

Die Schweizer Zeitschrift  
für Managed Care und Care Management

Schwerpunktthema:  
**Medizinische  
Qualitätssicherung:  
Standortbestimmung**

Hausarztmodelle:  
Das Listenmodell der Helsana

Pflege:  
Was Pflegeforschung den  
PatientInnen bringt

Veranstaltungsbericht:  
Gesundheitsökonomische Bijoux

3

20.4.2007  
fmc.ch  
tellmed.ch

MANAGED  
CARE

# Koordination tut Not

Zwei Ereignisse haben uns veranlasst, die medizinische Qualitätssicherung als Standortbestimmung zu thematisieren: 2005 ist von den eidgenössischen Räten eine Motion mit grossem Mehr überwiesen worden, die den Bundesrat beauftragt, die Qualitätssicherung zu regeln, zu steuern und zu koordinieren. Und 2006 ist der OECD-Bericht publiziert worden, der unserem Gesundheitssystem attestiert, das zweitteuerste der Welt zu sein, ohne dass es qualitativ besser als dasjenige deutlich kostengünstigerer Länder wäre.

Man mag einwenden: Das haben wir schon lange gewusst. Wir antworten: umso gravierender. Wir möchten es deshalb auch nicht bei einer rein deskriptiven Standortbestimmung belassen, sondern die wesentlichen Baustellen im Bereich der Qualitätssicherung herausarbeiten.

Besagter OECD-Bericht hält weiter fest: Bemühungen zur Qualitätssicherung basieren heute grösstenteils auf unkoordinierten Initiativen lokaler Leistungserbringer. Just dies ist der Inhalt der erwähnten Motion, indem sie eine nationale Koordinationsstelle für Aktivitäten in der medizinischen Qualitätssicherung postuliert. Es ist höchst unökonomisch und ineffizient, wenn an vielen Fronten das Rad neu erfunden wird, um schliesslich ein ganzes Set an inkompatiblen Radmodellen zu generieren. Wir gehen der Frage nach, was aus jener Motion geworden ist.

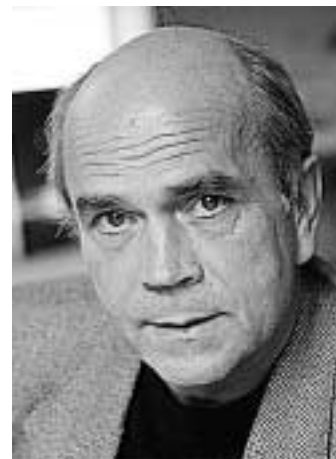
Eine zweite Baustelle betrifft die klinische Ergebnisqualität. Die meisten der etablierten Bemessungssysteme fokussieren die Struktur-, Prozess- und Managementqualität. Alle rufen nach Outcome-Qualität, doch wer in diesen Chor einstimmt, sollte sich auch ernsthaft mit der Praktikabilität eines solchen Unterfangens auseinandersetzen. Wir stellen zwei Projekte vor, ein nationales und ein internationales, die sich seit zwei Jahren mit der Bemessung dieser komplexen Qualitätskategorie befassen und nun in eine entscheidende Phase treten.

Und schliesslich beschäftigen wir uns – im stationären wie im ambulanten Bereich – mit der Frage, wieweit sich die Postulate zu Wirtschaftlichkeit und Qualität ergänzen oder widersprechen.

Baustellen – dies impliziert, dass gearbeitet wird. Und in der Tat werden an vielen Fronten beachtliche Leistungen vollbracht. Sie hätten es verdient – und dies ist im Jargon der Qualitätssicherung ein klassischer Minimal Standard –, durch einen koordinativen Willen unterstützt zu werden.

## Kurt Hess

Forum Managed Care



Kurt Hess

## Schwerpunktthema: Medizinische Qualitätssicherung: Standortbestimmung

- 6 Qualitätsrahmen: Der Bund ist gefordert**  
Bea Heim, Peter Indra, Olivier Kappeler  
Über die Umsetzung der Motion «Qualitätssicherung und Patientensicherheit» diskutieren die Nationalrätin Bea Heim, der BAG-Vertreter Peter Indra und Olivier Kappeler, Mitglied des Zentralvorstandes FMH.
- 12 Spitalversorgung: Vielfalt und Koordinationsbedarf**  
Paula Bezzola, Marc-Anton Hochreutener  
Vorgestellt werden bestimmte Tendenzen und zentrale Erkenntnisse, die sich bei den Aktivitäten zur Qualitätssicherung in Spitälern abzeichnen.
- 15 Verbesserungsmöglichkeiten in der Praxis erkennen**  
Beat Künzi  
Die Erfahrungen mit dem Europäischen Praxisassessment (EPA) in der Schweiz zeigen eine gute Machbarkeit mit sehr gutem Aufwand-Nutzen-Verhältnis.
- 18 Klinische Indikatoren – Equam betritt Neuland**  
Kurt Hess  
Die Stiftung für externe Qualitätssicherung in der Medizin (Equam) hat ihre Zertifizierungsinstrumente mit klinischen Indikatoren ergänzt.
- 21 Qualität und Wirtschaftlichkeit als Widersacher?**  
Peter Berchtold  
Eine deutsche Studie zeigt, dass Fallkostenpauschalen in Spitälern ärztliche Handlungs- und Entscheidungsprozesse deutlich beeinflussen können.
- 24 Optimales Kosten-Nutzen-Verhältnis**  
Walter Frei, Stefan Teske  
In der Vertragspolitik der Krankenversicherer soll die Sicherung und Verbesserung der Qualität einen höheren Stellenwert erhalten.

Die Schweizer Zeitschrift für Managed Care und Care Management  
Offizielles Organ des Forums Managed Care

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

**Redaktioneller Beirat:**  
Georges Ackermann, \*Richard Altorfer,  
\*Lorenz Borer, Martin Denz, Kurt E.  
Hersberger, \*Kurt Hess, Claudio Heusser,  
Christian A. Ludwig, Josef Müller,  
\*Regula Rička, Georges F. Roux, Stefan  
Schindler, Hans Schmidt, \*Ruedi Wartmann,  
Mechtild Willi Studer, Rolf Zwiggart  
\* Ausschuss des Redaktionellen Beirats

**Betreuung des Schwerpunktthemas:**  
Kurt Hess

**Redaktion:**  
Karin Diodà (kd)  
Dahliastrasse 8, 8008 Zürich  
Telefon 044-431 73 56, Fax 052-558 83 39  
k.dioda@rosenfluh.ch

Brigitte Casanova (bc)  
Rue Denis-de-Rougemont 36  
2000 Neuchâtel  
Telefon und Fax 052-558 83 00  
b.casanova@rosenfluh.ch

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

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

**Anzeigenverkauf:**  
Doris Meier  
Dorfstrasse 16  
8556 Illhart  
Telefon 052-770 01 54, 079-621 96 12  
doris.meier@rosenfluh.ch

**Gestalterisches Konzept:**  
Team hp Schneider, AG für Gestaltung  
8352 Rätterschen

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

**Druck:**  
stamm+co. AG, Grafisches Unternehmen  
8226 Schleithem

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

**Abonnementspreise:**  
Erscheint achtmal jährlich  
Jahres-Abonnement: Fr. 160.–  
(Westeuropa: Fr. 209.–)  
Einzelheft: Fr. 25.– (inkl. Porto, plus MwSt.)  
Einzelheft-Bestellungen bitte an das  
Redaktionssekretariat.  
Diese Zeitschrift wird im  
EMBASE/Excerpta Medica indiziert.  
11. Jahrgang; ISSN 1422-6618

© Copyright by  
**Rosenfluh Publikationen AG.**  
Alle Rechte beim Verlag. Nachdruck und  
Kopien von Beiträgen und Abbildungen in  
jeglicher Form, wie auch Wiedergaben auf  
elektronischem Weg und übers Internet,  
auch auszugsweise, sind verboten bzw. be-  
dürfen der schriftlichen Genehmigung des  
Verlags.

**Hinweise:**  
Der Verlag übernimmt keine Garantie oder  
Haftung für Preisangaben oder Angaben zu  
Diagnose und Therapie, im Speziellen für  
Dosierungsanweisungen.

Mit der Einsendung oder anderweitigen  
Überlassung eines Manuskripts oder einer  
Abbildung zur Publikation erklärt sich der  
Autor/die Autorin damit einverstanden, dass  
der entsprechende Beitrag oder die entspre-  
chende Abbildung ganz oder teilweise in al-  
len Publikationen und elektronischen Medi-  
en der Verlagsgruppe veröffentlicht werden  
kann. Bei einer Zweitveröffentlichung wer-  
den der Autor informiert und die Quelle der  
Erstpublikation angegeben.

Managed Care ist online einsehbar  
(pdf) unter  
fmc.ch  
und tellmed.ch

- 28 Hausarztmodelle**  
**Das Listenmodell der Helsana**  
René Kühne, Oliver Reich  
Hintergrund und Vorgehen des Krankenversicherers Helsana bei seinem Listenmodell, das auf steuerungsrelevanten Kriterien basiert.
- 32 Pflege**  
**Was Pflegeforschung den PatientInnen bringt**  
Agnes Glaus  
Betreuungsprobleme von spezifischen Patientengruppen sollen die Pflegeforschung bestimmen, nicht intellektuelle Pflege-theorien.
- 35 Veranstaltungsbericht**  
**Gesundheitsökonomische Bijoux**  
Brigitte Casanova  
Das 9. Novartis-Forum für Gesundheitsökonomie
- 5 Rubriken**  
**Forum Managed Care**  
Symposiumsprogramm vom 6. Juni 2007
- 27 Kolumne**  
Mit innovativer Weiterbildung die Hausarztmedizin fördern – von Regierungsrätin Heidi Hanselmann, Vorsteherin des Gesundheitsdepartements des Kantons St. Gallen
- 37 Resonanz**  
Schleierhafte Hochkostenfälle • Wenig Klagen über die Pflege • Vom Verwalter zum Manager • Apotheker als Gatekeeper
- 38 Veranstaltungskalender**  
Veranstaltungen/Weiter- und Fortbildung
- 40 In Kürze**  
Deutsche Konkurrenz • Behandlung im Ausland • Krankheitskosten in Patientengruppen vorhersagen • Weniger Medikamente, bessere Compliance ••• Vorschau: Mehr Qualität und Patientensicherheit – Managed Care als Schlüsselfaktor

# Mehr Qualität und Patientensicherheit

## Managed Care als Schlüsselfaktor



### Symposiumsprogramm

6. Juni 2007

**08.30** Registrierung

**09.15** Begrüssung

**09.30** Qualität und Sicherheit: Was künftige Patienten in einer Gesundheitsgesellschaft erwarten  
*Prof. Dr. Ilona Kickbusch, Kickbusch Health Consult, Brienz*

**09.50** CIRS: Was bedeutet das für Managed Care und was haben Patienten dazu zu sagen?  
*Dr. Sven Staender, Chefarzt Anästhesie Kreispital Männedorf*

**10.30** Messmedizin – Menschenmedizin: Gegensatz oder Ergänzung?  
*Dr. Christian Hess, Ärztlicher Leiter Bezirksspital Affoltern, Q-Kommission Verein Outcome*

**10.50** Pause

**11.20** Prozessoptimierung: Die schwierige Suche nach geeigneten Instrumenten  
*Prof. Volker Amelung, Medizinische Hochschule Hannover, Geschäftsführer Bundesverband Managed Care*

**11.40** Patientensicherheit und Fehlerkultur: Warum Managed Care ein Schlüsselfaktor ist  
*Prof. Dieter Conen, Chefarzt Departement Medizin Aarau, Präsident Stiftung Patientensicherheit*

**12.00** Plenardiskussion

**12.30** Verleihung Managed-Care-Förderpreis

**12.45** Mittagessen

**14.00** Erfahrungsaustausch (verschiedene Workshops, Durchführung parallel)  
– Interaktive Workshops  
– Projektpräsentationen  
– Educational Workshops

**15.15** Pause

**15.30** Erfahrungsaustausch (verschiedene Workshops, Durchführung parallel)  
– Interaktive Workshops  
– Projektpräsentationen  
– Educational Workshops

**16.40** Plenardiskussion mit e-Voting

**17.15** Symposiumsende und Apéro

**18.30** Managed-Care-Networking-Dinner fakultativ  
In der alten Giesserei Oerlikon

# Qualitätsrahmen: Der Bund ist gefordert



Peter Indra

**Auf Initiative der Nationalrätin Bea Heim wurde im März 2005 eine Motion überwiesen, die den Bundesrat beauftragt, die medizinische Qualitätssicherung zu regeln, zu steuern und zu koordinieren. Welche Aspekte sind nach zwei Jahren umgesetzt, und was ist noch zu erwarten? Diese Fragen diskutieren Bea Heim und die direkt Verantwortlichen des BAG und der FMH, Peter Indra und Olivier Kappeler.**



Bea Heim

*Managed Care: Frau Heim, gibt es bis heute konkrete Ergebnisse zu Ihrer Motion?*

**Bea Heim:** Punktuell sind verschiedene Projekte zur Qualitätssicherung lanciert worden, zum Beispiel das Hygieneprojekt zur Reduktion der Infektionen in Spitälern. Qualitätsrelevant ist auch die Diskussion um Mindestfallzahlen. Zwar sind Ärztenetze besonders aktiv, doch von einer ganzheitlichen Qualitätsstrategie sind wir weit entfernt. Der Direktor des BAG, Dr. Thomas Zeltner, bezeichnet die Schweiz hinsichtlich der medizinischen Qualitätssicherung offen als Entwicklungsland.



Olivier Kappeler

*Die Kommissionsmotion fordert den Bund auf, eine Führungsrolle zu übernehmen, damit Art. 58 KVG umgesetzt wird. Konkret verlangt sie die Bildung einer nationalen Plattform zur Koordination der Aktivitäten und Verantwortlichkeiten. Welche Schritte sind hier eingeleitet worden?*

**Heim:** Mir ist nicht bekannt, dass der Bund bezüglich Motion aktiv geworden wäre. Ein Blick in die St. Galler Studie<sup>1</sup> von 1991 zeigt, dass wir kaum weiter sind als damals. Die

Politik konzentriert sich auf die Kosten und kümmert sich wenig um die Versorgungs- und Behandlungsqualität.

*Die Erarbeitung von konkreten Qualitätskonzepten ist mit dem KVG 1996 an die Leistungserbringer delegiert worden. Warum haben die Ärzte ihre Chance für Vorwärtsstrategien nicht ergriffen? Was bisher realisiert wurde, kommt meist aus der Küche von Managed Care.*

**Olivier Kappeler:** Zuerst war die Ärzteschaft der Qualitätssicherung gegenüber tatsächlich skeptisch eingestellt. Doch dass die Chance nicht genutzt wurde, trifft nicht zu. Es gibt eine Vielfalt von Aktivitäten unter dem Begriff Qualität, zum Beispiel die Weiter- und Fortbildungsordnung oder das Konzept der Dignität im Tarmed. Ich möchte auch die zahlreichen Projekte der Kantone und Fachgesellschaften erwähnen. Ärztinnen und Ärzte in den Managed-Care-Modellen nehmen eine Vorreiterrolle ein. Aus der Optik der Ärzte besteht jedoch auch ein gewisser Qualitätsüberdross, es wird immer mehr geregelt, vom Labor bis zu den Windeleinlagen.

