafür nicht so gross ist. Die andern werden mit der Zeit wohl gar nicht mehr mitmachen wollen.

**MC: Was war die grösste Schwierigkeit, um das Zertifikat zu erhalten?**

**Keller:** Die Kollegen zu überzeugen, dass die Zertifizierung keine schlechte Sache und keine Hexerei ist. Und dass sich der Aufwand in Grenzen hält. Denn die Managed-Care-Verträge verpflichten uns sowieso schon zu Fortbildung, MitarbeiterInnen-Fortbildung, Qualitätszirkel und so weiter, wir brauchten es nur noch zu dokumentieren.

Erleichtert hat es uns die Tatsache, dass wir in Form einer Aktiengesellschaft organisiert sind. Der Verwaltungsrat hat beschlossen, die Zertifizierung anzustreben, und er hat den Mitgliedern angeboten, mitzumachen. Ein Grossteil stieg darauf ein. Es war kein basisdemokratischer Entscheid, diese Diskussionen reiben nur auf.

**MC: Und wie geht es weiter?**

**Keller:** Die Zertifizierung ist keine einmalige Geschichte, wir streben die Rezertifizierung in drei Jahren an. Wir müssen die Kriterien weiterhin erfüllen, wir werden mit den Projekten weiterfahren: Als nächstes ist ein Schmerzprojekt geplant, das wir zusammen mit der Physiotherapie, der Spitex und den Altersheimen machen wollen, und später ist eins zu Diabetes mellitus vorgesehen. Daraus werden weitere Lernschlaufen entstehen. ■

**Interview:**  
**Brigitte Casanova**

Redaktion «Managed Care»

### Ärztinnenetz PizolCare

Die PizolCare AG ist ein Zusammenschluss von Hausärzten, Spezialärzten mit eigener Praxis und Spitalärzten aus den Regionen Sarganserland und Werdenberg zu einem Netzwerk. Die 92 ÄrztInnen aus dem Ärzteverein Werdenberg-Sargans haben im Jahr 2000 zusammengefunden, um den «gesundheitspolitischen Herausforderungen» entgegenzutreten. Die Mitglieder sind als Aktionäre eingebunden. Sie haben sich das Ziel gesetzt, das Gesundheitsumfeld ihrer Region aktiv zu gestalten und damit auch ihre Berufszufriedenheit zu erhalten. Die Mitglieder verpflichten sich unter anderem dazu, die Qualitätszirkel zu besuchen, die Daten an PizolCare zu liefern und eine Patientenbefragung durchzuführen. PizolCare führt auch Präventionskampagnen durch, zum Beispiel zu den Themen Impfen oder Herzgesundheit.

# Neugierig?

## Rosenfluh Media AG

Schaffhauserstrasse 13  
8212 Neuhausen am Rheinfall  
Telefon 052-675 50 50  
Fax 052-675 50 51  
E-Mail: romed@rosenfluh.ch



Ars Medici

GYNÄKOLOGIE

PSYCHIATRIE

managed care

[medicos]

Sprechstunde

(phytotherapie)

MEDICAL JOURNAL

Schweizer Zeitschrift für Ernährungsmethoden

Lists & Guides

Schweizer Zeitschrift für Onkologie

# Non-Compliance: Merkmale, Kosten und Konsequenzen

**Non-Compliance verursacht hohe Kosten. Verschiedene Merkmale des Patienten, des Arztes und der Behandlung führen zu schlechter Compliance. Verbessert werden kann sie durch eine veränderte Arzt-Patienten-Beziehung und durch Patientenschulung, welche ein wirksames Selbstmanagement ermöglicht.**

**Franz Petermann<sup>1</sup>**

Aus Non-Compliance resultieren heute in der Bundesrepublik Deutschland vermutlich 15 bis 20 Milliarden Euro Kosten, also ungefähr 10 Prozent der Ausgaben im Gesundheitswesen. Seit gut fünf Jahren wird die Frage diskutiert, ob mit eigenverantwortlichen, hochmotivierten Patienten diese Kosten gesenkt werden können. Eine bessere Compliance stellt eine Wirtschaftlichkeitsreserve des Gesundheitswesens dar. Bedeutend ist die Compliance insbesondere bei der Langzeitbehandlung chronisch Kranker.

## Non-Compliance: Ausmass

Das Ausmass der Non-Compliance ist schwer zu quantifizieren. Die Angaben hierzu schwanken je nach Definition, Messmethode, Krankheitsgruppe und Beobachtungszeit-

raum. In Anlehnung an Volmer und Kielhorn [1998] lassen sich aber doch einige Angaben machen (vergleiche *Tabelle 1*).

Hierbei ist gut belegt, dass die Compliance besonders stark abnimmt, wenn sich die Symptome bessern, die Therapie sehr lange dauert, die Anzahl der Medikamente zunimmt (Multimorbidität<sup>2</sup> vorliegt) und wenn unerwünschte Nebenwirkungen auftreten. Je einfacher die (medikamentöse) Behandlung, je persönlicher die ärztliche Betreuung und je deutlicher der Effekt der Behandlung, desto besser die Compliance. Bei der Asthmatherapie beispielsweise verbesserte sich die Compliance entscheidend, wenn man die Häufigkeit der Applikationen (Medikamente, Inhalationen) von vier auf drei senkte und vor allem, wenn die Medikamenteneinnahme oder zum Beispiel die Inhalation um die Mittagszeit entfiel. Compliance wird jedoch nicht beeinflusst durch den sozioökonomischen Status, das Bildungsniveau und die Intelligenz des Patienten, den Schweregrad und die Dauer der Erkrankung, die Anzahl der Symptome und auch nicht durch Rezidive.

## Non-Compliance: Kosten

Ein weiterer wichtiger Aspekt sind die Kosten, die aus der Non-Compliance resultieren. Eine Übersicht von Volmer und Kielhorn [1998; siehe *Tabelle 2*] zeigt, dass diese Kosten aus folgenden Komponenten resultieren:

- Kosten vermeidbarer Krankenhausaufenthalte
- Kosten vermeidbarer Pflegeleistungen
- Kosten zusätzlicher Arztbesuche



Franz Petermann

- Kosten von Notfalleinweisungen
- Kosten nicht eingenommener Medikamente
- andere direkte Kosten
- indirekte Kosten (vergleiche *Tabelle 2*).

Neben den direkten Krankheitskosten sind auch die indirekten Kosten von Belang, die gemäss internationalen Analysen in ähnlicher Höhe anzusetzen sind wie die direkten Kosten. Die indirekten Kosten resultieren unter anderem aus dem Verlust an Produktivität beziehungsweise an Arbeitseinkommen und aus den Kosten von krankheitsbedingten Fehlzeiten (zum Beispiel Krankenhausaufenthalte).

Die Kosten werden durch das Patientenverhalten oder die unzureichende ärztliche «Betreuungskompetenz» verursacht. Unangemessenes Patientenverhalten resultiert auch und vor allem aus emotionalen Bar-

<sup>1</sup> Der vorliegende Artikel basiert auf einem Referat, das der Autor am 1. Medvantis Forum für Gesundheitsmanagement am 20. Februar 2004 in Bern gehalten hat.

<sup>2</sup> Multimorbidität: Der Patient leidet an mehreren Krankheiten.

Tabelle 1:

**Non-Compliance-Raten nach Volmer und Kielhorn (1998)**

Krankheit/Krankheitsgruppe	Non-Compliance-Rate
Asthma	20%
Diabetes	40–50%
Epilepsie	30–50%
Hypertonie	50%
Osteoporose	55–70%
Rheuma	> 50%

rieren im Kontext der Bewältigung einer chronischen Krankheit.

**Selbstmanagement und Compliance**

Das Problem der Non-Compliance ist nur lösbar, wenn die Beziehung zwischen Ärzten und Patienten verändert wird, indem man die Verantwortung für die Behandlung neu aufteilt. Im Hintergrund steht dabei

«Eine bessere Compliance stellt eine Wirtschaftlichkeitsreserve des Gesundheitswesens dar.»

die Annahme, dass das Krankheitsmanagement aktiv vom Patienten gestaltet werden muss. Dies bedeutet, dass gemeinsam mit dem Arzt Behandlungsziele und konkrete Massnahmen festgelegt werden, die einen optimalen Gesundheitszustand langfristig gewährleisten. Der Selbstmanagement-Ansatz stellt damit ein explizit patientenorientiertes Vorgehen dar [Petermann, 1998], wobei

der Expertenstatus des Arztes erhalten bleibt.

Eine Vielzahl von Merkmalen bestimmt darüber, ob Patienten-Compliance vorliegt oder ob sie reduziert ist. Die Abbildung gibt eine Übersicht über Bedeutungsfacetten des Compliance-Begriffes und zugleich erste Hinweise, durch welche Merkmale (Ursachen) die Compliance begünstigt oder verhindert werden kann.

Vor allem durch Patienten- und Arztmerkmale sowie durch Charakteristika der Behandlung (insbesondere Medikamentenmerkmale) lässt sich die Compliance beschreiben.

Am Beispiel des Asthmas lässt sich zeigen, wann die Compliance besonders schlecht ist:

**Patientenmerkmale**

- Gleichgültigkeit und mangelnde Krankheitseinsicht
- schlechte Erfahrungen mit vorherigen Behandlungen
- geringe Erwartungen an den Behandlungserfolg
- sehr hohe oder sehr niedrige Ängstlichkeit
- Unterschätzung des Schweregrades der Erkrankung

- geringe Fähigkeit zur Interozeption<sup>3</sup>
- Erleben starker Nebenwirkungen.

**Arztmerkmale**

- unvollständige oder unangemessene Patientenaufklärung
- fehlerhafte Verschreibung von Medikamenten beziehungsweise falsche Dosierung
- schlechte Kommunikation: wenig Verständnis und Zeit für den Patienten.

**Medikamentenmerkmale**

- unangenehmer Geschmack
- Nebenwirkungen (zum Beispiel Probleme bei Kortisonangst)
- unmittelbare oder verzögerte Wirkung
- zu hohe Behandlungsanforderungen (Inhalation, mehrmalige Anwendung pro Tag).

Folgende Merkmale der Arzt-Patienten-Beziehung fördern die Compliance:

- Interessiertheit, Offenheit, Zugänglichkeit und Freundlichkeit des Arztes
- akzeptierende, wertschätzende und respektvolle Grundhaltung gegenüber dem Patienten
- aktive Einbeziehung des Patienten in die Therapieplanung
- dialogische Kommunikation mit dem Patienten statt Vorschriften
- Eingehen auf die persönlichen Erwartungen des Patienten
- intensive, aufmerksame und kontinuierliche Betreuung des Patienten
- persönliches Vertrauensverhältnis statt Expertenattitüden.

<sup>3</sup> Interozeption: Wahrnehmung von körperlichen Reaktionen am eigenen Körper.

Tabelle 2:

**Kosten der Non-Compliance nach Volmer und Kielhorn (1998)**

Direkte Kosten	Indirekte Kosten	Intangible Kosten
Krankenhauseinweisungen	Verlust an Produktivität	Verlust an Lebensqualität
zusätzliche Arzt- und Apothekenbesuche	Verlust an Arbeitseinkommen	Verlust an Patientenzufriedenheit
Notfallaufnahmen	Vorzeitige Todesfälle	Verlust an Vertrauen in medizinische Behandlung
Therapiewechsel, weggeworfene Medikamente etc.		

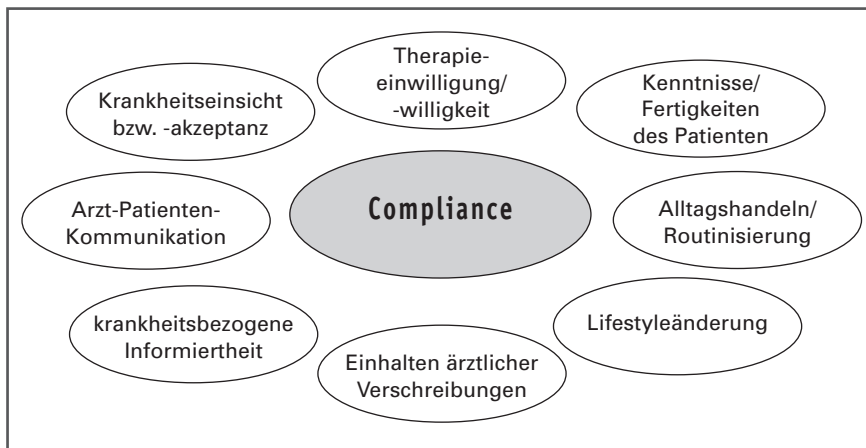


Abbildung: Bedeutungsfacetten und Bedingungen der Compliance

Im Blickpunkt sollte zukünftig der aufgeklärte und geschulte Patient stehen, der die Unterstützung des Experten aktiv sucht und die Rückmeldung des Arztes differenziert im Alltag umsetzt. Wichtig ist auch, dass der Arzt den Patienten vor «Fehlern» schützt. So überschätzen sich geschulte Patienten häufig und führen ein risikohaftes Selbstmanagement durch. Aus einer sol-

**«Dreh- und Angelpunkt aller Compliance-Probleme scheint die Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung zu sein.»**

chen Selbstüberschätzung treten bei Diabetikern gehäuft Hypoglykämien<sup>4</sup> oder beim Asthmapatienten Atemnot (Anfälle) auf. Geschulte Patienten, die sich in der beschriebenen Weise überschätzen, bagatellisieren häufig ihre chronische Krankheit und erzeugen auf diese Weise ein neues Compliance-Problem.

### Perspektiven

Dreh- und Angelpunkt aller Compliance-Probleme scheint die Gestal-

tung der Arzt-Patient-Beziehung zu sein. So ist es für ein optimales Krankheitsmanagement nötig, dem chronisch Kranken schrittweise Verantwortung zu übertragen – nachdem er vom Experten angeleitet und geschult wurde, mit seiner Krankheit umzugehen. Indem der Patient schrittweise eigenverantwortlicher mit seiner Erkrankung umgehen kann, erfährt er immer grössere Kompetenzen.

Die Compliance muss im Arzt-Patient-Kontakt immer wieder hergestellt werden, deshalb ist es nötig, psychologisch fundierte und praxiserprobte Leitlinien für die ärztliche Patientenbetreuung zu entwickeln (Disease-Management-Programme). Auch bei einer evidenzbasierten und wirksamen Therapie kann es im Alltagsmanagement des Patienten Probleme geben, die vom Arzt zu erfragen sind. Kontinuierliche ärztliche Betreuung bedeutet, dem Patienten eindeutige und klare Rückmeldungen über Schwierigkeiten und Fortschritte der Behandlung zu geben. ■

**Autor:**

**Prof. Dr. phil. Franz Petermann**  
Zentrum für Klinische Psychologie  
und Rehabilitation  
Universität Bremen  
Grazerstrasse 6  
D-28359 Bremen  
E-Mail: fpeterm@uni-bremen.de

Kasten:

### Was versteht man unter Compliance?

Häufig wird der Begriff «Compliance» mit der Befolgung von Therapievereinbarungen und ärztlichen Vorschriften gleichgesetzt. Der Experte (der Arzt) ordnet an, und der Patient «gehört». Diese Sichtweise unterstellt, dass die Krankheitsdefinitionen des Arztes eindeutig und seine Verordnungen unstrittig sind. Eine solche Form des Patientengehorsams wird der Aufgabe nicht gerecht, eine hinreichende Patientenmotivation aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Soll eine chronische Krankheit erfolgreich behandelt werden, so ist es erforderlich, dass sich der Patient am Krankheitsmanagement aktiv und möglichst selbstständig beteiligt.