*Im KVG wie in der Motion werden ganzheitliche Konzepte gefordert und nun auch eine aktive, koordinative bis normative Rolle des Bundes. Was unternimmt das BAG diesbezüglich?*

**Peter Indra:** Das Thema Qualität ist in die tägliche Arbeit vieler Fachbereiche des BAG

<sup>1</sup> Studie zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen der Forschungsgruppe an der Hochschule St. Gallen 1991

eingeflossen und dort zu einem wichtigen Anliegen geworden, nicht zuletzt durch die Initiativen von Frau Heim. Dies betrifft insbesondere die Sektionen medizinische Leistungen, Tarife und Leistungserbringer sowie Medikamente und Grundlagenforschung. Auch mir persönlich ist die medizinische Qualität ein sehr grosses Anliegen. Hier sieht sich das BAG immer mehr in einer Drehscheibenfunktion, um die diversifizierten Qualitätsaktivitäten zu koordinieren.

*Doch die vom Parlament verlangte nationale Plattform ist kein Thema?*

**Indra:** Ich sehe im Moment unsere Aufgabe vordringlich in der Koordination und Moderation auf allen Ebenen der Qualitätssi-

cherung. Es ist wichtig, diese Aktivitäten transparent zu machen, und dazu muss der Begriff Qualität gemeinsam diskutiert werden, ebenso, was konkret zu messen, zu dokumentieren und zu erreichen ist. Zur Richtungsgebung hat der Bund sechs Punkte formuliert, sie betreffen Fehlermeldesysteme, Evaluation der Patientensicherheit, Mindestfallzahlen, Angemessenheit von Therapien, nationale Datenbank für Qualitätsindikatoren und Systemtransparenz.

*Trotz dieser Aktivitäten lässt die Umsetzung des Motionsauftrags weiter auf sich warten. Ist dies nicht etwas gar viel Pragmatismus?*

**Indra:** Man muss berücksichtigen, dass uns schlicht die Ressourcen für weiterreichende Aktivitäten fehlen. Realistischerweise heisst dies, dass wir auf bestehende Plattformen zurückgreifen. Mit zwei Plattformen haben wir die Zusammenarbeit intensiviert, mit der Stiftung für Patientensicherheit und der nationalen Plattform KIQ<sup>2</sup>.

*Können die Kommissionsmotionäre und die Initiantin damit zufrieden sein?*

**Heim:** Die blossе Diffusion der Qualitätsthematik in die tägliche Arbeit des BAG ist nicht fassbar und kann nicht genügen. Die Motion verlangt, dass das KVG endlich umgesetzt wird. Der Bund steht in der Pflicht, für ein wirtschaftliches, aber auch wirksames und zweckmässiges Gesundheitswesen zu sorgen. Doch ihm fehlen die Qualitätsnachweise in Versorgung und Behandlung. Weder gibt es validierte Indikatoren<sup>3</sup> der klinischen Qualität noch eine nationale Gesundheits- und Qualitätsstrategie. Für die Versicherten jedoch ist die Behandlungsqualität die zentrale Frage. Zu Recht, denn je grösser der Kostendruck, desto wichtiger wird die Qualitätsfrage.

*Welche Rolle kommt dabei dem Bund zu?*

**Heim:** Die Qualitätssicherung ist nicht als Top-down-Prozess zu sehen. Es braucht die Mitwirkung aller Akteure wie Bund, Kanton, Versicherer und Leistungserbringer sowie

### Kommissionsmotion Qualitätssicherung und Patientensicherheit

Seit 1996 ist im Krankenversicherungsgesetz (KVG) die Pflicht zur medizinischen Qualitätssicherung verankert (Art. 58 KVG). Per Verordnung (Art. 77. KVV) sind die Leistungserbringer verpflichtet, Konzepte und Programme zur Qualitätssförderung ihrer Leistungen zu erarbeiten sowie mit den Versicherern Qualitätsvereinbarungen zu treffen. Auf Initiative der Solothurner Nationalrätin Bea Heim ist im März 2005 eine Motion mit grossem Mehr überwiesen worden, die den Bundesrat beauftragt, das KVG auch diesbezüglich umzusetzen:

1. Der Bundesrat wird beauftragt, Qualitätssicherung und Patientensicherheit in der medizinischen Behandlung gemäss Artikel 58 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) zu steuern, zu regeln und zu koordinieren.
2. Dabei sorgt der Bund im Rahmen einer nationalen Plattform gemeinsam mit den Kantonen, Leistungserbringern, Krankenversicherungen und Patientenorganisationen für den notwendigen Rahmen und die zu treffenden Massnahmen zur Realisierung der Qualitätssicherung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich unter besonderer Beachtung der Behandlungsqualität.
3. Im Sinne der Patientensicherheit ist die Qualitätssicherung mit standardisierten Sicherheitssystemen zu ergänzen.

<sup>2</sup> KIQ: Koordinations- und Informationsstelle für Qualität

<sup>3</sup> Qualitätsindikatoren: Messbare Grössen mit anerkannter Qualitätsrelevanz

einer Patientenvertretung. Eine solche nationale Plattform soll projektorientiert arbeiten, nach Zielen und Terminen, die mit dem Bund vereinbart sind. Der Bund hat für die Realisierung einer nationalen Qualitätsstrategie zu sorgen. Eine multidisziplinäre Kommission ist mit den Vorbereitungen zu beauftragen, und auf Einigungskonferenzen ist der Konsens zu finden. Das Primat der Wirtschaftlichkeit muss durch starke Impulse seitens der Qualität gebrochen werden.

**Indra:** Ich sehe die Rolle des Bundes auf drei Ebenen. Zunächst sollen bereits vorhandene Initiativen der Basis, insbesondere der Leistungserbringer, gefördert werden. Zweitens sollen über eine sinnvolle Anreizsteuerung Qualitätsprozesse in Gang gesetzt werden, zum Beispiel über die Unterstützung von qualitätsrelevanten Projekten. Und als Top-down-Ansatz sehe ich – neben der blossen Koordination und der Schaffung von Voraussetzungen – durchaus auch die Vorgabe von essenziellen Versorgungszielen und in diesem Zusammenhang auch von qualitativen Mindestanforderungen.

*Dies alles setzt voraus, dass die Behandlungsqualität definiert, bewertet und transparent gemacht wird. Gibt es dazu von ärztlicher Seite konkrete Vorstellungen?*

**Kappeler:** Qualität lässt sich nicht durch einen einzigen Partner definieren, es müssen verschiedene Sichtweisen einfließen. Und Transparenz ist wichtig, doch braucht es neben einem öffentlichen auch einen geschützten Rahmen, ein Fehlermeldesystem etwa braucht solche Vertraulichkeit unbedingt. Gegen eine Schlüsselrolle durch den Bund im Sinne von Initialisieren, Voraussetzungen schaffen, Moderieren und Prozesse sichtbar machen habe ich keine Bedenken.

*Im Beispiel der Fehlermeldesysteme ist die Vertraulichkeit tatsächlich eine *Conditio sine qua non*. Aber es ist nicht einzusehen, weshalb die ambulante und stationäre Behandlungsqualität vertraulich sein soll. Haben die Patienten nicht ein Recht auf Information?*

**Heim:** Sicher, vor allem sollen sie die Gewissheit haben, dass die Qualität von Diagnose und Behandlung oberste Priorität hat. Wir verlangen den Nachweis, dass qualitätssichernde Instrumente – wie zum Beispiel

CIRS<sup>4</sup> – genutzt werden und dass daraus gelernt wird. Eine Veröffentlichung von Qualitätsergebnissen erachte ich zurzeit nicht als sinnvoll, weil dies nach Sanktionen riecht. Positive Anreize zur Förderung der Qualitätssicherung und der Patientensicherheit – ein Postulat, das der Bundesrat bejaht – führen weiter.

*Nochmals zur Frage der Definition und Bemessung der Qualität: Es gibt international validierte Bemessungssysteme wie etwa das EPA-Assessment<sup>5</sup> oder das darauf aufbauende Equam-Praxiszertifikat<sup>6</sup>. Wer beurteilt in Zukunft nach welchen Kriterien und Indikatoren?*

**Heim:** Qualitätskriterien und ihre Bemessung können nicht allein Sache der Kassen oder der Ärzte sein. Es braucht eine übergeordnete Plattform, welche die Unabhängigkeit der Beurteilung garantiert. Die mir bekannten Massstäbe sind noch zu sehr auf die Struktur- und Prozessqualität fokussiert.

*Es gibt bereits heute unbestrittene Indikatoren und Standards<sup>7</sup> zur Qualität der klinischen Leistungs verrichtung. Liesse sich nicht jetzt schon ein wirksames erstes Set an Indikatoren und Standards mit einer akzeptierten Allgemeingültigkeit formulieren?*

**Kappeler:** Es würde sich tatsächlich lohnen, auf der erwähnten Konsensbasis ein erstes Set von Qualitätsindikatoren zu definieren. Dabei könnte man den Ärzten zur Wahl stellen, welchen Indikator man während eines Jahres zum Thema machen will. Diese Wahl soll erst einmal unabhängig von Honorierungen oder Sanktionierungen geschehen, sie soll Bewegung und Auseinandersetzung initiieren.

4 CIRS (Critical Incidence Reporting System): Fehlermeldesystem, Methodik des Risikomanagements, um qualitäts- und sicherheitsrelevante Probleme zu erkennen und zu analysieren

5 EPA (European Practice Assessment): Internationales, in Europa führendes System eines umfassenden Qualitätsmanagements

6 Equam (Externe Qualitätssicherung in der Medizin): Unabhängige und vom Bund akkreditierte Stiftung zur Praxiszertifizierung, arbeitet mit EPA/Swisspep zusammen und baut auf deren validierten Indikatoren auf.

7 Qualitätsstandards: Von den Indikatoren abgeleitete und mit «Messlatten» nach Evidence based Medicine versohene Grössen (z.B. Minimal Standards)



**Indra:** Die unterschiedlichen gesellschaftlichen Wertvorstellungen erfordern eine Konsenslösung. Es geht um Lebensqualität aus Sicht des Patienten, um fachliche Qualität aus Expertensicht, also Evidence based Medicine, und um ein effizientes Qualitätsmanagement. Was wir als Return on Investment erhalten wollen, muss in einem Einigungsprozess gemeinsam definiert werden. Hier sehe ich den Bund als Mediator.

**Heim:** Mit der nationalen Plattform soll die Qualitätssicherung als Prozess der kleinen Schritte überall in Gang gebracht werden. Der Bund als Mediator hat den Lead. Im Übrigen hat er sich um die Rahmenbedingungen wie die Verbesserung des Risikoausgleichs, die Etablierung einer genügenden Datenbasis und die Eliminierung jener wirtschaftlichen Anreize, welche den Qualitätsanforderungen zuwiderlaufen, zu kümmern.

*Die mehrmals angesprochenen Einigungsprozesse sind erfahrungsgemäss langwierig. Bis dahin muss auch einiges für die Patientensicherheit und die Behandlungsqualität getan werden. Was wird der Bund dazu beitragen?*

**Indra:** Bei allen notwendigen langfristigen Konzepten und Strategien: Im Moment praktikabel und sehr zentral ist die Auswertung vorhandener Daten und damit das Schaffen von Transparenz. Wenn man die vielen Aktivitäten und Projekte in der Qualitätssicherung konzentrieren und koordinieren würde, wären auch die nötigen Finanzen für weitergehende Schritte verfügbar. Ich denke beispielsweise an eine Vernetzung der CIRS-Projekte oder die Definition von Kriterien für gute und förderungswürdige Projekte.

*Es geht also um Vorgaben und Anreizsteuerung über Projektförderung. Sind da auch Mindestanforderungen ein Thema?*

**Indra:** Ja, hier sind die Fachgesellschaften aufgefordert, vermehrt Stellung zu ihren Minimal Standards<sup>8</sup> zu beziehen. Es sollten auch Labels geschaffen werden, die für Patienten und Konsumenten Transparenz schaffen.

*Auch zum Stichwort Label die Frage: welche durch wen nach welchen Kriterien?*

**Indra:** Im stationären Bereich ist diese Instanz im Moment der Verband H+<sup>9</sup>, doch längerfristig könnte dies auch der Bund in Form von Rahmenbedingungen oder Eckwerten sein.

**Kappeler:** Ein erster Schritt ist – wie erwähnt – die gemeinsame Definition von Indikatoren. In einem zweiten Prozess soll über Mindestanforderungen gesprochen werden, wobei hier vor allem die Fachgesellschaften gefordert sind. Vorgaben durch den Bund sind heikel und müssen von Fall zu Fall ausdiskutiert werden, doch die Rahmenbedingungen sollten formuliert werden. Dass in einem dritten Schritt ein sichtbares Label folgt, ist möglich, jedoch nicht zwingend notwendig.

*Frau Heim, es gibt viele Ansätze, noch wenig Koordination und noch keine Rahmenbedingungen. Welche Bilanz werden wir nach weiteren zehn Jahren ziehen können?*

**Heim:** Es ist im Interesse aller, dass sukzessive konkrete Schritte eingeleitet werden, um Qualitätssicherung und Patientensicherheit auf eine neue Basis zu stellen. Hier ist auch der Bund gefordert. Es sind Anfänge in die richtige Richtung gemacht worden. Wo wir in zehn Jahren stehen, kann ich nicht abschätzen. Als Parlamentarierin ist es aber meine Aufgabe, weiter an dieser Thematik zu arbeiten und immer wieder kleine Zwischenbilanzen zu ziehen.