Unter Compliance wird das Ausmass verstanden, in dem das Verhalten einer Person hinsichtlich der Einnahme eines Medikamentes, des Befolgens einer Diät oder der Veränderung eines Lebensstils mit dem ärztlichen oder gesundheitlichen Rat korrespondiert. Die Compliance macht auch eine Aussage über die Qualität von Disease-Management-Programmen (DMP). Disease Management bedeutet expertengeleitetes Selbstmanagement im Kontext der Bewältigung einer chronischen Krankheit.

Compliance ist kein stabiles Persönlichkeitsmerkmal des Patienten, sondern ein komplexes, dynamisches und situationsabhängiges Phänomen, das sich während des Behandlungsverlaufs unterschiedlich äussern kann. Die meisten Menschen tendieren zu einer mittleren Compliance, die sich zwischen 30 und 70 Prozent eingehaltener ärztlicher Vorgaben bewegt.

Literaturhinweise:

Petermann, F. (Hrsg.) (1998). Compliance und Selbstmanagement. Göttingen: Hogrefe.

Petermann, F. & Mühlh, S. (1998). Grundlagen und Möglichkeiten der Compliance-Verbesserung. In: F. Petermann (Hrsg.). Compliance und Selbstmanagement (S. 73–102). Göttingen: Hogrefe.

Volmer, T. & Kielhorn, A. (1998). Compliance und Gesundheitsökonomie. In: F. Petermann (Hrsg.). Compliance und Selbstmanagement (S. 45–72). Göttingen: Hogrefe.

<sup>4</sup> Hypoglykämie: Unterzuckerung



# managed care

«Managed Care – Schweizer Zeitschrift für Managed Care, Public Health, Gesundheits- und Sozialökonomie»

«Managed Care» setzt sich vertieft mit der Gestaltung des schweizerischen Gesundheitswesens auseinander – interdisziplinär, zukunftsgerichtet, unabhängig.

Achtmal jährlich berichten und diskutieren wir anhand eines Schwerpunkt-Themas über Bestrebungen zur Verbesserung des Gesundheitswesens und lassen die verschiedenen Akteure zu Wort kommen.



## Bitte ausschneiden und einsenden oder faxen an:

Rosenfluh Publikationen AG, Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen, Fax 052-675 50 61.

## Abonnements-Bestelltalon

Ja, ich will über das Managed-Care-Geschehen informiert sein und abonniere die Zeitschrift:

- |   |             |
|---|-------------|
| ■ ... Ex. Jahresabonnement Schweiz          | sFr. 90.-*  |
| ■ ... Ex. Jahresabonnement Europa           | sFr. 135.-* |
| ■ ... Ex. Jahresabonnement übriges Ausland  | sFr. 165.-* |
| ■ ... Ex. Schnupper-Abonnement (3 Ausgaben) | sFr. 40.-*  |

## Einzelnummer-Bestelltalon

Einzelne Schwerpunkt-Nummern sind noch erhältlich.

Ja, ich bestelle:

- |   |                  |             |
|---|------------------|-------------|
| ■ ... Ex. «Messungen in der Pflege»   | Ausgabe 3/2002   | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Prozessinnovationen im schweiz. Gesundheitswesen»                      | Ausgabe 4+5/2002 | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Medien und Managed Care»   | Ausgabe 6/2002   | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Managed Care in der spitalexternen Pflege und Betreuung»               | Ausgabe 7/2002   | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Integrierte Versorgung als Gütesiegel»                                 | Ausgabe 1/2003   | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Managed Care und die letzten Lebenstage»                               | Ausgabe 2/2003   | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Interkulturalität im Gesundheitswesen»                                 | Ausgabe 3/2003   | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Arzt und Management»   | Ausgabe 4/2003   | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Soziale Unterschiede und Gesundheit»                                   | Ausgabe 5/2003   | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Pflege und Ökonomie»   | Ausgabe 6/2003   | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Der vergessene Patient – die vergessene Kraft»                         | Ausgabe 7/2003   | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Medizinisches und betriebswirtschaftliches Controlling zusammenführen» | Ausgabe 8/2003   | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Schnittstellenmanagement»  | Ausgabe 1/2004   | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Betreuungsmanagement bei Querschnittlähmung»                           | Ausgabe 2/2004   | sFr. 15.-** |
| ■ ... Ex. «Angehörigenpflege»   | Ausgabe 3/2004   | sFr. 15.-** |

\* inkl. Porto, zzgl. MwSt.

\*\* Lieferung solange Vorrat, zzgl. Porto, zzgl. MwSt.

Lieferadresse:

Firma:

Vorname/Name:

Strasse, Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon/Fax:

Rechnungsadresse:

Firma:

Vorname/Name:

Strasse, Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon/Fax:

Datum/Unterschrift:

## «Qualität kostet und spart»

**Das 6. Novartis-Forum für Gesundheitsökonomie widmete sich dem Thema Qualitäts- und Outcome-Messungen. Qualität und Kosten wurden eng verknüpft betrachtet. Längerfristige Kosteneinsparungen sind insbesondere beim Qualitätsproblem der Unterversorgung evident.**

«Jede echte Qualität ist eigentlich verborgen», und sie sei «ein Aspekt der Sinne»; mit philosophischen Zitaten begrüßte Markus Dürr, Vorsteher des Gesundheits- und Sozialdepartements Luzern, die Teilnehmenden am 6. Novartis-Forum für Gesundheitsökonomie. Die Veranstaltung stand unter dem Titel «Von der messbaren Qualität zur Outcome-Messung». Messbar, so Dürr, seien vor allem Quantitäten, Qualität sei weit schwieriger zu handhaben, vielleicht sei messbare Qualität gar ein Widerspruch. Die Referenten gaben anschliessend ihr Bestes, zu zeigen, dass Qualität trotzdem messbar ist. Einig waren sie sich, dass Qualität in komplexen Systemen nicht einfach festzustellen sei, wie es Beat Kuenzi von Swisspep ausdrückte. Das Forum fand am 26. November 2003 in Bern statt.

### Qualität messen

Zwei aus der Vortragsreihe herausgegriffene Beispiele zeigen, wie unterschiedlich Qualität und Outcome wahrgenommen und gemessen werden können:

Kurt Kaspar, Präsident des Verwaltungsrats der argomed Ärzte AG und Hansjörg Beer, Chefarzt des Kantonsospitals Baden, stellten das Hirn-schlag-Programm im Aargau vor. Mit dem Stroke-Outcome-Projekt erreichten sie, dass sechs Monate nach einem Hirnschlag wesentlich mehr Betroffene wieder zu Hause leben

konnten als im schweizerischen Durchschnitt; zudem waren zu diesem Zeitpunkt auch weniger PatientInnen verstorben.

Eine anderes Vorgehen hat Beat Kuenzi von Swisspep, dem Institut für Qualität und Forschung im Gesundheitswesen, präsentiert. Er stellte in

Zeichen, dass mit der Qualität etwas nicht stimme.

### Sehen im Alter

Ein Aspekt in der Diskussion um Qualität, der gerne vergessen geht, ist die Unterversorgung. Diese ist sekundär verantwortlich für hohe



Markus Dürr, Vorsteher des Gesundheits- und Sozialdepartements Luzern



Hansjörg Beer, Chefarzt Kantonsspital Baden



Beat Kuenzi, Swisspep, Institut für Qualität und Forschung im Gesundheitswesen

seinem Referat «Fakten zur ärztlichen (Un-) Zufriedenheit und Betreuungsqualität» die Untersuchungen des Instituts zur Hausarztqualität vor. Die Outcome-Messungen von Swisspep werden durch Patienten-, Arzt- und Praxisbefragung vorgenommen. Der Outcome «Hausarzt-Qualität» messe sich an der «Betreut-heit», dem Empowerment, der Einbeziehung, der Autonomie und der Mitarbeit der PatientInnen. Ärzte, welche die Patientenautonomie förderten und die PatientInnen in Entscheide einbezogen, hätten PatientInnen, die motivierter zur Selbstsorge seien, eine bessere Compliance zeigten und somit eine bessere Gesundheit erreichten. Ein interessanter Zusammenhang ergab sich aus der Zufriedenheit der ÄrztInnen und Burnout-Zeichen: Unzufriedene ÄrztInnen können als Frühwarnung für das System gelten; es sei ein

Folgekosten, obwohl auf den ersten Blick Kosten gespart werden. Michael Peltenburg vom Horten-Zentrum Zürich hat anhand des Projekts «Sehen im Alter» aufgezeigt, wieviel die Unterversorgung kostet und wie sie bekämpft werden kann. Die Hausärzte spielen dabei eine massgebliche Rolle.

Das Projekt «Sehen im Alter» zur Qualitätsentwicklung wurde vom Horten-Zentrum initiiert, in Zusammenarbeit mit Med-Swiss.Net und Novartis. Ziel ist es, ältere PatientInnen in der Hausarztpraxis besser zu betreuen, um eine Sehbehinderung zu verhindern.

Im Jahr 2000 waren 15 Prozent der EinwohnerInnen der Schweiz über 65 Jahre alt, davon waren 140'000 stark sehbehindert. Die geschätzten Folgekosten von sogenannter «low vision» bewegen sich zwischen 380



Michael Peltenburg,  
Horten Zentrum, Univer-  
sitätsspital Zürich



Fritz Britt, Leiter der  
Abteilung Kranken- und  
Unfallversicherung  
des Bundesamts für Ge-  
sundheit

Millionen und 1,3 Milliarden Franken. Im Jahre 2030 werden über 23 Prozent der EinwohnerInnen der Schweiz über 65 sein. Dieser Anstieg wird sich auch auf die Folgekosten von Sehbehinderungen auswirken.

Die meisten Sehschwächen im Alter können behandelt werden. Darunter fallen die diabetische Retinopathie<sup>1</sup>, der Katarakt<sup>2</sup> und das Glaukom<sup>3</sup> als häufigste Erblindungsursache in den Industrieländern. Bei den über 65-Jährigen kommen Diabetes mellitus<sup>4</sup> und das Glaukom oft vor. Es wird geschätzt, dass bei einem Drittel der über 65-Jährigen ein Bedarf für eine augenärztliche Behandlung besteht. Dies sind in der Schweiz 360 000 SeniorInnen. Ab dem 65. Altersjahr werden augenärztliche Untersuchungen in zwei- bis fünfjährlichen Abständen empfohlen. Die Umfrage in der Studie hat jedoch ergeben, dass 30 Prozent der über 65-Jährigen in den letzten 10 Jahren nicht beim Augenarzt waren, und dass 22 Prozent sich noch gar nie augenärztlich untersuchen liess. Bei 32 Prozent der über 65-Jährigen lag die letzte Untersuchung mehr als drei Jahre zurück. Ein Viertel der PatientInnen geht bei Augenproblemen zuerst zum Hausarzt. Dieser glaubt, wie die Umfrage ebenfalls gezeigt hat, dass die PatientInnen von sich aus zum Augenarzt gehen würden.

1 Retinopathie: Netzhauterkrankung als Spätfolge des Diabetes

2 Katarakt: Trübung der Augenlinse, sogenannt grauer Star

3 Glaukom: grüner Star

4 Diabetes mellitus: Alterdiabetes

## Unterversorgung beheben

Die ideale Rolle des Hausarztes sieht gemäss Peltenburg folgendermassen aus: Er soll seine PatientInnen auf augenärztliche Kontrollen ansprechen, Glaukom-RisikopatientInnen und DiabetikerInnen überweisen und bei symptomatischen PatientInnen selber einfache Untersuchungen durchführen. Die SeniorInnen sollen für die erste Lesebrille zum Augenarzt gehen, und ab 65 Jahren regelmässige augenärztliche Routinekontrollen machen lassen, auch

wenn sie beschwerdefrei sind (in der Regel alle zwei bis drei Jahre). Die geschätzten Kosten für diese Screenings belaufen sich auf 36 Millionen Franken. Die Folgekosten für ein stark eingeschränktes Sehvermögen oder für eine Erblindung werden auf direkt 220 bis 750 Millionen geschätzt, die indirekten Kosten auf 160 bis 550 Millionen. Die Unterversorgung kommt

«Die Unterversorgung kommt uns also teuer zu stehen, und eine Vorsorge lohnt sich deutlich.»

uns also teuer zu stehen, und eine Vorsorge lohnt sich deutlich, oder wie Peltenburg sich ausdrückte, «die Kosten für die Behandlung stehen in keiner nennenswerten Beziehung zu den Kosten der Sehbehinderung». Die Augenärzte sollen bei mehr PatientInnen, jedoch weniger häufig, regelmässige Screenings durchführen. Die Arbeitsgruppe machte folgende Vorschläge, um die Unterversorgung zu beheben: Hausärzte, Optiker und Augenärzte sollen die Patientenvereinigungen dabei unterstützen, die Bevölkerung aufzuklären. Im Projekt «Sehen im Alter» sollen die Hausärzte sensibilisiert werden. Augenärzte und Hausärzte entwickeln gemeinsam in einer Arbeitsgruppe eine offizielle Guideline. Die Versicherungen schliesslich sollen Brillen nur noch bezahlen, wenn die Versicherten regelmässig beim Augenarzt wa-

ren; das heisst bei über 40-Jährigen, wenn sie alle zehn Jahre, bei den über 65-Jährigen, wenn sie alle drei Jahre beim Augenarzt waren.

Dieses Projekt zeigt deutlich auf, dass «Qualität kostet und spart», wie Fritz Britt, Leiter der Abteilung Kranken- und Unfallversicherung des Bundesamts für Gesundheit, den finanziellen Zusammenhang bezeichnete. Hohe Anfangsinvestitionen in die Qualität ständen einem Payback in ungefähr vier Jahren gegenüber. Qualität müsse erarbeitet werden, und sie müsse sich später auszahlen: Sie werde ein Marktvorteil sein.