Die Interviewpartner:

**Bea Heim**

Nationalrätin Kanton Solothurn, Mitglied der staatspolitischen Kommission und Ersatzmitglied der Sozial- und Gesundheitskommission des Nationalrates

**Dr. med. Peter Indra MPH**

Vizedirektor und Leiter des Direktionsbereichs Kranken- und Sozialversicherung im Bundesamt für Gesundheit

**Dr. med. Olivier Kappeler**

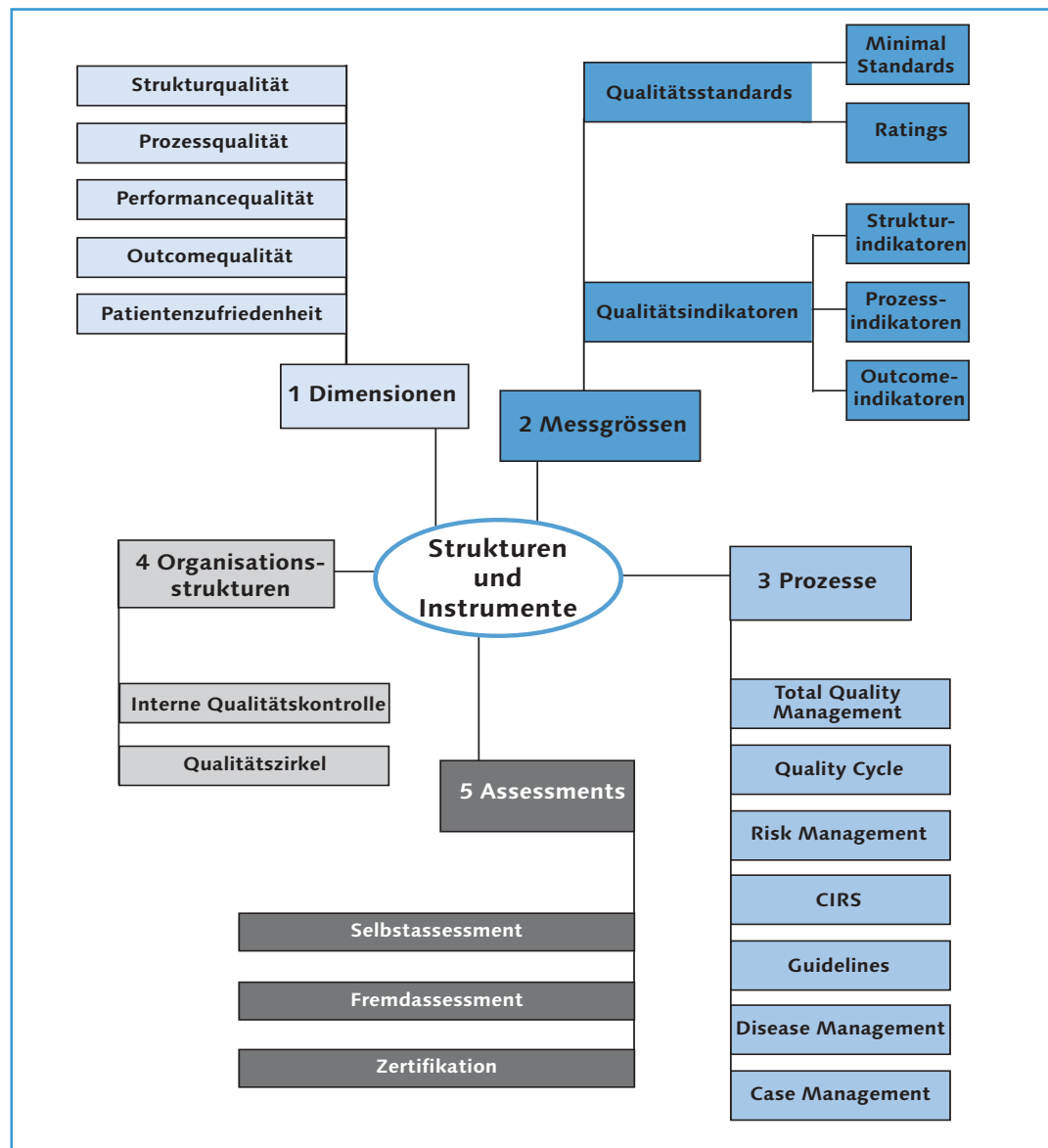
Allgemeine Medizin FMH, Mitglied des Zentralvorstands FMH, leitet in dieser Funktion das Ressort DDG – Daten, Demografie, Qualität

**Das Interview führte Kurt Hess,  
Forum Managed Care.**

<sup>8</sup> Mindestanforderungen

<sup>9</sup> H+: Interessenverband der Schweizer Spitäler und anderer Institutionen der stationären Versorgung

## Glossar Qualitätssicherung – einmal anders



## Begriffe zur medizinischen Qualitätssicherung

### 1 Dimensionen

Die Dimensionen nach Donabedian unterscheiden Strukturen, Prozesse und Ergebnisse (hier noch ergänzt)

#### Strukturqualität

Personelle / technische Ausstattung, organisatorische und administrative Voraussetzungen, Dokumentation etc.

#### Prozessqualität

Handlungen, Abläufe und Interaktion zwischen Patient – Arzt – Praxisteam (z.B. Untersuchung, Notfall-Triage, Terminvergabe, Gesprächsführung)

#### Performancequalität

Leistungsverrichtung nach wissenschaftlicher und/oder allgemein anerkannter Evidenz (Evidence based Medicine), die als Guidelines oder Minimal Standards festgehalten ist.

#### Outcomequalität

Subjektive und/oder objektive Veränderungen beim Gesundheitszustand eines Patienten, die durch die medizinische Versorgung verursacht sind, (z.B. Funktionalität, Blutdruck, Schmerzen, Rückfallhäufigkeit, Infektionsrate)

#### Patientenzufriedenheit

Subjektive Beurteilung der Konsultation oder des Spitalaufenthalts seitens des Patienten (oft zur Outcomequalität gezählt)

## 2 Messgrößen

Massstäbe zur Bewertung / Bemessung / Beurteilung / Qualitätsprüfung

### Qualitätsindikatoren

Messbare Größen mit anerkannter Qualitätsrelevanz (z.B. Anteil der Hypertoniepatienten mit regelmässigen Blutdruckkontrollen)

Gute Indikatoren sind valide, sensitiv, genau, reproduzierbar, transparent, praktikabel und realistisch.

### Qualitätsstandards

Von den Indikatoren abgeleitete und mit «Messlatten» nach Evidence based Medicine versehene Größen, meist in Form von Mindestanforderungen (Minimal Standards), oft zwecks Zertifikation (z.B. 60% der Hypertoniker haben ein Jahr nach Behandlungsbeginn einen BD < 140/90)

## 3 Prozesse

Instrumentarium und betriebliche Abläufe im Qualitätsmanagement

### Total Quality Management (TQM)

Oberbegriff für ein ganzheitliches Qualitätsmanagement, das sämtliche Rahmenbedingungen, Prozesse und Phasen der Behandlung kritisch überwacht, Kontrollen unterzieht und Qualitätskreisläufen zuführt.

### Quality Cycle / Qualitätskreislauf

Kontinuierliche Qualitätsverbesserung durch permanente Ist-Analyse → Zielformulierung → Umsetzungsplanung → Umsetzung → Soll-Ist-Vergleich

### Risk Management, klinisches

Zentraler Prozess im Qualitätsmanagement, welcher der Vermeidung von Schädigungen durch die Behandlung und Minimierung der Patientenrisiken dient.

### CIRS – Critical Incidence Reporting System

Methodik des Risikomanagements zur Identifikation, Analyse und künftigen Vermeidung von qualitäts- und sicherheitsrelevanten Problemen («near miss»)

### Guidelines

Evidenzbasierte und diagnosespezifische Richtlinien für klinische Abläufe in Diagnostik, Therapeutik und Nachsorge

### Disease Management

Instrument zur diagnosespezifischen Gestaltung und Koordination der Leistungsprozesse über die ganze Behandlungskette auf Basis wissenschaftlicher Evidenz

### Case Management

Instrument zur fallbezogenen Koordination der Leistungserbringung (in der Regel Optimierung der administrativen Abläufe)

## 4 Organisationsstrukturen

Organisatorische Voraussetzungen für die konsequente Qualitätssicherung und -kontrolle

### Interne Qualitätskontrolle

Praxis- oder spitaleigene qualitätsverantwortliche Instanz

### Qualitätszirkel, medizinisch (QZ)

Fester Kreis von Leistungserbringern, der sich regelmässig zur Besprechung qualitätsrelevanter Themen und zur Initiierung von Verbesserungsschritten und Qualitätskreisläufen trifft. Die Sitzungen der Qualitätszirkel werden geplant, moderiert und protokolliert.

## 5 Assessments

Prozess der Qualitätsbeurteilung und -kontrolle anhand von Indikatoren und Standards. Das Assessment liefert eine strukturierte Ist-Analyse, die in Qualitätskreisläufe mündet.

### Selbstassessment

Qualitätsbeurteilung und -kontrolle in eigener Regie nach eigenen oder externen Indikatoren

### Fremdassessment

Qualitätsbeurteilung und -kontrolle durch eine unabhängige Instanz nach validierten Indikatoren

### Zertifikation

Prüfung durch eine neutrale und legitimierte Instanz nach validierten Qualitätsstandards zwecks Bescheinigung der Qualität (Label)

# Spitalversorgung: Vielfalt und Koordinationsbedarf

**Die Einführung des Krankenversicherungsgesetzes KVG [1,2] führte in der stationären Versorgung zu zahlreichen Aktivitäten bei der Qualitätssicherung. Den Überblick über die verschiedenen Akteure, Stossrichtungen und Ziele zu behalten, ist schwierig. Doch gibt es Tendenzen und zentrale Erkenntnisse, die im Folgenden aufgegriffen werden.**

**Paula Bezzola, Marc-Anton Hochreutener**

Zahlreiche Akteure haben in den letzten Jahren Initiativen zur Qualitätssicherung in Spitälern ergriffen – mit unterschiedlichen Schwerpunkten, Vorgehensweisen und in verschiedenen Kooperationsformen. Die meisten Initiativen beruhen auf Freiwilligkeit. Bund und Kantone fällt es dabei schwer, ihre Aufsichtspflicht zu definieren. Trotzdem haben sie punktuell eine koordinierende oder initiiierende Rolle eingenommen und einige Projekte angestossen. So wurde Ende der Neunzigerjahre im Kanton Zürich der Verein Outcome und 2003 mit nationaler Trägerschaft die Stiftung für Patientensicherheit gegründet. Es gelang bisher aber nicht, alle Kräfte zur Qualitätssicherung in einer nationalen Organisation zu bündeln (siehe *Kasten 1*).

Der politische Druck steigt, es braucht griffige Massnahmen in der Qualitätssicherung, Informationen für die Öffentlichkeit über Qualitätsergebnisse und Massnahmen sowie eine nationale Vorgehensweise. Auch ist eine zunehmende Sensibilisierung für die Fehlerproblematik zu beobachten. Eine wei-

tere Tendenz ist die verstärkte Einbindung der Patienten in Entscheidungsprozesse und Qualitätsmassnahmen. Dies zeigen internationale Entwicklungen und Umfragen in der Schweiz [3,4].

## Sichere Versorgung

Der inhaltlich aktuellste Trend in der Qualitätssicherung ist weltweit die Förderung der Patientensicherheit (siehe *Grafik*). Dafür müssen Risiken bei der Behandlung identifiziert werden, und es gilt, aus Fehlern zu lernen. Zuerst muss die Schadensfreiheit gewährleistet sein, ehe man sich um die Hotellerie oder die Behandlungsoptimierung kümmert. Die medizinische Versorgung wird als Risikobranche erkannt und die Patientensicherheit als Kernpunkt der Qualität «wiederentdeckt».

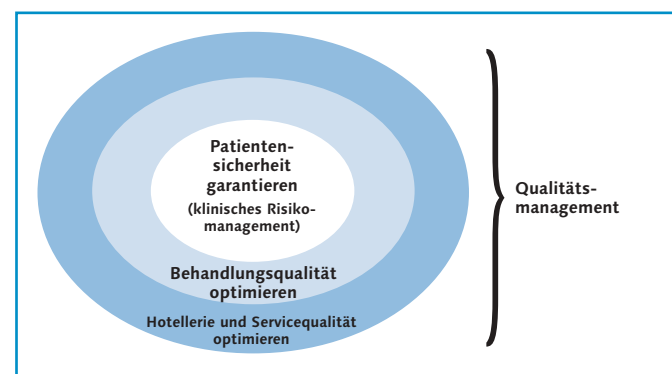
Die Kultur in unseren Gesundheitseinrichtungen ist geprägt von autoritären Verhaltensmustern und einer Nullfehlermentalität, welche das Lernen aus Fehlern hemmen. Fehler werden als das Versagen Einzelner anstatt als systemische Vorgänge verstanden.



Paula Bezzola



Marc-Anton Hochreutener



**Patientensicherheit – der Kernaspekt des Qualitätsmanagements**

Kasten 1:

## Eine Auswahl der Initiativen zur Qualitätssicherung

- Koordinations- und Informationsstelle für Qualitätssicherung, KIQ: Exekutivorgan des Rahmenvertrags zwischen H+ Die Spitäler der Schweiz und den Versicherern. [www.kiq.ch](http://www.kiq.ch)
- Forum de la Qualité, FoQual: Netzwerk in der französischen Schweiz; verfasst Empfehlungen und Kommentare. [www.foqual.ch](http://www.foqual.ch)
- Verein Outcome (Kanton ZH, seit 2001 Kooperation mit BE, AG, SO): Entwickelt und organisiert Outcomemessungen für Spitäler. [www.vereinoutcome.ch](http://www.vereinoutcome.ch)
- Stiftung für Patientensicherheit (seit 2003), getragen durch BAG, SAMW, Berufsverbände, Schweizerische Patientenorganisation, 15 Kantone, H+ Die Spitäler der Schweiz: Organisiert und vernetzt Aktivitäten zur Förderung der Patientensicherheit. [www.patientensicherheit.ch](http://www.patientensicherheit.ch)
- Branchenlösung von H+ Die Spitäler der Schweiz: Verschiedene Qualitätskernaktivitäten sollen standardisiert werden (in Arbeit). [www.hplus.ch](http://www.hplus.ch)
- Anbieter für Qualitätsmanagementsysteme und Zertifizierungen: Beispiele sind [www.sanacert.ch](http://www.sanacert.ch), [www.sqs.ch/branche\\_gesundheit](http://www.sqs.ch/branche_gesundheit), [www.concret-ag.ch](http://www.concret-ag.ch), [www.procet.ch](http://www.procet.ch), Beraterfirmen.
- Projekte zur Qualitätsverbesserung: Beispiele sind emerge (Notfallstationen), Kampagne zur Handhygiene 2005/2006 von SwissNOSO. [www.swisshandhygiene.ch](http://www.swisshandhygiene.ch)
- Zahlreiche Initiativen zur Qualitätsmessung, Standardisierung und Fehlererfassung von medizinischen Fachgesellschaften, Berufsorganisationen und Spitälern.

Für ein Spital mit seinen komplexen Aufgaben, Prozessen und Strukturen ist die Risikominimierung schwieriger als beispielsweise für einen Ölkonzern. Die Sensibilität für diese Situation nimmt jetzt zu. Die Entwicklung einer konstruktiven Kultur im Umgang mit Fehlern ist eine grosse Herausforderung für die Leistungserbringer. Auch

die Bereitschaft der Industrie und der Behörden, Produkte so zu konzipieren, dass Fehler (etwa Verwechslungen von Medikamenten) vermieden werden können, gilt es auszubauen.

Die Stiftung für Patientensicherheit fördert die Vernetzung von engagierten Kreisen und trägt mit Projekten zur Förderung der Patientensicherheit bei. Zwei Beispiele:

- In einem Pilotprojekt (CIRRNET = Critical Incident Reporting and Reacting Network) baut die Stiftung eine Lernplattform auf und macht Erkenntnisse aus lokalen Fehlermeldesystemen auf nationaler Ebene verfügbar.
- Sie gibt Empfehlungen zu Kernthemen, etwa zur Kommunikation mit Patienten und Angehörigen nach Zwischenfällen oder zur Vermeidung von Verwechslungen bei Eingriffen [5].

### Gezielte Qualitätsmessungen

Einige zentrale Erkenntnisse ergeben sich aus den laufenden Initiativen zur Qualitätsmessung. So müssen Qualitätsmessungen an klare Ziele gekoppelt sein. Dies ist nicht trivial, da die Akteure oft unterschiedliche Ziele verfolgen. Auch sind die Betrachtungsebenen (Fall, Diagnosegruppe, Abteilung etc.) zu unterscheiden, und es gibt Grundansätze, die sich widersprechen können (siehe *Kasten 2*). Fortschritte können erzielt werden, wenn die Qualitätsmessungen stärker an Verbesserungsmassnahmen gekoppelt sind. Das bedeutet, ein Schwergewicht wird auf Ergebnisqualitätsmessungen gelegt, um Verbesserungsmassnahmen zu überprüfen und Handlungsbedarf zu erkennen. Ein Monitoring von Qualitätsindikatoren ergänzt das ökonomische Monitoring, und gegenüber der Öffentlichkeit muss die Transparenz erhöht und die Information erweitert werden.

### Mehr Informationen

Patientinnen und Patienten wollen vermehrt Informationen über Richtlinien oder Prozesse im Spital [4]. Ihr Wissen und ihre Bewertungen spielen eine wichtige Rolle. Länder wie zum Beispiel Grossbritannien haben dies erkannt und umgesetzt: Die Patienten werden dort aktiv mit einbezogen in Qualitäts- und Sicherheitsmassnahmen. Sie wis-

Kasten 2:

## Gegensätzliche Ansätze zur Qualitätsmessung

Managementsicht – wissenschaftliche Sicht  
Individuelle medizinische Versorgung – Systemversorgung  
Selbstmessung – Fremdmessung  
Individueller Ansatz – konzertierter Ansatz  
Interdisziplinärer Ansatz – fachspezifischer Ansatz

sen, wann das Personal die Hände desinfizieren sollte oder dass wiederholt nachgefragt werden muss, um Verwechslungen zu vermeiden. In der Schweiz bestehen noch Vorbehalte gegenüber einem solchen Einbezug der Patienten. Auch Patientenorganisationen werden oft mehr als Gegner denn als Partner für Verbesserungsmassnahmen wahrgenommen und kaum unterstützt.

### Konzertiertes Vorgehen

Durch konzertiertes Vorgehen könnten die Kräfte gebündelt werden. Zudem wird das Vertrauen in das System gestärkt, indem alle Partner und die Öffentlichkeit klare Botschaften erhalten. Die Motivation der beteiligten Institutionen und Personen würde dadurch steigen. Die Stiftung für Patientensicherheit unterstreicht diese Punkte in ihrem Evaluationsbericht zur Händehygienekampagne 2005/2006 [5]. Die Motion der SGK<sup>1</sup> «Qualitätssicherung und Patientensicherheit im Gesundheitswesen» – von beiden Räten überwiesen – weist dem Bund eine entsprechende Koordinationsrolle zu. Auch der OECD<sup>2</sup>-Bericht über das schweizerische Gesundheitssystem [6] bemängelt, dass es an landesweiten Grundsätzen, Programmen und systematischen Ergebniskontrollen fehlt. Koordination erfordert den Einbezug aller Partner, unter Umständen eine Anpassung des KVG und die Klärung folgender Punkte:

1 SGK: parlamentarische Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit

2 OECD: Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

- Rollen und Verantwortung der Akteure (Leistungserbringer, Versicherer, Kantone, Bund, Berufsverbände und Fachgesellschaften)
  - Betrachtungsebenen der Qualität und Sicherheit (System-, Klinik-, Abteilungs-, Patientenebene)
  - Definition der Bereiche, bei denen ein nationales Vorgehen notwendig ist.
- Der Bund wäre als Koordinator (nicht Ausführender!) prädestiniert. Gerade Messgrößen, Richtlinien und Empfehlungen sowie Verbesserungsmassnahmen sollten national entwickelt werden. Gute Ansätze bestehen, doch viele Projekte können nicht auf nationaler Ebene vorangetrieben werden. Gründe dafür sind Befürchtungen, Einfluss oder Profil zu verlieren sowie Ängste vor Kosten und Informationsmissbrauch. Hier braucht es einen nationalen Vermittler. Ein weiteres Hindernis stellen Sparmassnahmen dar, wenn sie vorausschauende Vorinvestitionen in letztlich kostensparende Massnahmen unterminieren. Die Bedeutung eines konzertierten Vorgehens muss in der Politik erkannt werden, denn es beinhaltet das Potenzial für eine bessere und sicherere Versorgung bei tieferen Kosten.

Autoren:

**Paula Bezzola MPH, Stv. Geschäftsführerin**  
**Dr. Marc-Anton Hochreutener, Geschäftsführer**

Stiftung für Patientensicherheit  
Asylstrasse 41  
8032 Zürich  
info@patientensicherheit.ch

### Literatur:

1. Krankenversicherungsgesetz KVG (Art. Artikel 56 und 58) [www.admin.ch/ch/d/sr/c832\\_10.html](http://www.admin.ch/ch/d/sr/c832_10.html)
2. Verordnung über die Krankenversicherung KVV, (Art. 77).
3. Gesundheitskompetente Bürger in der Schweiz: Wunsch oder Wirklichkeit? Erste Ergebnisse einer Studie decken Bedarf auf, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (ISPMZ), 2006, [www.gesundheitskompetenz.ch/](http://www.gesundheitskompetenz.ch/)
4. The Future Patient in Switzerland. Das Gesundheitssystem der Zukunft aus Sicht von Bürgerin und Bürger, in: SGGP-Schriftenreihe, Bd. 71, Bern 2003.
5. [www.patientensicherheit.ch](http://www.patientensicherheit.ch)
6. OECD-Berichte über Gesundheitssysteme, Schweiz, 2006.

# Verbesserungs- möglichkeiten in der Praxis erkennen

**Das Europäische Praxisassessment (EPA) unterstützt Arztpraxen bei ihrer Qualitätsentwicklung. Dies beinhaltet einen Prozess von Qualitätsbewertung und -kontrolle anhand von Indikatoren und Standards. In der Schweiz wird dieses System bereits in über 100 Arztpraxen angewendet. Die bisherigen Erfahrungen zeigen eine gute Machbarkeit mit sehr gutem Aufwand-Nutzen-Verhältnis.**

## Beat Künzi

EPA beruht auf einem wissenschaftlich validierten System des Qualitätsmanagements. Validiert bedeutet, die spezifisch hausärztliche Arbeitsweise wird berücksichtigt, und die Praxis wird als «lernendes System» verstanden. Eine moderne Informationstechnologie erleichtert es, gewonnene Erkenntnisse in der Praxis umzusetzen. Die Bewertungsergebnisse können intern und extern transparent gemacht werden. So lassen sich qualitative Verbesserungsmöglichkeiten in der Praxis erkennen, und es stehen objektive Kriterien im Rahmen eines Benchmarking<sup>1</sup> oder einer Praxiszertifizierung zur Verfügung. Das EPA wurde in einer europäischen Forschungskoooperation entwickelt (siehe *Kasten 1*) und besteht zurzeit aus 210 Qualitätsindikatoren, hinter denen 313 Fragen oder Informationen (items) stehen. Die In-

<sup>1</sup> Benchmarking ist ein wiederholt eingesetzter Prozess um Produkte, Dienstleistungen und Arbeitsprozesse von mehreren Unternehmen (z.B. Arztpraxen) zu beurteilen und – anhand des Vergleiches – zu verbessern.

dikatoren sind dabei fünf Qualitätsbereichen zugeordnet (siehe *Kasten 2*).

## Das Assessment in der Praxis

EPA berücksichtigt die unterschiedlichen Perspektiven von Praxisinhaber, Mitarbeitern, Patienten und eines speziell ausgebildeten Praxisvisitors. Erfasst werden diese durch Selbst- und Fremdassessment (Visitation), Patienten- und Mitarbeiterbefragung, Feedback und Teambesprechung. Diese Informationen sind alle anonym und werden von einer neutralen Stelle in einer Datenbank gesammelt. Diese kann in klar definierten Grenzen über eine geschützte Internetverbindung kontaktiert werden. Zu einem vereinbarten Termin wird die Datenerhebung durch eine Praxisbegehung anhand einer Checkliste und eines strukturierten Arztinterviews ergänzt respektive überprüft. Anschliessend erfolgt ein Feedback über empirische Stärken und Schwächen der Praxis. Idealerweise werden dabei bereits gemeinsam Prioritäten, Verantwortlichkeiten und ein Zeitplan für erste Veränderungen in einer To-do-Liste festgelegt. Nach etwa sechs Monaten folgt ein kurzer Verlaufsbesuch.

## Erfahrungen in Europa

Unter den zwölf europäischen Ländern, in denen EPA bis heute angewendet wird, nimmt Deutschland – neben den Niederlanden – eine Vorreiterrolle ein. Dort wurden gegen 1000 Hausarztpraxen vom Aqua-Institut für angewandte Qualitätsforschung in Göttingen evaluiert. Mit EPA-Dent steht ausserdem eine Assessmentvariante für Zahnärzte zur Verfügung, die bereits erfolg-



Beat Künzi

reich in mehreren hundert deutschen Zahnarztpraxen angewendet wird. Ebenso erfolgte eine Anpassung für pädiatrische Praxen. In Dänemark sind mit Danpep<sup>2</sup> auf nationaler Ebene über 50 000 Patienten in die Qualitätsbeurteilung ihrer Hausärzte einbezogen. Die anonymisierten EPA-Daten werden in einer internationalen EPA-Datenbank in Nijmegen zusammengeführt, welche allen beteiligten Forschern für vergleichende Versorgungsforschung zur Verfügung steht.

### Implementierung in der Schweiz

Unter Führung von Swisspep<sup>3</sup> sind Experten und Ärztenetzwerke aus der Schweiz seit 2001 an der Entwicklung und Pilotierung von EPA in 30 Praxen beteiligt. Genutzt wurden dabei auch die seit 1999 gemachten Erfahrungen mit dem Swisspep-QualiDoc-Programm, das wie EPA mehrperspektivisch aufgebaut war [3]. So enthielt QualiDoc bereits auch die gleiche

#### Kasten 1

### Die Entwicklung von EPA

Das Konzept und die Qualitätsindikatoren wurden mit Unterstützung der deutschen Bertelsmann-Stiftung in Gütersloh, von einer internationalen Arbeitsgruppe unter der Leitung von Prof. Richard Grol, Nijmegen, entwickelt. Die Ergebnisse des dreijährigen Entwicklungsprozesses sowie einer internationalen Vergleichsstudie mit 300 Praxen aus zehn Ländern (inkl. der Schweiz) sind in einer Publikation zusammengestellt [1]. Die mit EPA entwickelte Methode für ärztliches Qualitätsmanagement wurde 2005 an der 1. Internationalen EPA-Konferenz in Berlin vorgestellt und seither in mehreren wissenschaftlichen Publikationen diskutiert [2].

Patientenbefragung (Europep) wie heute EPA. Für die koordinierte Umsetzung von EPA in der Schweiz wurde 2004 das Konsortium Topas\./ Schweiz gegründet, dem ausser Swisspep die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, der Dachverband der Ärztenetzwerke med-swiss.net und die Equam-Stiftung angehören. Die FMH förderte EPA mit einem Kostenbeitrag an die ersten 30 am Postpilot teilnehmenden Praxen. Für die Praxisbesuche wurde ein interdisziplinäres Team von PraxisvisitorInnen ausgebildet. 2006 konnte das HMO-Zertifizierungsverfahren der Stiftung Equam, basierend auf EPA, auf Einzelpraxen erweitert und erfolgreich beim Bund akkreditiert werden.

### Verbesserungen bei der Praxisorganisation

Die bisherigen Erfahrungen in der Schweiz zeigen in über 100 Arztpraxen eine gute Machbarkeit mit sehr gutem Aufwand-Nutzen-Verhältnis. Über 30 000 Patienten haben an der Befragung teilgenommen, wobei der Fragebogen-Rücklauf pro Praxis typischerweise über 90 Prozent liegt. Von den Praxen

2 Danpep: dänische Version der in EPA verwendeten Europep-Patientenbefragung

3 Swisspep: Institut für Qualität und Forschung im Gesundheitswesen, [www.swisspep.ch](http://www.swisspep.ch)



## Kasten 2

### Die fünf Domänen des EPA

Die Qualitätsindikatoren des Europäischen Praxisassessments lassen sich folgenden grossen Themenbereichen (Domänen) zuordnen:

- 1. Infrastruktur:** Erreichbarkeit/Verfügbarkeit, Sicherheit der Informationstechnologien, medizinische und nicht medizinische Ausstattung.
- 2. Menschen:** Arbeitsbedingungen, Mitarbeiter- und Teamfunktion, lernende Organisation, Patientenerfahrungen (Befragung von 75 Patienten pro Praxis bzw. von 40 Patienten pro Arzt in Gruppenpraxen).
- 3. Informationsmanagement:** Dokumentation, Fachinformationen für Mitarbeiter, Patienteninformation, Prävention, Informations- und Kommunikationssysteme, Praxisphilosophie.
- 4. Finanzen:** Planung, Monitoring und Verantwortung.
- 5. Qualität und Sicherheit:** System zur Erkennung von Qualitäts- und Sicherheitsproblemen, für Qualitätsentwicklung und -politik, Verletzungs- und Infektionsschutz. Mit speziell für die Schweiz entwickelten Zusatzindikatoren werden Qualitätszirkelarbeit und Disease Management verglichen.

besonders geschätzt wurde die Unterstützung durch den Praxisvisitor sowie die optionalen Workshops. Verbesserungen wurden vor allem bei der Praxisorganisation erzielt. Mit Ausnahme von HMO und Praxen in Ärztenetzwerken, welche sich mit der Equam-Zertifizierung einen Marktvorteil verschaffen, fehlt allerdings ein Anreiz für die Absolvierung von EPA (die Kosten betragen Fr. 2495.– exkl. MwSt und Zertifizierungsgebühr).

#### Aktuelle Weiterentwicklung

EPA ermöglicht Hausarztpraxen erste Erfahrungen mit der Ergebnismessung in ausgewählten Bereichen (zum Beispiel Patientenbefragung), krankheitsspezifische Resultatindikatoren (zum Beispiel AOK-Indi-

katoren) lassen sich problemlos einbauen. Hier setzt die aktuelle Weiterentwicklung auf nationaler (Equam-Stufe C) und internationaler Ebene (EPA-Cardio 2005–2008) an, daneben werden weitere Module für Spezialärzte (EPA-Plus) sowie Psychiatrische Po-

#### Von den Praxen besonders geschätzt wurde die Unterstützung durch den Praxisvisitor sowie die optionalen Workshops.

likliniken und Praxen (EPA-Psy) entwickelt. Geplant ist auch eine sprachliche Anpassung für Praxen in der Romandie.

Aufgrund der weltweiten Erfahrungen mit derartigen Qualitätsmessinstrumenten wird empfohlen, dass Praxen in jedem Fall Transparenz mit formativen Methoden schaffen, da rigorose wissenschaftliche Grundlagen für eine gerechte summative Qualitätsbeurteilung von Hausärzten fehlen. Diese Methoden sollten primär Verbesserungen und nicht allein Kontrolle zum Ziel haben. Diese Vorgaben werden mit EPA in der Schweizer Version erfüllt. Dabei sollten jedoch Rahmenbedingungen geschaffen werden, welche alle Praxen unterstützen und verpflichten, mindestens die Einhaltung von Minimalstandards nachzuweisen.

Autor:

Dr. med. Beat Künzi  
Wissenschaftlicher Leiter EPA Schweiz,  
Geschäftsführer Swisspep  
Swisspep Institut für Qualität & Forschung  
im Gesundheitswesen  
Mattenstrasse 9 / Postfach  
3073 Gümligen  
beat.kuenzi@swisspep.ch

#### Literatur:

1. Grol R, et al.: Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 882–887.
2. Engels Y, et al.: Developing a framework and a core set of quality indicators for practice management in general practice in six European countries. *Fam Pract* 2005; 22: 215–222.
3. Künzi B., Europep: Verbesserung der medizinischen Versorgung durch Einbezug der Patienten. *Managed Care* 1999; 1: 14–15.