## Qualität und Kosten verknüpft

Dürr hatte bereits zu Beginn der Veranstaltung darauf hingewiesen, dass die Qualitätsanstrengungen im Zeichen des Kostendrucks stehen. Fritz Britt betonte, dass mit den Leistungsverträgen immer ein Produkt von einer bestimmten Qualität zu einem bestimmten Preis gekauft werde. Wenn die Qualität Teil der Leistungsverträge sei, so müsse sie trotz allen Schwierigkeiten gemessen werden können. Gute Qualität müsse zudem belohnt werden, es brauche ein Anreizsystem. Heute werde auch schlechte Qualität bezahlt, und dies sei teuer. Qualität und Kosten zeigten sich in der Diskussion eng verknüpft. Die Qualität hatte sich im Verlauf der Veranstaltung vom «Verborgenen» oder vom «Aspekt der Sinne» in ärztliche Zufriedenheit verwandelt; in die Rate derjenigen, die nach einem Hirnschlag wieder zu Hause leben können; in bezifferbare Unterversorgung und auch in einen Marktvorteil. Dies sind alles Aspekte der Qualität, die sich quantifizieren und vergleichen lassen. Messbare Qualität zeigte sich entgegen Dürrs Worten als kein Widerspruch. ■

### Bericht:

BRIGITTE CASANOVA

REDAKTION «MANAGED CARE»

# Stimmen zu Entwicklungen im Gesundheitswesen

## Aufklären oder durchwursteln?

Offene, transparente Rationierung bremst den Anstieg der Gesundheitskosten nicht, sondern fördert ihn sogar. Dies erklärt Markus Zimmermann-Acklin in der Zeitschrift «Soziale Medizin». England zum Beispiel müsste laut Zimmermann-Acklin die Zahl der Neurologen verdreifachen und die Zahl der spezialisierten Pflegeexperten verdoppeln, um die neuen Richtlinien des «Rationierungsgremiums» NICE (National Institute for Clinical Excellence) zur Behandlung von MS-Patienten zu erfüllen. Es erstaune denn auch nicht, dass der Gesundheitsökonom Jürg H. Sommer «zugunsten eines eleganten Durchwurstelns (muddling through elegantly) votiere». Nur so nämlich könne der Kostenanstieg gebremst werden. Das Konzept des eleganten Durchwurstelns sei allerdings nicht mit allen Modellen der Arzt-Patient-Beziehung (paternalistisches, informatives, interpretatives und deliberatives Modell) zu vereinbaren. Auf das interpretative (Arzt als Hermeneut) und auf das deliberative (Arzt als Lehrer und Freund) Modell sei in diesem Konzept zu verzichten; zudem müsse «der Aufklärungsauftrag des Arztes völlig neu definiert werden», und es sei «festzulegen, wer im Konfliktfall die Interessen des Patienten vertritt, wenn es denn der Arzt nicht mehr tut!» (rs)

Markus Zimmermann-Acklin: Vernünftig Grenzen setzen. Zur Kontroverse über die Rationierung im Gesundheitswesen. Soziale Medizin Nr. 1.04, Februar 2004, S. 49–53.

## Folgenreiches «Mentalitätsgefälle»

Die Erwartungshaltung der Bevölkerung gegenüber den Sozialleistungen des Staates gehört gemäss einer kürzlich publizierten Studie mit zu den Faktoren, welche die kantonalen Kostenunterschiede in der Invalidenversicherung erklären. Als Indikatoren für hohe Erwartungen der Bevölkerung an den Staat wurden dabei eine höhere Staatsquote, ein tieferes Sozialkapital (d.h. ein geringerer Zu-

sammenhalt in sozialen Gruppen und geringere gegenseitige Unterstützungsbereitschaft) sowie ein geringerer Bevölkerungsanteil Deutschsprachiger verwendet. Mit diesem Ansatz machen die Sozialforscher, so meint Markus Schneider in der «Weltwoche», «Ursachen zu Wirkungen und Wirkungen zu Ursachen». Es sei ein «Teufelskreis»: Wenn eine hohe Staatsquote «für höhere Kosten im Gesundheitswesen oder höhere Invalidenzahlen» Sorge, sei es «nur logisch», dass in der Folge «die Staatsquote tatsächlich steigt». Die wahre Ursache für die kantonalen Kostenunterschiede sieht Schneider in der unterschiedlichen «Mentalität» im «legeren Westen» des Landes mit seinen «staatszentrierten Problemlösungsroutinen» und im «strengen Osten». Dieses Mentalitätsgefälle manifestiere sich bei der Invaliditätsquote ebenso wie bei der Arbeitslosenquote, den Krankenkassenprämien, der Steuerbelastung, der Apothekendichte, der Kulturförderung, der Staatsverschuldung und dem «Beamtenapparat». Zum «legeren Westen» gehört gemäss Schneider neben der Romandie immer auch Basel-Stadt und zudem oft Baselland, manchmal Bern und etwas seltener Solothurn oder Luzern. (rs)

Quellen: Stefan Spycher, Jürg Bailod, Jürg Gugisberg, Marianne Schär Moser: Zusammenfassung der Studie «Analyse der interkantonalen Unterschiede innerhalb der Invalidenversicherung» (Projekt im Rahmen des NFP 45 «Probleme des Sozialstaats»), Bern, Dezember 2003. Und: Markus Schneider: Zwei bessere Hälften. Weltwoche, 11. April 2004.

## Unvollständig informiert

Sind die auf Websites verschiedener Interessensgruppen (Verbände und Fachgesellschaften, staatliche Behörden, Verbraucherverbände) vermittelten Informationen zum Brustkrebscreening ausgewogen und vollständig hinsichtlich Nutzen und Risiken des Brustkrebscreenings? Dies untersuchte eine Studie aus Dänemark, welche Klaus Eichler im «Journal Club» der Website des Horten-Zentrums für praxisorientierte Forschung und Wissenstransfer ([www.evimed.ch](http://www.evimed.ch)) vor-

stellt und kommentiert. «Zusammenfassend beurteilen», so Eichler, «die Autoren die Websites von Verbänden/Fachgesellschaften und von staatlichen Behörden als unausgewogen und unvollständig hinsichtlich der gegebenen Informationen.» Allerdings sei die Beurteilung der Websites ausschliesslich durch die Autoren selbst erfolgt. Eichler hätte gerne erfahren, ob die «relevanten Zielgruppen (Frauen, die sich informieren möchten)» den Informationsgehalt der Websites gleich beurteilen. (rs)

Klaus Eichler: Websites zum Brustkrebscreening: Inhalt der Information abhängig von der Interessensgruppe. [www.evimed.ch](http://www.evimed.ch), Journal Club, 17. Februar 2004.

## Spielplätze und Steuern gegen Übergewicht

Die grossen medizinischen Bedrohungen anfangs des 21. Jahrhunderts sind nicht Infektionskrankheiten wie SARS oder Vogelgrippe. Bedroht sind die Menschen dadurch, dass sie immer übergewichtiger werden und sich zu wenig bewegen. In den USA sind mehr als 60 Prozent der Menschen zu schwer. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Krebs sind die Folgen, die oft zum Tod führen. Dies schreibt die medizinische Zeitschrift «The Lancet». Public Health habe in den vergangenen zwei Jahrhunderten grosse Erfolge gehabt; sauberes Trinkwasser, die Kanalisation und Impfungen hätten viel zur Volksgesundheit beigetragen. Gegen die Fettleibigkeit hingegen gebe es heute keine koordinierte Strategie. Für die USA schlägt «The Lancet» vor, die Armut zu bekämpfen, weil oft arme und schlecht ausgebildete Menschen übergewichtig seien. Zudem sollten die Städte sicherer gestaltet werden, damit FussgängerInnen, Velofahrende und Kinder sich darin bewegen könnten. In der Schweiz wird derweilen, wie «24 heures» berichtete, über eine Fett- und Zuckersteuer nachgedacht. (bc)

Quellen: The catastrophic failures of public health. Editorial. The Lancet, Volume 363, Number 9411, 6. März 2004. Und: Faut-il taxer le gras? 24heures, 10. März 2004.

# Systemintegration im Gesundheitswesen

**E**s ist hinlänglich bekannt: Das Gesundheitssystem in der Schweiz ist stark segmentiert und deshalb längerfristig nicht in der Lage, den Patienten mit ihren immer komplexeren Erkrankungen und ihren steigenden Ansprüchen eine qualitativ befriedigende Versorgung zu bieten. Es gilt deshalb, die verschiedenen Segmente zu einem ganzheitlichen System zusammenzufügen, oder, wie das im Fachjargon heisst: «Systemintegration» ist gefragt.