Die ausführliche Literaturliste und weitere Informationen sind beim Autor erhältlich.

# Klinische Indikatoren – Equam betritt Neuland

**Der Equam-Stiftungsrat beschloss 2005, das bestehende Zertifizierungsset um Indikatoren und Standards der klinischen Qualität zu ergänzen. Nach rund zweijähriger Arbeit liegt für die Diagnose Hypertonie ein Set an Standards vor, das bereits ein erstes Pilot-assessment bestanden hat und bis zum Herbst praktischen Prüfungen unterzogen wird. Das Set beinhaltet drei Module auf verschiedenen Ebenen.**

## Kurt Hess

Equam<sup>1</sup> arbeitet seit 1999 mit eigenen Indikatoren<sup>2</sup> und Standards<sup>3</sup> und hat diese 2005 in Kooperation mit Swisspep<sup>4</sup> an das European Practice Assessment (siehe dazu Beitrag S. 15ff) adaptiert. Damit verfügt Equam für die Praxiszertifizierungen über international validierte<sup>5</sup> Indikatoren. Dieses Basis-set stellt **Modul A** des Zertifizierungs-Instrumentariums für Einzelpraxen, Gruppen-

praxen und Ärztenetze dar und ist vom Bund akkreditiert worden.

Für die Zertifizierung von Praxen des Managed Care (Ärztenetze, HMO-Praxen) ist als

## Die Anforderungen an vernetzte Praxen sind deutlich höher als an konventionelle Praxen.

Zusatz zu Modul A das bereits akkreditierte **Modul B** auch in die neuen Zertifizierungsstandards übernommen worden. Es besteht im Wesentlichen aus höherwertigen Prozessindikatoren (Qualitätszirkel, Guidelines und Disease-Management). Die Anforderungen an vernetzte Praxen sind damit deutlich höher als an konventionelle Praxen.

Mit dem vorliegenden Projekt werden nun auch erste Indikatoren und Standards zur klinischen Performance- und Outcomequalität ins Zertifizierungs-Instrumentarium aufgenommen. Zu diesem Zweck ist Equam eine Kooperation mit dem Bundesverband des deutschen Versicherers AOK eingegangen, in dessen Mandat das Aqua-Institut<sup>6</sup> klinische Indikatoren für Ärztenetze erarbeitet und validiert hat. Dies erlaubt Equam die Nutzung der AOK-Indikatoren. Sie werden an die schweizerischen Bedürfnisse angepasst und in prüfbare Qualitätsstandards umgearbeitet (siehe *Abbildung 1*). Diese werden in Zukunft das – freiwillige – **Modul C** des Zertifizierungs-Instrumentariums bilden.

## Die Crux mit der Outcomequalität

Unter Anwendung der bekannten Kategorien «Struktur-, Prozess- und Ergebnisqua-

1 Equam (Externe Qualitätssicherung in der Medizin): unabhängige und vom Bund akkreditierte Stiftung zur Praxiszertifizierung.

2 Qualitätsindikatoren: bemessbare / beurteilbare Grössen mit anerkannter Qualitätsrelevanz.

3 Qualitätsstandards: von den Indikatoren abgeleitete und mit den Massstäben der Evidence based Medicine versehene Grössen, meist in Form von Minimal Standards.

4 Swisspep: Institut für Qualität und Forschung im Gesundheitswesen.

5 Validierung: wissenschaftlicher Prozess zur Identifikation und Definition jener Indikatoren, welche die Qualität korrekt, relevant und bemessbar beschreiben.

6 Aqua-Institut für angewandte Qualitätsforschung in Göttingen (D).

lität» muss praktisch allen etablierteren Qualitätsbemessungssystemen eine gewisse Strukturlastigkeit attestiert werden. Darin zeigt sich die grosse Schwierigkeit, praktikable und valide Indikatoren der Ergebnisqualität zu definieren. Strukturindikatoren sind relativ einfach zu dokumentieren und zu messen. Daraus entsteht die Gefahr, dass gemessen wird, was gemessen werden kann und nicht, was die Qualität der Praxis oder des ärztlichen Handelns am besten beschreibt (Prinzip der Validität). Einzelne Methoden, so auch das Equam-Zertifizierungsset, favorisieren deshalb zusätzlich komplexere Indikatoren der Prozessqualität. Meist aber beschränkt sich die Ergebnisqualität auf die Erhebung der Patientenbeurteilung.

Doch auch die beste evidenzbasierte Definition und eine perfekte Dokumentation von klinischen Ergebnissen weisen immer noch den Mangel auf, dass sie den individuellen klinischen Situationsbezug weitgehend ausser Acht lassen. Die Zielgrössen oder Minimal Standards für eine Durchschnittspopulation können im Einzelfall höchst unrealistisch sein.

Aus diesen Gründen rücken die bekannten klinischen Indikatorensysteme, so diejenigen des britischen NHS (National Health Service) und der AOK, oft von der Outcomebemessung im engeren Sinn ab und setzen mehr auf klinische Performanceindikatoren<sup>7</sup>. Auch das Equam-Projektteam folgt dieser Tendenz.

### Stand des Projekts

Von den sieben Diagnosen<sup>8</sup> der AOK ist im Equam-Projekt für die Pilotstudie die Hypertonie gewählt worden. Die zugehörigen AOK-Indikatoren sind in 16 Subindikatoren und schliesslich in ebenso viele prüfbare Standards umgearbeitet worden

Die Prüfung in einem Pilotassessment hat zu einigen Ergänzungen der AOK-Indikatoren geführt, so zu einem Standard zur Methodik der Blutdruckmessung, also einem Standard der Indikationsqualität. Die Prüfstandards sind anschliessend um detaillierte Anleitungen zur Dokumentation durch die Praxen ergänzt worden. Mit der analogen Umsetzung für die koronare Herzkrankheit wurde bereits begonnen.

Abbildung 2 zeigt auf, dass sich die nachge-

wiesene Qualitätsrelevanz (Validität) und die Praktikabilität im Praxissetting oft fast unvereinbar gegenüberstehen. Wenn auch die verwendeten Indikatoren validiert sind, so fehlt den Standards noch der Nachweis der Praktikabilität. Diese muss gegeben sein

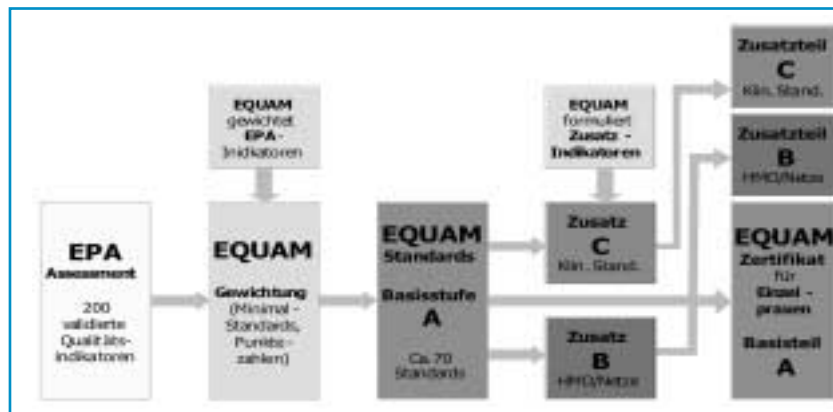


Abbildung 1: Kooperation EPA und Equam: kompatible Qualitätsindikatoren und -standards

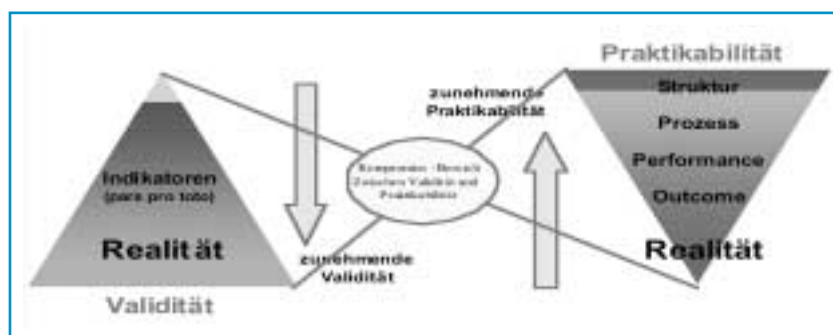


Abbildung 2: Die Komplexität der Qualitätsmessung: Validität versus Praktikabilität

sowohl für die Erreichbarkeit der geforderten Minimal Standards in der täglichen Praxis wie auch für die Dokumentation zwecks Qualitätsprüfung. So muss die Praxis für die Indikatoren der Diagnose Hypertonie drei Patientenregister vorlegen können:

1. Register aller Patienten, die während der Beobachtungszeit die Praxis zur Konsultation aufgesucht haben
2. Register aller erfassten Hypertoniepatienten

<sup>7</sup> Qualität der Leistungserbringung, d.h. die Leistungsverrichtung nach wissenschaftlicher oder allgemein anerkannter Evidenz (Evidence based Medicine), die in Form von Guidelines festgehalten ist.

<sup>8</sup> Koronare Herzkrankheit, Hypertonie, Diabetes mellitus, Asthma, Depression, Alkoholabusus, akuter Rückenschmerz.

3. Register aller während der Beobachtungszeit neu entdeckten Hypertoniker.

Eine Prüfung der Standards kann also nur prospektiv erfolgen, das heisst, die Praxis muss während einer Beobachtungszeit von rund sechs Monaten diese drei Register generieren. Zudem muss sie die Patienteneinwilligung zur Akteneinsicht durch den Auditor einholen. Erst dann kann der Zertifizierungsaudit stattfinden. Es versteht sich von selbst, dass solche Register mit vernünftigem Aufwand nur durch die elektronische Krankengeschichte erstellt werden können.

### Ausblick

Dieser Schritt des Praktikabilitätsnachweises steht in der laufenden Projektphase im Mittelpunkt. Die für eine Zertifizierung massgeblichen Minimal Standards werden im Rahmen einer Master Thesis bis im Herbst 2007 auf ihre Validität und Praktikabilität geprüft. Geplant sind Delphi-Analysen in rund 30 Allgemeinpraxen, weitere Pilot-assessments, Expertenbefragungen und eine Literaturreview. Die dabei zu prüfenden Standards betreffen die Mindestanforderungen zu

- Methodik der Blutdruckmessung
- Laboruntersuchungen bei ersterkannten Hypertonikern
- körperlicher und apparativer Untersuchung
- Anamneseerhebung
- Medikationsschemata
- Präventionsberatung.

Jeder dieser Bereiche wird den gleichen Prüfprozessen unterzogen.

Noch dieses Jahr werden die Equam-Standards zur klinischen Qualität bei der Schweizerischen Akkreditierungsstelle (SAS) zur Akkreditierung angemeldet. Der Akkreditierungsprozess beinhaltet die Validierung der Standards und die Prüfung der korrekten Umsetzung im Praxisalltag.

Die Komplexität von klinischen Indikatoren mag in dieser Projektpräsentation evident geworden sein. Es ist richtig, dass eine ganzheitliche Qualitätsbewertung des Praxisalltags – neben der Struktur- und Prozessqualität – die Ergebnisse der Leistungserbringung mit einschliessen soll. Deshalb ist der Ruf nach diagnosebezogenen Bewertungsgrössen nicht zu überhören. Wer in diesen

Chor einstimmt, muss sich aber intensiv mit der Praktikabilität auseinandersetzen.

Dies zu tun, ist eines der wesentlichen Pro-

### Der Akkreditierungsprozess beinhaltet die Validierung der Standards und die Prüfung der korrekten Umsetzung im Praxisalltag.

jektziele. Damit will Equam kein Zeichen für einen Alleingang setzen, sondern ihre Führungsposition als Praxiszertifizierer durch eigene Erfahrungen in dieser hochkomplexen Materie festigen. Auch die Projektteams von EPA/Swisspep arbeiten an ähnlichen Prozessen und kämpfen mit den gleichen Schwierigkeiten. Sobald deren Indikatoren und Standards vorliegen und die Machbarkeit nachgewiesen ist, wird Equam – wie in der positiven Kooperation zum Basis-Modul A – eine Adaptierung an EPA prüfen.

Autor:

**Kurt Hess**

Projekte und Beratung im Gesundheitswesen  
Grossmünsterplatz 1  
8001 Zürich  
kurt.hess@hin.ch

Die im Jahr 1999 gegründete Equam-Stiftung ist unabhängig und gemeinnützig und vereint in ihrem Stiftungsrat Vertreterinnen und Vertreter der Patientenorganisationen, der schweizerischen Ärzteorganisation (FMH), der Kranken- und Unfallversicherer (Santésuisse und Suva), der Ombudsstelle der schweizerischen Krankenversicherer sowie klinisch tätige Ärzte und unabhängige Fachpersonen. Die Stiftung bezweckt die Förderung der externen, unabhängigen Qualitätssicherung und -kontrolle in der medizinischen Versorgung und wurde durch die Schweizerische Akkreditierungsstelle im Januar 2003 akkreditiert als Zertifizierungsstelle für Qualitätsmanagementsysteme in der ambulanten Medizin.

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

# Qualität und Wirtschaftlichkeit als Widersacher?

**Wirtschaftlichkeit und Qualität medizinischer Leistungen werden sich mit der Einführung von Fallkostenpauschalen in einem neuem Licht präsentieren. Dabei stellt sich die Frage, ob und wie sich diese neue wirtschaftliche Logik in der Medizin auf die Behandlungsqualität auswirkt. Eine deutsche Studie zeigt, dass Fallkostenpauschalen die ärztlichen Handlungs- und Entscheidungsprozesse deutlich beeinflussen können.**

**Peter Berchtold**

Die schweizerische Gesundheitsversorgung spielt qualitativ und preislich auf hohem Niveau. So oder ähnlich lässt sich die breite Meinung zu Qualität und Wirtschaftlichkeit zusammenfassen. Die neuste OECD-Studie [1] bestätigt unser Gesundheitssystem als das zweitbeste weltweit und weist gleichzeitig auf die «vielen Qualitätsmanagement-Initiativen der Leistungsanbieter auf lokaler Ebene» hin. So weit sind sich alle Akteure einig. Wird aber Wirtschaftlichkeit<sup>1</sup> ins Spiel gebracht, scheiden sich die finanzierenden und leistungserbringenden Geister rasch, gerade so, als gäbe es eine fixe gegensätzliche Beziehung zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit. Ist dem so? Haben wir uns einfach zu stark an die Formel «gut gleich teuer» gewöhnt, oder was müsste sein, damit Qualität und Wirtschaftlichkeit zusammengehen?

<sup>1</sup> definiert als Quotient von Ertrag und Aufwand

## Neue Situation durch DRG

Kein Versicherer würde offen nach Wirtschaftlichkeit auf Kosten der Qualität rufen (siehe Beitrag S. 24ff.). Und kein Leistungserbringer würde offen Qualität ohne jegliche Kostenberücksichtigung fordern. So weit herrscht nochmals Einigkeit, mindestens in dieser grundsätzlichen Betrachtung. Diese Einigkeit besteht zu einem Zeitpunkt, in welchem noch keine wirklich griffigen – ausser den intrinsisch vorhandenen – Anreize zu Qualität und Wirtschaftlichkeit existieren. Das wird sich mit der Einführung der diagnosebezogenen Fallkostenpauschalen (DRG) – mindestens im Spitalsektor – gründlich ändern: Ab 2009, so die Planung, soll jede stationäre Behandlung aufgrund einer der 668 Fallgruppen vergütet werden. Hospitalisationsdauer, aufwendige Untersuchungen oder teure Implantate spielen dann keine Rolle mehr. Zwar werden die Geldbeträge pro Fallgruppe differenziert berechnet beziehungsweise verhandelt, die Vergütung der individuellen Behandlung wird aber nur aufgrund einer dieser 668 Fallgruppen erfolgen [2].

## Wirtschaftlichkeit im Spital

Die Absichten (sprich Anreize) dieses Vergütungssystems sind klar: Da die Versicherer nur noch einen (prospektiv festgelegten) Betrag pro Behandlungsfall bezahlen, obliegt es neu den Behandelnden beziehungsweise dem Spital, nicht nur die Behandlungen selbst, sondern auch den damit verbundenen Ressourcenaufwand zu verantworten. Während früher beispielsweise eine lange Hospitalisationsdauer durch die Taggeld-



**Peter Berchtold**

pauschalen auch mit einer höheren Vergütung honoriert wurde, wird mit den Fallkostenpauschalen eine kurze Aufenthaltsdauer belohnt.

Damit dieser Anreiz bis in den klinischen Alltag eine Wirkung entfaltet, werden gleichzeitig die Kostenrechnungen der Spitäler optimiert (das heisst auf Kostenträgerrechnung umgestellt) und damit ein Medizincontrolling (sprich eine Medizin-«Steuerung») bisher unbekanntes Ausmasses ermöglicht. So wird man beispielsweise berechnen können, ob sich die Behandlung bestimmter Fallgruppen für das Spital finanziell lohnt oder nicht. Die Wirtschaftlichkeit schleicht sich also, vorerst noch auf leisen Sohlen, immer näher ans Patientenbett.

### Vorurteile oder berechtigte Skepsis?

Höchste Zeit, meinen die einen, denn wer über teure Behandlungen und lange Hospitalisationen entscheidet, soll die Ressourcenfolgen dieser Entscheide angemessen mitverantworten. Diese Mitverantwortung sei unverantwortlich, denn sie gefährde die Qualität von Behandlung und Versorgung, meinen die andern: Spitäler und Kliniken würden versuchen, komplexe (und teure) Fälle «abzuschieben», Patienten zu früh nach Hause zu schicken (und im Falle eines komplikationsbedingten Wiedereintritts die Fallpauschale ein zweites Mal zu kassieren) oder primär günstige (statt effektive) Behandlungsmassnahmen wählen.

Sind diese Gefahren, welche in letzter Zeit auch mediale Aufmerksamkeit gewonnen haben, Vorurteile ewiger Verhinderer, oder hat die Einführung von Wirtschaftlichkeit und ökonomischen Kalkülen eventuell nachteilige Auswirkungen auf Behandlung und Qualität? Für diese Frage aufschlussreich ist eine Studie, welche einen bedeutsamen Einfluss der DRG-Einführung beziehungsweise der damit verbundenen Ökonomisierung der klinischen Arbeit auf die ärztlichen Handlungs- und Entscheidungsprozesse in deutschen Spitälern und insbesondere in internistischen Abteilungen aufzeigt [3]. Diese dokumentarische Evaluation über mehrere Jahre schildert, dass

- Behandlung und Betreuung tayloristisch organisiert und in kurze und getrennt abzurechnende Teile zergliedert werden

- das internistische professionelle Ethos und der Anspruch, sich ein umfassendes Bild vom Patienten und dessen Krankheit zu machen, behindert werden
- aufwändige (und teure) Diagnostik das frühere (und billigere) «Warten und Beobachten» ersetzt
- neue umfangreiche Administrativaufgaben (DRG-Codierung u.a.m.) den direkten Kontakt der Ärzte mit den Patienten (und mit den Pflegenden) einschränken
- Arztvisiten – früher umfassende Arbeitsbesprechungen vor dem Patienten – sich zum ausschliesslichen Kontrollforum für Probleme wandeln
- in der Informationsübergabe und in den Behandlungsprozessen selbst Pannen und Brüche entstehen.

### Risiken und Herausforderungen

Bedeutsam sind diese Beobachtungen deshalb, weil sie exakt das Gegenteil von dem implizieren, was mit der Einführung von Anreizen zu besserer Wirtschaftlichkeit erreicht werden sollte: Erstens könnte das primäre Ziel der DRG-Vergütung, eine verbesserte Wirtschaftlichkeit, nicht erreicht werden, beispielsweise indem «eine erhebliche Verkürzung der Hospitalisationsdauer nur zum Preis einer technisch teuer aufgerüsteten Medizin zu haben ist» [3]. Zweitens könnte – mindestens aus ärztlicher Sicht – eine schlechtere Qualität von Behandlung und Versorgung resultieren. Oder im Sinn der Eingangsfrage formuliert: Qualität und Wirtschaftlichkeit als zukünftige (und ungewollte) Widersacher?

Die empirischen Resultate der erwähnten Studie wollen jedoch nicht als abschliessendes Verdikt, sondern als Beobachtungen von Risiken verstanden werden. Deshalb wurde auch bewusst die Formulierung «kann» gewählt. Welche begleitenden Rahmen und Massnahmen müssten also die Einführung der DRG-Vergütung flankieren, damit erwähnte Risiken minimiert werden können? An erster Stelle ist die Erkenntnis zu fordern – vor allem für allzu enthusiastische Versicherer und Finanzfachpersonen in den Spitälern –, dass die ökonomische Logik (der Wirtschaftlichkeit) mit der medizinischen Logik (der individuellen Patientenbetreuung) nur beschränkt in Deckung zu bringen

ist. Im Einzelnen heisst dies beispielsweise zu erkennen, dass kürzere Hospitalisationszeiten sowohl (volks-)wirtschaftlich wie qualitativ nachteilig sein können. Weiter kann eine Zergliederung der Behandlung zu Informationspannen und häufigeren Fehlern führen oder dazu, dass – wie in der Bundesrepublik Deutschland – «als Krankenhausarzt zu arbeiten keine attraktive Perspektive mehr darstellt». Ausserdem werden auf verschiedenen Ebenen (Klinik, Spital, Kanton, Bund) eine Reihe von flankierenden Feedbackmechanismen und -gremien einzurichten sein, welche die beschriebenen Entwicklungen aufdecken, kontinuierlich verfolgen und einer angemessenen Bearbeitung zuführen. Ob damit nur noch mehr Admini-

stration geschaffen wird oder aber Qualität und Wirtschaftlichkeit als Zwillinge statt Widersacher auferstehen, wird uns die Zukunft zeigen.

Autor:

**PD Dr. Peter Berchtold**

College-M

Freiburgstrasse 41

3010 Bern

peter.berchtold@college-m.ch

**Literatur:**

1. OECD-Bericht über Gesundheitssysteme: Schweiz, OECD 2006.
  2. Gerber P. Das Spital als Schraubenfabrik. VSAO Journal 2007; 1: 11–15.
  3. Vogd W: Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Eine dokumentarische Evaluation aus Sicht der ärztlichen Akteure. Verlag Hans Huber, Bern 2006.
-

# Optimales Kosten-Nutzen-Verhältnis

**Es ist ein Hauptanliegen der Krankenversicherer, mit den Prämien der Versicherten ein optimales Kosten-Nutzen-Verhältnis zu erreichen. Mit einer einseitigen Konzentration auf Tarife, Preise und Wirtschaftlichkeit der Behandlungen wird dieses Ziel verfehlt. Deshalb soll die Sicherung und Verbesserung der Qualität in der Vertragspolitik einen höheren Stellenwert erhalten.**

Walter Frei, Stefan Teske

Im vergangenen Herbst hat die OECD<sup>1</sup> das schweizerische Gesundheitssystem unter die Lupe genommen [1] und dabei folgende kritische Feststellungen getroffen:

Die Schweiz gibt, gemessen am Bruttoinlandprodukt, 11,5 Prozent für Gesundheitskosten aus, während es im OECD-Durchschnitt 8,8 Prozent sind. Die Qualität der Leistungen ist zwar gut, aber nicht besser als in anderen vergleichbaren Ländern. Der Bericht hält fest: «Bemühungen zur Qualitätssicherung basieren heute grösstenteils auf unkoordinierten Initiativen lokaler Leistungserbringer. Landesweite Indikatoren für die Qualität von Gesundheitsleistungen werden nicht systematisch erfasst, und es gibt auch keine nationalen Programme für Qualitätsstandards in der Gesundheitsversorgung.»

Den Versicherern wirft der Bericht vor, sie hätten sich in ihren Verhandlungen mit den Leistungserbringern bisher ausschliesslich auf die Preise (Tarife) konzentriert. Den Be-

zahlungssystemen mangle es an Anreizen für die Qualitätsverbesserung. Dieser Befund stimmt zwar weitgehend, allerdings liegt der Grund dafür nicht in den fehlenden Bemühungen der Versicherer. Er ist vielmehr in der Tatsache begründet, dass die meisten Verbände der Leistungserbringer die vom Gesetzgeber verlangten Konzepte und Programme zur Qualitätssicherung mehr als zehn Jahre nach Inkrafttreten des KVG (Krankenversicherungsgesetz) noch immer nicht vorgelegt haben.

## Qualität und Wirtschaftlichkeit sind keine Gegensätze

Jedenfalls besteht noch grosser Handlungsbedarf, bis sich aus den lokalen und sektoriellen Anstrengungen zur Qualitätssicherung kohärente landesweite Programme entwickeln, wie sie auch der OECD-Bericht anregt. Es liegt nicht zuletzt im Interesse der Krankenversicherer, dass in allen Bereichen ein hoher Qualitätsstandard erreicht wird. Ihre Versicherten verlangen mit Recht, dass sie für die als hoch empfundenen Prämien einen entsprechenden Gegenwert erhalten, das heisst Leistungen auf einem hohen qualitativen Niveau.

Deshalb lautet auch das erste strategische Ziel von Santésuisse: «Förderung von hoher Qualität und wirtschaftlicher Leistungserbringung, um dadurch die Kosten für die Gesundheitsversorgung zu senken». Qualität und Wirtschaftlichkeit werden also keineswegs als Gegensätze betrachtet. Bei der Qualitätssicherung geht es zwar in erster Linie um eine optimale Behandlung und Betreuung der Patienten. Zusätzlich werden aber auch



Walter Frei



Stefan Teske

1 OECD: Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung



Kosten durch das Verhindern von Qualitätsmängeln eingespart. Sinkende Qualität bedeutet häufig Über-, Unter- und Fehlversorgung, was immer mit unnötigen und vermeidbaren Kosten verbunden ist. Wer andererseits auf hohe Qualitätsstandards setzt, kann unnötige Überweisungen und Operationen verhindern, wie Erfahrungen in Equam-zertifizierten Ärztenetzwerken zeigen [2].

Höhere Qualität ist nicht kostenlos. Das Erarbeiten und Umsetzen von Qualitätsprogrammen ist im Gegenteil aufwendig und rechnet sich kurzfristig nicht. Mittel- und langfristig jedoch, wenn die Massnahmen der Qualitätssicherung in den Alltag integriert sind, ist ein grosser Nutzen zu erwarten.

### **Wirtschaftlichkeit nicht auf Kosten der Qualität**

Auch wenn Wirtschaftlichkeit und Qualität keine Gegensätze sein müssen, sind viele Leistungserbringer der Auffassung, die Versicherer würden in der Praxis Wirtschaftlichkeit einseitig auf Kosten der Qualität fördern. Solchen Tendenzen könnten die Verbände der Leistungserbringer jedoch selber begegnen, wenn sie die verlangten Qualitätsprogramme endlich ausarbeiten und die Umsetzung mit den Versicherern vertraglich regeln würden. Gleichzeitig könnten damit die Versicherer verpflichtet werden, die Resultate der Qualitätssicherung bei der Wirtschaftlichkeitskontrolle zu berücksichtigen.

Tatsächlich sind es aber die Versicherer, die schon lange auf eine vertragliche Verankerung der Qualitätssicherung drängen. Mittelfristig will Santésuisse keinen Vertrag mehr ohne Bestimmungen zur Qualitätssicherung abschliessen. Kurzfristig will man aber die beschränkten Ressourcen konzentrieren, und zwar auf Bereiche, in denen bereits erfolgreich erste Projekte gestartet wurden und in denen der Wunsch zur Zusammenarbeit mit Santésuisse besteht. Einen Schwerpunkt bildet dabei der Spitalbereich, wo der interkantonale Verein zur Qualitätssicherung (IVQ) gegründet werden soll, um gesamtschweizerisch vergleichbare Ergebnismessungen voranzutreiben. Einen weiteren Schwerpunkt soll die Zusammenarbeit mit ärztlichen Fachgesellschaften und Ärztenetzwerken bilden. Auch im Rahmen des Fallmanagements der einzelnen Krankenversicherer spielen Qua-

litätsfragen eine wichtige Rolle. Wenn es darum geht, schwer oder chronisch kranke Patienten bei der Wahl der geeigneten Therapie oder des optimalen Behandlungspfades zu unterstützen, spielt die Behandlungsqualität eine ebenso grosse Rolle wie die Wirtschaftlichkeit.

### **Förderung von Managed Care**

Die Förderung von Managed Care ist den Krankenversicherern nicht nur aus Gründen der Wirtschaftlichkeit wichtig, sondern ebenso, weil in vielen Managed-Care-Modellen die Fragen der Qualitätssicherung und -förderung einen besonders hohen Stellenwert haben. Jedenfalls sind hier die Programme für Qualitätssicherung am weitesten entwickelt. Es gehört sogar zur Philosophie vieler Ärztenetze, sich über die Qualität der medizinischen Versorgung zu profilieren und Preisnachlässe als Folge des Qualitätsmanagements anzusehen [3,4]. Zudem lassen sich in MC-Modellen die Anforderungen von Santésuisse an die Qualitätssicherung am

ehesten realisieren. In ihrer Qualitätsstrategie 2007–2009<sup>2</sup> fordert Santésuisse, dass

- die Qualitätssicherung mess- und vergleichbar ist
- die Resultate der Qualitätssicherung transparent gemacht werden
- die Leistungserbringer mithilfe von Benchmarks ihre eigene Leistung einordnen und allenfalls verbessern.

Auch der Gesetzgeber will bei Managed Care der Qualitätssicherung besonderes Gewicht beimessen, um – insbesondere in MC-Systemen mit Budgetverantwortung – der Gefahr einer einseitigen Ausrichtung auf Wirtschaftlichkeit zu begegnen. Der Ständerat hat jedenfalls in der vergangenen Wintersession für die Vorlage Managed Care beschlossen, dass in den Verträgen über MC die Qualitätssicherung verankert wird und der Bundesrat die Kompetenz erhält, Anforderungen zur Sicherstellung der Qualität zu formulieren [4].

Das grösste Interesse an einer optimalen Qualität haben Patientinnen und Patienten.

---

<sup>2</sup> Das Strategiepapier zur Qualitätssicherung wird demnächst im Verwaltungsrat von Santésuisse beraten.

Fernziel jeder Qualitätssicherung muss es deshalb sein, die Ergebnisse gegenüber der Öffentlichkeit transparent zu machen. Das ermöglicht den Patienten eine qualitätsorientierte Wahl der Leistungserbringer und ist zugleich das beste Mittel gegen eine einseitige Förderung der Wirtschaftlichkeit auf Kosten der Qualität.