Wie aber hat man sich das angestrebte «integrierte Versorgungssystem» konkret vorzustellen? Und wie ist es zu erreichen? Mit diesen Fragen befasst sich das Buch «Die Umarmung des Hippokrates – Systemintegration im Gesundheitswesen», das vor kurzem im EMH-Verlag erschienen ist; Herausgeber sind Peter Berchtold und Elisabeth Michel-Alder. Der Sammelband enthält 13 Beiträge von zwei Expertinnen und

**«Die Mehrheit der Beiträge widmet sich praktischen Fragen, die im Hinblick auf ein integriertes Versorgungssystem von Bedeutung sind.»**

neun Experten aus der Schweiz und aus Deutschland; dazu kommen eine Neuauflage des 1996 von einer Gruppe von Fachleuten entwickelten Modellvorschlags «X-und», ein Glossar und ein Stichwortverzeichnis.

Einige Beiträge befassen sich mit grundlegenden Fragen wie: Warum ist ein Wandel im Gesundheitssystem notwendig? Welche Rolle können oder sollen die einzelnen Akteure da-

bei spielen? Welche Patienten profitieren davon? Welche Rolle kommt der Ethik zu? Die Mehrheit der Beiträge aber widmet sich praktischen Fragen, die im Hinblick auf ein integriertes Versorgungssystem von zentraler Bedeutung sind, wie der Qualitätsmessung, den Patientenpfaden, den Vernetzungsformen und -strategien, der Führung von Gesundheitsorganisationen, den gesundheitsökonomischen Evaluationen, den Verrechnungsarten/Vergütungsformen und dem Informationsmanagement.

So bietet das Buch einen umfassenden Überblick, der auch Eingeweihten neue Aspekte aufzeigen kann. Von Bernhard Güntert zum Beispiel erfahren wir unter anderem, warum es sich bei vielen Studien, die von den Autoren als Kosten-Nutzen-Analysen bezeichnet werden, bestenfalls um Kostenvergleiche handelt. Andreas Weber zeigt Wege zur Vernetzung auf und beschreibt in einer hilfreichen Tabelle vier Idealtypen von Netzstrukturen mit spezifischen Vor- und Nachteilen. Andreas Greulich und Niklaus Löffel schaffen einen Überblick über die input- und outputorientierten Vergütungsformen und ihre Auswirkungen und erläutern – neben vielem anderem –, welchen Einfluss die Verhandlungsführung auf die «Qualität der Finanzierung» und damit letztlich auf die Qualität der Versorgung hat. Umfangmässig und inhaltlich den grössten Beitrag zum Buch hat aber Elisabeth Michel-Alder geleistet. Fünf Kapitel stammen von ihr. Sie sind geprägt von ihrer umfassenden Kenntnis des Gesundheitssystems, ihrer grossen Erfahrung im Bereich der System- und Teamentwicklung und ihrer zugleich visionären und praxisnahen Denkweise. Eindrücklich ist etwa ihr Beitrag «Hand-

lungsfelder in Transformationen», wo sie fünf wichtigen Akteuren – den Ärzten und Ärztinnen, der Pflege, der Pharma- und Medizinaltechnikindustrie, den Versicherern sowie dem Staat – je den Spiegel vorhält und ihnen aufzeigt, wo sie

**«Andreas Greulich und Niklaus Löffel erläutern neben vielem anderem, welchen Einfluss die Verhandlungsführung auf die «Qualität der Finanzierung» hat.»**

heute stehen, wie sie dahin kamen, wo sie morgen stehen könnten und wie sie sich darauf vorbereiten sollten.

Leider erfahren wir kaum Konkretes über die vielfältigen Entwicklungen im Bereich des Case Managements, die in der Schweiz in den letzten Jahren stattfanden und die vermutlich viel zu einer Integration nicht nur des Gesundheitssystems, sondern des gesamten Betreuungssystems ernsthaft kranker Menschen – mit ihren gesundheitlichen, sozialen und beruflichen Bedürfnissen – beitragen können. Ein Bericht darüber, von einer nichtärztlichen Fachperson verfasst, hätte das Buch bereichert. Trotz der kleinen Lücke ist es aber allen, die in irgendeiner Form mit dem Gesundheitssystem zu tun haben, wärmstens zur Lektüre zu empfehlen. (rs)

*P. Berchtold, E. Michel-Alder (Hrsg.): Die Umarmung des Hippokrates – Systemintegration im Gesundheitswesen. EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel, 2003. 304 Seiten, 48 Franken. ISBN 3-7965-2024-3; Internet: [www.emh.ch](http://www.emh.ch)*