Autoren

**Walter Frei, lic. rer. pol., Ressort Politik**

Walter.Frei@santésuisse.ch

**Dr. med. Stefan Teske, Qualitätsbeauftragter**

Stefan.Teske@santésuisse.ch

Santésuisse

Römerstrasse 20

Postfach

4502 Solothurn

#### Literatur:

1. OECD-Berichte über Gesundheitssysteme: Schweiz, OECD 2006.
2. Kurt Hess, Mitglied Stiftungsrat Equam, Interview in *senso* 1–06 (S. 33).
3. Felix Huber in: *Qualitätsmanagement in Netzwerken, Managed Care 6* 2006.
4. Gesetzesfahne zur Teilrevision Managed Care im Ständerat, Wintersession 2006 (Artikel 41 a Abs. 1 bis und Abs. 5, neu, KVG).

## In eigener Sache

Per Ende April 2007 verlässt Rita Schnetzler offiziell die Redaktion Managed Care. Gesundheitliche Gründe hinderten sie bereits in den vergangenen Monaten an der journalistischen Arbeit. Es ist dem Verlag wie der Redaktion ein Anliegen, ihre Arbeit an dieser Stelle zu würdigen.

Rita Schnetzler war seit der ersten Ausgabe der Zeitschrift Managed Care, im Frühjahr 1998, verantwortliche Redaktorin dieses gewagten verlegerischen Projekts, das trotz aller Bescheidenheit, die es sich aus wirtschaftlichen Gründen auferlegen musste, eines war und blieb: ein fein und professionell und – angesichts der bescheidenen Ressourcen durchaus ungewöhnlich – mit gleichbleibender redaktioneller Qualität gemachtes Heft, das die Leserinnen und Leser sehr schätzen. Rita Schnetzler verstand es, zusammen mit dem redaktionellem Beirat und Ausschuss eine qualitativ hoch stehende Fachzeitschrift aufzubauen. Dank unzähligen Veran-

staltungsberichten, Buchbesprechungen, vielen äusserst sorgfältig redigierten Artikeln von GastautorInnen und zahlreichen selber erarbeiteten Servicebeiträgen kam in der Person Rita Schnetzlers ein einzigartiges Fachwissen zusammen. Managed Care jedenfalls wurde zur wichtigsten medialen Plattform für alle an Managed Care und Care Management Interessierten im Schweizer Gesundheitswesen.

Verlag und Redaktion, aber auch die Mitglieder des redaktionellen Beirats und Ausschusses bedauern ausserordentlich, dass Rita Schnetzler Managed Care nun definitiv verlassen hat.

Im Namen aller, die mit ihr zusammengearbeitet haben, danken wir Rita Schnetzler für die riesige Arbeit, die sie geleistet hat, und wünschen ihr für die Zukunft – gesundheitlich wie beruflich – alles Gute.

Dr. med. Richard Altorfer  
Verleger

## Mit innovativer Weiterbildung die Hausarztmedizin fördern

«Gesundheit ist ein Stück Himmel auf Erden»... und so soll es auch bleiben. Um die Gesundheit auch für die Zukunft zu sichern, sind wir alle gefordert. Effiziente und innovative Massnahmen in der Gesundheitsvorsorge und in der Gesundheitsversorgung sind gefragt. Eine davon möchte ich Ihnen, geschätzte Leserinnen und Leser, in dieser Kolumne etwas näher erläutern.

«Gibt es bald keine Hausärzte mehr?» Diese oder ähnliche Schlagzeilen waren nach dem 1. April 2006 schweizweit in den Zeitungen zu lesen. Wie die flächendeckende Grundversorgung längerfristig zu sichern ist, damit beschäftigen wir uns im Kanton St. Gallen schon seit längerer Zeit. Eine Arbeitsgruppe bestehend aus medizinischen Fachpersonen traf sich bereits im Dezember 2004 unter der Leitung des Kantonsarztes, um über die künftige Grundversorgung im Kanton zu diskutieren. Parallel dazu führte die Fachhochschule St. Gallen im Auftrag des Gesundheitsdepartements eine Studie durch, welche der Gretchenfrage nachging, warum Assistenzärztinnen und Assistenzärzte nicht in die Grundversorgung einsteigen wollen oder anders gesagt, was sich ändern müsste, damit sie für den Einstieg in die Hausarztmedizin motiviert wären.

Die Auswertung der Studie bestätigte unter anderem das, was vorher schon vom «Hörensagen» bekannt war: beispielsweise, dass attraktivere Weiterbildungsmöglichkeiten – die diesen Namen verdienen – eine Entscheidung des medizinischen Nachwuchses zugunsten der Grundversorgung beeinflussen könnten.

Eine Arbeitsgruppe bestehend aus Ärztinnen und Ärzten konzipierte deshalb im letzten Jahr ein innovatives Weiterbildungsangebot. Ziel ist es, dem Kantonsrat noch in diesem Jahr das Konzept zur Förderung der Hausarztmedizin vorzulegen. Das Weiterbildungsangebot sieht zwei Varianten vor:

*Weiterbildungsgang 1:* Das bereits bestehende Angebot von Praxisassistenzen nebst der

üblichen Weiterbildung gemäss FMH wird ausgebaut und besser strukturiert. Die Praktikantierenden wie auch die Absolventinnen und Absolventen werden finanziell entlastet.

*Weiterbildungsgang 2:* Der Weiterbildungsgang 2 ist eine speziell auf die Hausarztmedizin ausgerichtete Weiterbildung. Neben einer halbjährigen Praxisassistenten in einer Hausarztpraxis lassen sich die jungen Ärztinnen und Ärzte in drei halbjährigen Assistenzen am Spital in Fachbereichen weiterbilden, welche für die Hausarztmedizin besonders relevant sind.

Beide Weiterbildungsgänge werden von einem fachkompetenten Tutorenteam begleitet und betreut. Das Tutorenteam wird von einem Hausarzt geleitet, der neben seiner Praxistätigkeit neu zu 30 Prozent am Kantonsspital St. Gallen angestellt ist. Dadurch ist ein Wissenstransfer zwischen Hausarztpraxis und Spital gewährleistet.

Dieses Weiterbildungsangebot ist nicht gratis zu haben und ist deshalb auch mit einem finanziellen Engagement seitens des Kantons verbunden. Das rechtfertigt sich, denn dadurch wird es möglich, dass junge Ärztinnen und Ärzte einen echten Einblick in die Hausarztmedizin gewinnen und erste Erfahrungen sammeln können. Eine gute Basis, um schliesslich motiviert, vertrauensvoll und mit der nötigen Fachkompetenz eine eigene Hausarztpraxis führen zu wollen.

«Gesundheit ist ein Stück Himmel auf Erden» – der Kanton St. Gallen trägt mit seinem Engagement für die Hausarztmedizin und der Investition in die Ausbildung junger Grundversorgerinnen und -versorger das Seine dazu bei, dass uns das Stück Himmel auf Erden auch in Zukunft erhalten bleibt.

### Regierungsrätin Heidi Hanselmann

Vorsteherin des Gesundheitsdepartements des Kantons St. Gallen  
Moosbruggrasse 11  
9001 St. Gallen  
info.gdgs@sg.ch



Heidi Hanselmann

# Das Listenmodell der Helsana



René Kühne

**Hausarztversicherungen verpflichten den Versicherten immer erst den Grundversorger zu konsultieren. Bei Listenmodellen hat der Versicherer mit dem Grundversorger jedoch keinen Vertrag, sondern er hat ihn einseitig ausgewählt. Hintergrund und Vorgehen des Krankenversicherers Helsana bei seinem Listenmodell, das auf steuerungsrelevanten Kriterien basiert.**

René Kühne, Oliver Reich

Schon vor der Einführung des KVG 1996 – damals noch als Krankenkasse Helvetia – hat die Krankenversicherung Helsana die Entwicklung von Hausarztmodellen und HMO massgeblich gefördert. Nachdem diese sich vor allem in der Deutschschweiz erst rasch verbreitet haben, folgte der pionierhaften Euphorie aber schon bald eine gewisse Ernüchterung. Die Modelle umzusetzen erwies sich als zunehmend komplex, und die proklamierten, risikokorrigierten Kosteneinsparungen wurden angezweifelt. In dieser kritischen Zeit Ende der Neunzigerjahre hat die Helsana ihre Strategie für die alternativen Versicherungsmodelle neu ausgerichtet. Unter dem Prädikat einer qualitativen Versorgungssteuerung wurden die vertraglichen Anforderungen auf vier Grundpfeiler abgestützt: finanzielle Mitverantwortung, Selektion der teilnehmenden Leistungserbringer, ausgewiesenes Qualitätsmanagement sowie nutzwerte Projekte. Mit diesen hohen Anforderungen hat die Helsana in Kauf genommen, mit gewissen Ärztenetzen keinen Zusammenarbeitsvertrag und damit gegen-



Oliver Reich

über ihren Kunden kein Angebot zu haben. Heute bietet Helsana insgesamt 41 Modelle mit 1405 auf Vertragsbasis eingebundenen Ärzten an.

Wegen der Teuerung im Gesundheitswesen, den Prämienanstiegen und der gesundheitspolitischen Diskussion um die KVG-Revision ist die Nachfrage nach Hausarztmodellen und Ärztenetzmodellen in den letzten zwei bis drei Jahren stark angestiegen. Für den Kunden ist vor allem die Prämieinsparung wichtig, für den risikobelasteten Krankenversicherer hingegen ist das Versorgungsrespektive Behandlungsmanagement weiterhin prioritär. Wie also dem zunehmenden Marktdruck entgegenkommen, ohne die strategisch festgelegte qualitative Versorgungssteuerung preisgeben zu müssen?

## Steuerungsrelevante Auswahl der Leistungserbringer

Ein optimales Versorgungsmanagement bindet idealerweise alle Beteiligten vertraglich ein, also Ärzte, Versicherte/Patienten und Krankenversicherer. Dies setzt aber voraus, dass die Verträge entsprechend ausgestaltet sind und keine Alibivereinbarungen getroffen werden. Wo dies nicht möglich ist, müssen andere Lösungen gefunden werden.

Ein einseitig proklamiertes Listenmodell, das alle in einer Region tätigen Grundversorger berücksichtigt, kommt nicht in Betracht, da hier jeglicher Steuerungscharakter verloren geht. Alle Leistungserbringer einzubeziehen lässt sich allenfalls bei aktiver Steuerung auf vertraglich vereinbarter Basis (Steuerungsauftrag) vertreten, sofern die vertraglichen Inhalte diesen Anforderungen

genügen. Soll passiv gesteuert werden, allein durch den einseitig verpflichteten Versicherten (ohne vertraglichen Steuerungsauftrag für den Leistungserbringer), so muss der Leistungserbringer nach steuerungsrelevanten Kriterien ausgewählt werden (gesetzliche Grundlage siehe *Kasten 1*). Verpflichten sich die Versicherten auf einen solchen Gatekeeper, so darf eine qualitative und kostenoptimierte Steuerung postuliert werden. Aus diesen Überlegungen hat die Helsana drei Voraussetzungen für ein solches qualitatives Listenmodell für die Hausarztversicherung abgeleitet:

- Ein ausreichendes regionales Angebot an Grundversorgern, welches eine Auswahl überhaupt erlaubt – dies beschränkt das Listenmodell auf urbane Regionen mit tendenziell Über-, mindestens aber Normalversorgung.
- Nur steuerungsrelevante Kriterien erlauben ein qualitäts- und kostenorientiertes Versorgungsmanagement.
- Die Daten für die Kriterien müssen dem auswählenden Krankenversicherer in ausreichender Qualität und Menge zur Verfügung stehen.

Die Helsana hat das Listenmodell entsprechend diesen Voraussetzungen wie folgt umgesetzt.

### Mit «Dichte-Index» Regionen bestimmt

Um die versorgungsrelevanten Regionen zu definieren, haben wir Bevölkerungsdichte und Ärztedichte zueinander in Relation gesetzt und ein sogenannter Dichte-Index bestimmt. Der aktuelle Marktanteil der Helsana spielte dabei nur eine untergeordnete Rolle. Die Regionengrösse wurde auf die örtliche Verkehrsinfrastruktur sowie die Pendlerströme abgestimmt, maximal aber immer auf die Kantongrenzen beschränkt. So wurden initial 13 Regionen definiert, in welchen ein qualitatives Listenmodell aufgrund der Versorgungslage infrage kommt. Die zwei Regionen Biel und Aarberg/Lyss konnten wir nachträglich wieder ausschliessen, weil hier Erfolg versprechende Vertragsverhandlungen mit Ärztenetzen aufgenommen werden konnten. Somit blieben elf Regionen in der definitiven Auswahl (siehe *Kasten 2*).

#### Kasten 1

### Klare gesetzliche Grundlage

Artikel 41 Abs. 4 des Krankenversicherungsgesetzes KVG gibt die gesetzliche Grundlage für Hausarztmodelle. Dort heisst es: Die Versicherten können ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt. Das Gesetz setzt somit keine vertragliche Basis zwischen Versicherer und Leistungserbringer voraus, im Gegenteil, es überlässt die Auswahl ausdrücklich und allein dem Versicherer. Die Begriffe Hausarztmodell oder Hausarztversicherung sind zudem urheberrechtlich nicht geschützt, auch werden diese Begriffe im KVG nicht verwendet. Das Gesetz spricht verallgemeinernd nur von besonderen Versicherungsformen (Art. 62 KVG). Die gesetzliche Grundlage für sogenannte Listenmodelle ist somit unmissverständlich gegeben.

Die Helsana hat drei Anforderungen an die Grundversorger der Liste gestellt:

- Qualitativ gute Versorgung und Behandlung ihrer Versicherten unter Berücksichtigung von Managed-Care-relevanten Steuerungsinstrumenten (z.B. regelmässiger Fachaustausch in Qualitätszirkeln)
- Kostenbewusstsein sowohl im Hinblick auf die eigene Praxistätigkeit wie auch bezüglich veranlasster Leistungen
- Möglichst schlanke und fehlerfreie Praxisadministration (administrative Zusammenarbeit mit Helsana).

Von diesen Anforderungen ausgehend haben wir die steuerungsrelevanten Kriterien definiert.