Datum, Ort	Veranstaltung	Kontaktadresse
2.–4. Juni, Berlin (D)	Hauptstadtkongress 2004: Medizin und Gesundheit	Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit, Palisadenstrasse 48, 10243 D-Berlin. Tel. 0049-30 498 550 31. Fax 0049-30 498 550 30. E-Mail: info@hauptstadtkongress.de; Internet: www.hauptstadtkongress.de
3. Juni, Zürich	Wie wir sterben wollen: Formen des Sterbens in der Schweiz	Paulus-Akademie Zürich, Carl Spitteler-Strasse 38, 8053 Zürich. Tel. 01-381 34 00. Fax 01-381 95 01. E-Mail: paz.veranstaltungen@bluewin.ch; Internet: www.paulus-akademie.ch
8. Juni, Zürich	Gleichstellung	AGILE Behinderten-Selbsthilfe Schweiz, Zentralsekretariat, Effingerstrasse 55, 3008 Bern. Tel. 031-390 39 39. Fax 031-390 39 35. E-Mail: info@agile.ch; Internet: www.agile.ch
8.–9. Juni und 29. Juli, Winterthur	Prozessorientierte Qualitätsmanagement-Systeme im Gesundheitswesen	Transfer Qualität Unternehmen (TQU) Akademie, Neumühlestrasse 42, 8406 Winterthur. Tel. 052-202 75 52. Fax 052-202 75 53. E-Mail: akademie@tqu.com; Internet: www.tqu.ch
10. Juni, Winterthur	1. Schweizer Social Marketing Forum: Nachhaltiges Verhalten nachhaltig verankern	Zürcher Hochschule Winterthur, Zentrum Sustainability, Tagungssekretariat Uta Bestler, Postfach 805, 8401 Winterthur. Tel. 052-267 75 82. Fax 052-268 75 82. E-Mail: btu@zhwin.ch; Internet: www.zsa.zhwin.ch
18. Juni, Bern	1. Schweizerischer Kongress für Gesundheits- und Pharmaökonomie: Der Patient im Spannungsfeld der Interessen	Künzi Beratungen, Schachenstrasse 21, Postfach, 4702 Oensingen. Tel. 062-369 10 49. Fax 062-396 24 10. E-Mail: info@kuenzicons.ch; Internet: www.msdc.ch
18.–19. Juni, Bielefeld (D)	3. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung: Versorgung chronisch Kranker: Patientenorientierung, Qualitätsentwicklung und Gesundheitsförderung	Fakultät für Gesundheitswissenschaften – AG 1 Sozialepidemiologie und Gesundheitssystemgestaltung, Universität Bielefeld, Postfach 10 01 31, D-33501 Bielefeld. Tel. 0049-521 106 4263. Fax 0049-521 106 6429. E-Mail: kongress2004@uni-bielefeld.de; Internet: www.uni-bielefeld.de/gesundhw/kongress2004/index.html
21.–23. Juni, Aarau	Aspekte des Qualitätsmanagements und der Wirtschaftlichkeit	WE'G Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe, Mühlemattstrasse 42, Postfach, 5001 Aarau. Tel. 062-837 58 58. Fax 062-837 58 60. E-Mail: info@weg-edu.ch; Internet: www.weg-edu.ch
23.–26. Juni, Potsdam (D)	EHMA Annual Conference: Patient Empowerment	The European Health Management Association (EHMA), 4 Rue de la Science, B-1000 Brussels. Tel. 0032-2502 6525. Fax 0032-2502 6584. E-Mail: petra.wilson@ehma.org or boffice@ehma.org; Internet: www.ehma.org/conf2004
24. Juni, Bern	Wie geht es uns heute, Herr Doktor? Eine Tagung für PatientInnen, Angehörige und ÄrztInnen	Generalsekretariat FMH, Abteilung Prävention, Barbara Weil, Elfenstrasse 18, 3000 Bern 16. Tel. 031-359 11 81. Fax 031-359 11 12. E-Mail: bweil@hin.ch; Internet: www.kosch.ch
24.–25. Juni, Zürich	Public Health Tagung 2004: Health Policy	Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen (sgpg), Zentralsekretariat, Effingerstrasse 40, Postfach 8172, 3001 Bern. Tel. 031-389 92 86. Fax 031-389 92 88. E-Mail: info@sgpg.ch; Internet: www.sgpg.ch
3. Juli, Winterthur	Evidence Based Medicine	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG), Technopark, Jägerstrasse 2, Postfach 805, 8401 Winterthur. Tel. 052-267 78 97. Fax 052-268 78 97. E-Mail: wig@zhwin.ch; Internet: www.wig.ch
8.–10. Juli, Samos (H)	2 <sup>nd</sup> International Conference on Information Communication Technologies in Health	Research and Training Institute of East Aegean (INEAG), Maria Katharaki, 26 Tim. Vassou Street, H-11521 Athens. Tel. 0030-210 645 9812. Fax 0030-210 645 9813. E-Mail: icicth@ineag.gr; Internet: www.ineag.gr
9. Juli, Freiburg im Breisgau (D)	3. Fachtagung Case Management: Case Management in der Bewährung	Fachhochschule Freiburg, Tagungssekretariat Marieluise Schindler, Buggingerstrasse 38, D-79114 Freiburg. Tel. 0049-761 478 1218. E-Mail: schindler@efh-freiburg.de; Internet: www.efh-freiburg.de/termine.htm
14.–15. Juli, Frankfurt (D)	Integrierte Versorgung – von der Strategie zur Praxis	Euroforum Deutschland, Birgit Weidhase, Prinzenallee 3, D-40549 Düsseldorf. Tel. 0049-211 9686 3572. Fax 0049-211 9686 4572. E-Mail: birgit.weidhase@euroforum.com; Internet: www.euroforum.com
5.–7. August, Baltimore (USA)	10 <sup>th</sup> RHFIM International Annual Symposium	RHFIM (Research in Healthcare Financial Management), The Tasco Building, 6600 York Road, Suite 109, Baltimore MD, 21212 USA. Tel. 001-305 348 2861. Fax 001-810 815 5378. E-Mail: workshop@rhfm.org; Internet: www.rhfm.org
9.–11. August, Canberra (AUS)	2 <sup>nd</sup> Australasian Conference on Safety and Quality in Health Care	Australasian Association for Quality in Healthcare, Secretariat, ICMS Pty Ltd, 84 Queensbridge Street, Southbank, Victoria 3006, Australia. Tel. 0061-3 9682 0244. Fax 0061-3 9682 0288. E-Mail: aaqhc2004@icms.com.au; Internet: http://www.icms.com.au/aaqhc2004
1.–4. September, Genf	8 <sup>ème</sup> Conférence Internationale sur la Science des Systèmes en Santé	Secretariat ICSSHC 2004, Université de Genève Formation Continue, 24 rue Général-Dufour, 1211 Genève 4. Tél. 022-379 78 35. Fax 022-379 78 30. E-Mail: icsshc2004@formcont.unige.ch; Internet: www.unige.ch/formcont/icsshc2004
7.–8. September, Aarau	Betriebliche Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen	WE'G (s. oben)

Datum, Ort	Veranstaltung	Kontaktadresse
9.–11. September, Winterthur	Evidence Based Medicine	WIG (s. oben)
13.–15. September, Aarau	Projektmanagement im Spital und Heim	Hplus Bildungszentrum, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. E-Mail: bildung@hplus.ch; Internet: www.kurse.hplus.ch
22. September, Küsnacht ZH	2. Schweizerische Case-Management-Tagung	Netzwerk CM, Postfach 1491, 8700 Küsnacht. Tel. 043-277 91 91. Fax 043-277 94 94. E-Mail: info@netzwerk-cm.ch; Internet: www.netzwerk-cm.ch
22.–25. September, Magdeburg (D)	Jahrestagung DGSMP: Gesundheit – Wirtschaftlichkeit und Gerechtigkeit	Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Medizinische Fakultät Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Leipziger Strasse 44, D-39120 Magdeburg. Tel. 0049-391 532 80 43, Fax 0049-391 541 42 58. E-Mail: dgsm2004@medizin.uni-magdeburg.de; Internet: www.med.uni-magdeburg.de/fme/institute/ismhe/dgsm
26. September, Aarau	Risk Management: Tabus sind Risiken – Risiken sind Tabus	Hplus (s. oben)
30. September–2. Oktober, Zürich	Evidence Based Medicine in Neurorehabilitation	Kongress-Sekretariat, Caroline Kunz, Universitätsklinik Balgrist, Forchstrasse 340, 8008 Zürich. Tel. 01-386 38 33. Fax 01-386 16 09. E-Mail: caroline.kunz@balgrist.ch; Internet: www.neuroplasticity.ch

Datum, Ort	Weiter- und Fortbildung	Kontaktadresse
Beginn: 7. Juni (40 Tage), Aarau	Interdisziplinäre Führung	Hplus (s. oben)
12. Juni–4. Juli, Ifkara (Tanzania)	Medical Practice with Limited Resources	Swiss Tropical Institute, Course Secretariat, Socinstrasse 57, Postfach, 4002 Basel. Tel. 061-284 82 80. Fax 061-284 81 06. E-Mail: courses-sti@unibas.ch; Internet: www.sti.ch
14. Juni–2. Juli, Basel	Health District Management	Swiss Tropical Institute (s. oben)
18.–21. August, Vitznau	Strategisches Prozessmanagement	Institut für Betriebswirtschaft Universität St. Gallen, Dufourstrasse 48, 9000 St. Gallen. Tel. 071-224 23 68. E-Mail: ifbseminare@unisg.ch; Internet: www.ifb.unisg.ch/seminar_info
Beginn: 20. August (12 Tage), Winterthur	Nachdiplomkurs «Managementgrundlagen für ÄrztInnen und Führungspersonen im Gesundheitswesen»	WIG (s. oben)
Beginn: 20. August, Winterthur	Nachdiplomstudium «Managed Health Care»	WIG (s. oben)
Beginn: 26. August (4 Tage), St. Gallen	Veränderungsmanagement	FHS – Fachhochschule für Wirtschaft, Technik und Soziale Arbeit, Teufenerstrasse 2, Postfach 630, 9001 St. Gallen. Tel. 071-228 63 28. E-Mail: wbwi@fhsg.ch; Internet: www.fhsg.ch/weiterbildung
Beginn: 18. September (30 Tage), Düsseldorf (D)	Netzmanager Gesundheit	Netzakademie, Richard-Oskar-Mattern-Strasse 6, D-40574 Düsseldorf. Tel. 0049-211 5998 9395. Fax 0049-211 5998 9399. E-Mail: info@netzakademie.dgn.de; Internet: www.netzakademie.dgn.de
Beginn: Oktober, St. Gallen	Integrales Spitalmanagement	FHS (s. oben)
Beginn: 18. Oktober (23 Tage), Bern	Wirksam managen im Gesundheitswesen	College-M, Freiburgstrasse 41, 3010 Bern. Tel. 031-632 30 26. Fax 031-632 30 25. E-Mail: info@college-m.ch; Internet: www.college-m.ch
Beginn: Herbst, St. Gallen	Sozialinformatik	FHS (s. oben)
Beginn: Herbst (75 Tage), Aarau	Nachdiplomstudium «Case Management»	WE'G (s. oben)
Beginn: 8. November (40 Tage), Aarau	Interdisziplinäre Führung	Hplus (s. oben)
Beginn: 12. November (12 Tage), Zürich	Ethische Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen	Sekretariat Dialog Ethik, Sonneggstrasse 88, 8006 Zürich. Tel. 01-252 42 01. Fax 01-252 42 13. E-Mail: info@dialog-ethik.ch; www.dialog-ethik.ch

Hinweise erwünscht:

Hinweise auf Publikationen und Veranstaltungen rund um Managed Care, Care Management und Public Health senden Sie bitte an: Redaktion «Managed Care», Stampfenbrunnstrasse 40, 8048 Zürich. Fax 01-431 73 56. E-Mail: b.casanova@rosenfluh.ch. Über die Aufnahme in die Hinweisseite entscheidet die Redaktion.

## KrebspatientInnen und Internet

KrebspatientInnen besuchen das Internet, um die Diagnose zu verstehen, um Informationen über die Behandlung zu finden, um über das Leben mit Krebs zu lernen und um Unterstützung von anderen PatientInnen zu erhalten. Das Internet erlaubt ihnen, die Behandlung zu hinterfragen und als ein kompetenter sozialer Partner trotz der schweren Krankheit aufzutreten. Dies zeigt eine britische qualitative Studie auf. PatientInnen aller Altersklassen, mit fünf Krebsarten und in verschiedenen Krankheitsstadien liessen sich zu ihrer Internetsnutzung befragen. Die vorbereiteten PatientInnen fühlen sich besser bei den Arztkonsultationen, weil sie die richtigen Fragen stellen können und sie ihnen nicht erst nach der Konsultation in den Sinn kommen. Offenbar lernen die Internetbesucher auch, seriöse von nichtseriösen Anbietern zu unterscheiden. Bedenken, dass das Internet sozial ungleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung noch verstärken könnte, müssen sich nicht unbedingt bewahrheiten: Gerade diejenigen, die befürchten, diskriminiert zu werden, scheinen sich besonders gut auf den Arztbesuch vorzubereiten. Ein öffentlicher Internetzugang ist dazu jedoch unerlässlich. (bc)

Quelle: Sue Ziebland et al.: *How the internet affects patients' experience of cancer: a qualitative study*. In: *British Medical Journal*, 328, 564. 6. März 2004.

## Akkreditierung erhöht Patientensicherheit

Was bringt Spitäler dazu, die Patientensicherheit zu erhöhen? In den USA sind es vor allem die Vorgaben der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), welche die Spitäler veranlassen, Anstrengungen zu unternehmen, um medizinische Fehler zu reduzieren. Devers, Pham und Liu, die Autoren der amerikanischen Studie, welche die Gründe für die Sicherheitsbemühungen untersuchte, bezeichnen JCAHO als eine beinahe staatliche regulative Kraft. Spitäler, die akkreditiert sind von JCAHO, können bei Medicare teilnehmen, einem grossen staatlichen Programm für die Gesundheitsversorgung von über 65-Jährigen

und von Behinderten in den USA. Als weniger ausschlaggebend für die Spitäler, die Patientensicherheit zu erhöhen, erwiesen sich die Professionalität (Qualitätsstandards und Weiterbildung einer Berufsgruppe) und die Marktkräfte. JCAHO fördert den Prozess, Fehler zu melden, diese zu analysieren und in Zukunft zu vermeiden. Sie gibt Sicherheitsstandards vor, versucht eine nichtbestrafende Fehlerkultur aufzubauen und die Kommunikation zu verbessern. Neben JCAHO nannten die untersuchten Spitäler häufig auch Investitionen in die Informationstechnologie als Aktivität, welche die Patientensicherheit erhöhen soll. (bc)

Quelle: Kelly J. Devers et al.: *What is Driving Hospitals' Patient-Safety Efforts?* In: *Health Affairs* 23 (2), 2004, Seite 103-115.

## Grosses Nichtwissen über psychiatrische Störungen

50 Prozent der Menschen leiden einmal in ihrem Leben an einer psychischen Störung, innerhalb eines Jahres sind 10 Prozent der Menschen davon betroffen. Diese Zahlen drücken letztlich auch aus, dass fast alle Menschen irgendwann in ihrem Leben mit psychischen Störungen konfrontiert werden, sei es als Familienmitglied, als ArbeitskollegIn oder sei es aus eigener Erkrankung. Vladeta Ajdacic-Gross und Martin Graf haben die Daten zu den psychiatrischen Erkrankungen in der Schweiz zusammengetragen. Die Häufigkeit psychiatrischer Erkrankungen kontrastiert mit einem grossen «Nicht-Wissenstand» über psychische Störungen. Dieses Nichtwissen beeinträchtigt alle Versorgungsebenen: Die Betroffenen haben wenig Krankheitseinsicht und sind weniger bereit zu Therapie; das soziale Umfeld neigt dazu, die Erkrankten zu stigmatisieren, und unterstützt sie aufgrund der mangelnden Kenntnisse zu wenig; in der Primärversorgung wird die Erkrankung wegen des Nichtwissens somatisiert und falsch behandelt; und auf der Ebene der Gesundheitspolitik führt die Wissenslücke dazu, dass die Versorgung nicht richtig geplant wird. Ajdacic-Gross und Graf weisen in der Studie auch darauf hin, dass die leichteren psychischen

## VORSCHAU

### Schwerpunktthema: LEBENSSTIL UND GESUNDHEIT

Erscheinungsdatum: 9. Juli 2004

#### Gesundheitsverhalten in der Jugend

#### Gesunder Lebensstil

#### Theorie der Verhaltensveränderung

#### Wirksamkeit von Gesundheitsförderung

#### Krankmachende Arbeitsbedingungen

#### Staatliche Aufgaben

#### Ist Gesundheit machbar?

Störungen weitaus mehr Menschen betreffen und teilweise invalidisieren als die schweren Krankheitsbilder. Die Versorgung sei im ambulanten Bereich lückenhaft, und die Prävention stecke noch «in den Kinderschuhen». (bc)

Quelle: Vladeta Ajdacic-Gross u. Martin Graf: *Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie. Arbeitsdokument des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan. Dezember 2003.*

## Gesundheitsreformen in Europa

Steigende Kosten, unterschiedliche Qualität und verändertes Patientenverhalten haben in allen westlichen Ländern zu Reformen im Gesundheitswesen geführt. Obwohl es keine Zauberformel gebe, so schreiben Rainer Salfeld und Marit Vaagen von McKinsey, so können doch sieben Lösungswege aufgezeigt werden, die in Europa verfolgt werden: Die Patientenwege verbessern, die Qualität steigern, die Medikamentenkosten kontrollieren, die Prozesse im Spital optimieren, den Wettbewerb zwischen den Kostenträgern und den zwischen den Leistungserbringern verstärken, die Wahlfreiheit und die Verantwortung des Patienten erhöhen und die durch den Staat oder die Versicherungen gedeckten Gesundheitsleistungen einschränken. (bc)

Quelle: Rainer Salfeld and Marit Vaagen: *The road to reform in Europe*. In: *Health Europe* No. 3, March 2004, McKinsey&Company.