### Zehn Kriterien zur Rangreihenfolge der Grundversorger

Die Kriterien auf unserer initialen Wunschliste haben wir darauf geprüft, ob sie anwendbar sind und ob qualitativ und quantitativ verfügbare Daten im Helsana-Datenstamm dazu bestehen. So blieben schliesslich zehn Kriterien mit ausreichender Datenlage

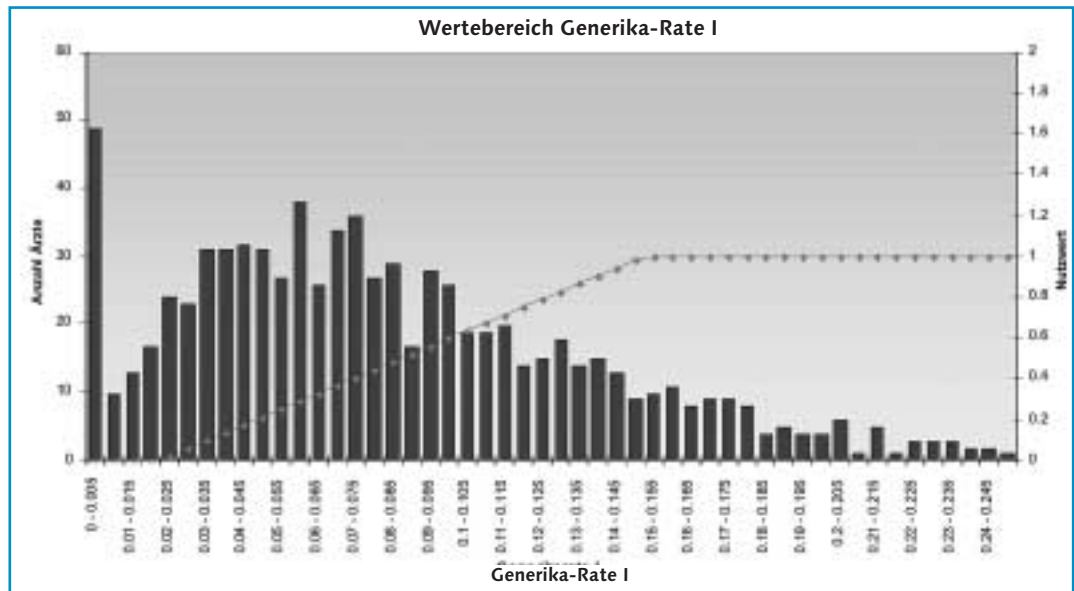


Abbildung 1

und Aussagekraft zu den drei Merkmalsgruppen (in Klammern die Gewichtung):

- **Wirtschaftlichkeit (55%):**
  - Index direkte Arztkosten
  - Index Medikamentenkosten
  - Generika-Rate I (Anteil Generika an total verschriebenen Medikamenten)
  - Generika-Rate II (Anteil Generika an substituierbaren Medikamenten)
  - Nichteinhaltung der Limitierung bei Medikamenten

- **Versorgungsqualität (20%):**
  - Fluktuationsrate der Versicherten
- **Geringe Praxistätigkeit**
- **Praxisadministration respektive administrative Zusammenarbeit mit Helsana (25%):**
  - Anteil der elektronisch erhaltenen Rechnungen
  - Anteil der zurückgewiesenen Rechnungen
  - Anteil der ausgelenkten Rechnungen (z.B. unvollständige oder unleserliche oder fehlerhafte Angaben, welche manuelle Korrekturen durch die Helsana erfordern, jedoch ohne Rückweisung an den Arzt)

**Kasten 2**

**Das regionale Angebot**

**Deutsche Schweiz**  
 Aarau: Stadt Aarau und Umgebung  
 Chur: Stadt Chur  
 Schaffhausen: ganzer Kanton  
 Solothurn: entlang Jurasüdfuss  
 Zug: ganzer Kanton

**Französische Schweiz**  
 Fribourg: Fribourg und Umgebung  
 Neuchâtel: Stadt Neuchâtel und Umgebung  
 Vaud: Küstenregion entlang Genfersee

**Italienische Schweiz**  
 Bellinzona: Stadt Bellinzona und Umgebung  
 Locarno: Stadt Locarno und Umgebung  
 Lugano: Stadt Lugano und Umgebung

Für jedes einzelne Kriterium wurde pro Region ein Wertebereich definiert. *Abbildung 1* veranschaulicht dies beispielhaft für das Kriterium Generika-Rate I: Die Häufigkeit der Generikaverschreibung respektive -abgabe wurde für alle Grundversorger (Allgemeine Medizin, Allgemeine Innere Medizin und praktisch tätige Ärzte) einer Region ermittelt (Säulen). Der Bereich der Nutzenfunktion<sup>1</sup> wurde als Mittelwert  $\pm 1s$  festgelegt und ist als gerautete Linie von 0,02 bis 0,15 dargestellt. Eine Generika-Rate I von kleiner 0,02 ergibt keine Punkte für den Arzt, eine solche über 0,15 die maximale Punktzahl, dazwischen erfolgt eine lineare Abstufung.

<sup>1</sup> Eine Nutzenfunktion beschreibt die Beziehung zwischen dem quantitativen Ausmass einer Konsequenz (z.B. die Höhe der Generika-Rate) und der Bewertung, welche dieser Konsequenz beigemessen wird.

Die drei Merkmalgruppen sowie die einzelnen Kriterien wurden anschliessend in einer Nutzwertanalyse<sup>2</sup> in einem Baumdiagramm dargestellt und gewichtet, und so zu einem Gesamtindex über alle zehn Kriterien zusammengeführt (vgl. *Abbildung 2*). Die drei Merkmalsgruppen und die Kriterien haben wir dabei anhand der Bedeutung für die Versorgungsoptimierung einerseits und der Aussagekraft der verfügbaren Daten andererseits gewichtet. Pro Region wurden schliesslich für jeden Arzt und für jedes Kriterium die absoluten Werte bestimmt und entsprechend der Nutzwertanalyse gewichtet. Die Summe der gewichteten Werte ergibt schliesslich die abschliessende Rangreihenfolge auf der Ärzteliste pro Region. Aus der so erstellten Liste wurden schliesslich je Region die ersten 40 Prozent für die Angebotsliste im Hausarztmodell berücksichtigt, was insgesamt 577 Grundversorger ergab.

### Die Selektion der Leistungserbringer

Die primäre Selektion der Leistungserbringer erfolgte pro ganze Region und wurde je auf einer regionalen Karte dargestellt. Unter Berücksichtigung der Verkehrsinfrastruktur sowie des Dichte-Index erfolgte anschliessend wo nötig eine Nachkorrektur (sekundäre Selektion). Das heisst, wir haben in der Rangreihenfolge ihrer Klassierung Ärzte nachselektiert, soweit aufgrund der primären Selektion geografische Versorgungslücken auszumachen waren. Wir haben jedoch keine primär gewählten Ärzte aufgrund einer bereits überdurchschnittlichen Versorgungsdichte nachträglich wieder ausgeschlossen. Auf Basis dieser sekundären Selektion haben wir die ausgewählten Ärzte angeschrieben und gebeten, die Angaben zu ihrer Arztpraxis zu prüfen und der Helsana nötige Korrekturen oder wichtige Ergänzungen mitzuteilen. Die ursprünglichen Stammdaten zu den Arztpraxen wurden aus der Rechnungsstellerstatistik

von Santésuisse bezogen, Angaben zu Praxisbesonderheiten stammen aus dem Ärzteindex der FMH. Soweit die Helsana Rückmeldungen erhalten hat, wurden relevante Angaben wie eine inzwischen aufgegebene Praxistätigkeit oder demnächst bevorstehende Praxis-

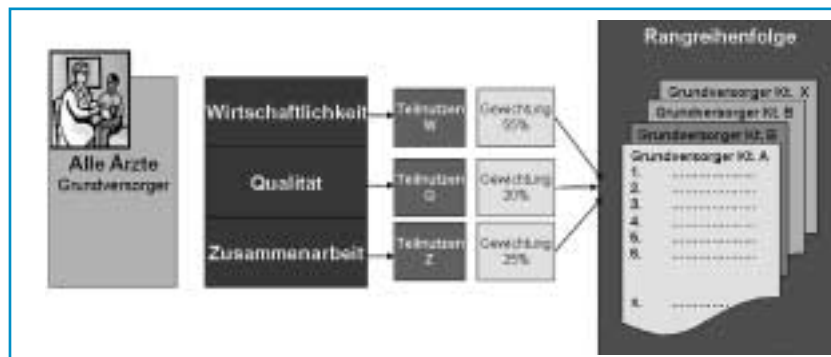


Abbildung 2: Die Berechnung des Gesamtindex ergibt die Rangreihenfolge.

aufgabe berücksichtigt und solche Ärzte nachträglich von der Liste gestrichen. Soweit keine Rückmeldungen eingingen, wurde vermutet, dass die Angaben richtig sind.

### Anklang bei den Versicherten

Das neue Angebot hat bei den Kunden guten Anklang gefunden und führte zu insgesamt knapp 8100 Versicherungsabschlüssen im vergangenen Herbst. Aus einem Werbe-mailing an bestehende Helsana-Kunden resultierte eine Abschlussquote von durchschnittlich 12 Prozent, was als grosser Erfolg zu werten ist.

Die Helsana ist nach wie vor interessiert, in einer vertraglichen Beziehung qualitative und andere Inhalte der Hausarztversicherung gemeinsam und partnerschaftlich zu erarbeiten. Wir zählen auf die Bereitschaft der Ärzteschaft, zu konstruktiven und echten Lösungen im Bereich Managed Care beizutragen – im Interesse der gemeinsamen Klientel.

Autoren:

**René Kühne, Facharzt**

Leiter Versorgungsforschung  
Helsana Versicherungen AG  
Postfach  
8081 Zürich  
rene.kuehne@helsana.ch

**Oliver Reich, Betriebsökonom HWV, Master of Health Service Management (MHSM)**

Stv. Leiter Alternative Versicherungsmodelle  
Helsana Versicherungen AG  
Postfach  
8081 Zürich  
oliver.reich@helsana.ch

<sup>2</sup> Nutzwertanalyse: Instrument zur systematischen Entscheidungsvorbereitung bei der Auswahl respektive Bewertung von Alternativen. Sie analysiert die einzelnen Alternativen mit dem Zweck, diese entsprechend den Präferenzen des Entscheidungsträgers bezüglich eines mehrdimensionalen Zielsystems zu ordnen. Im Gegensatz zu reinen Kosten-Nutzen-Betrachtungen erlaubt die Nutzwertanalyse auch, qualitative Argumente zu bewerten.



# Was Pflegeforschung den PatientInnen bringt



Agnes Glaus

**Betreuungsprobleme von spezifischen Patientengruppen sollen die Pflegeforschung bestimmen, nicht intellektuelle Pflege-theorien. Die Pflegewissenschaft soll dabei nicht «Miniärzte», sondern «Maxipfleger» hervorbringen. Überlegungen zum Nutzen der Pflegeforschung.<sup>1</sup>**

Agnes Glaus

Während sich immer noch einige mit der Frage nach dem Sinn der Pflegewissenschaft schwer tun, entspringen heute dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel reihenweise Pflegewissenschaftlerinnen mit Master- oder gar Doktorats-Abschluss. Auch Fachhochschulen bieten Studiengänge für Pflegende an und haben so den Anschluss an das europäische Bildungssystem gefunden. Zugegeben, die Schweiz ist mit dieser Entwicklung fast das Schlusslicht in Europa – aber es darf nun auch in unserem Land eine zunehmend evidenzbasierte Pflege und mehr Pflegeforschung erwartet werden. Die Frage nach dem Nutzen dieser Pflegeforschung scheint in dieser Situation etwas dreist. Zudem wird die Pflege in der Schweiz von den umliegenden Ländern als fortschrittlich und gut eingeschätzt. Was kann daran durch Pflegeforschung noch verbessert werden?

<sup>1</sup> Der Text ist eine verkürzte Version des Referats, das Agnes Glaus anlässlich der Eröffnung des Fachbereichs Gesundheit der Fachhochschule St. Gallen am 19. September 2006 gehalten hat.

## Erwartungen der PatientInnen

Eine Befragung von zehn onkologischen, ambulanten, mit dem Gesundheitssystem gut vertrauten Schweizer Patientinnen und Patienten hat gezeigt, dass ihnen der Begriff Pflegeforschung unbekannt ist. Die Antworten brachten jedoch wertvolle Anregungen zu Tage: Pflegeforschung könnte die Gesundheitsversorgung und deren Qualität in Pflegeheimen und in der spitalexternen Pflege verbessern, oder sie könnte allgemein Methoden entwickeln, um die Pflege zu voranzubringen [1].

Etwas konkreter werden die Wünsche in einer Untersuchung an tausend über 50-jährigen Personen aus Deutschland formuliert: 43 Prozent der Befragten möchten bei Pflegebedürftigkeit zu Hause gepflegt werden. Nur 13 Prozent möchten sich im Heim pflegen lassen, wobei ein selbstbestimmtes Leben, genügend Deutsch sprechendes Personal und konstante ärztliche Betreuung zuoberst auf der Wunschliste stehen [2]. Wird Pflegeforschung solchen Erwartungen und Bedürfnissen je nur annähernd entsprechen können – oder sind diese nicht eher direkt an die politischen Behörden zu richten? Die Genfer Philosophin Jeanne Hersch sagte, dass Wissenschaft nicht als Wissenschaft, sondern nur unter der Berücksichtigung der Bedürfnisse der Gesellschaft sinnreich sei. Die Pflege beschäftigt sich mehrheitlich mit zutiefst menschlichen Bedürfnissen, was die Pflegeforschung äusserst gesellschaftsrelevant macht.

## Pflegeforschung – woher – wohin?

Für nicht Eingeweihte ist schwierig zu erfassen, was Pflegeforschung bewirken kann.

Pflege war früher für (fast) alles verantwortlich und zugleich für (fast) nichts zuständig. Sie hat noch heute meist eine mittragende, vernetzende Rolle und ist selten Allein- oder Hauptakteurin. Ihr Gebiet umfasst mehrere Elemente der Natur- und Geisteswissenschaften – was Zugang zu den angrenzenden Disziplinen verlangt, aber auch hohe Anforderungen an die anzuwendenden Wissenschaftsmethoden stellt. Dies schafft eine anspruchsvolle Ausgangslage. Hinzu kommen alte, forschungsfeindliche Klischees: Film-szenen von Pflegenden mit kurzen Röcken und schwarzen Strümpfen [3]; die Pflegende als Hilfe des Arztes [4], ein Bild für die weibliche Pflege und die männliche Wissenschaft (Medizin); und vor allem der dienende Engel aus der christlich-jüdischen Ethik Agape und Caritas, ein bis ins jetzige Zeitalter lebendiges Leitbild. Heute stolpern viele Pflegende, welche für die Professionalisierung der Pflege kämpfen, gerade über dieses Dienen. Die aufkeimende Pflegewissenschaft währenddessen hat erkannt, dass «Caring», die Sorge um Menschen, dem Dienst an Kranken und Angehörigen inhärent ist und bleibt. Die Pflege wird als eine professionelle Dienstleistung verstanden, welche durch Fachpersonen erbracht wird, die sich an der Wissenschaft orientieren. Diese repräsentieren nicht etwa «Mini-ärzte», sondern eher «Maxipflegende». Diese Pflegenden versuchen, die scheinbar entgegengesetzten Pole Caring und Science als vereinbare Konzepte voranzubringen.

### **Pflege: Caring und Science**

Florence Nightingale betonte die moralische Basis des Pflegeberufs, wurde aber bald von amerikanischen WissenschaftlerInnen überholt, bei denen die Wissenschaft die moralische Basis dominierte [5]. Moderne Pflege-theoretikerInnen haben jedoch nun Modelle gezeichnet, welche Caring und Science zusammenführen. Roach [6] zum Beispiel nennt in ihrer Pflegephilosophie nebst der vertrauensvollen Beziehung, der moralischen Pflicht, dem Engagement und dem Mitleiden auch die Kompetenz, die aus dem Wissen kommt. Papst Benedikt XVI. (Zitat 2006) meint es auch in diesen Tagen noch so: «Kompetenz allein genügt nicht. Menschen brauchen die Zuwendung des Herzens.»

Damit steht fest, dass eine elitäre, rationale Pflege-Agenda auch einen gefährlichen Lauf nehmen könnte. Die Kluft zwischen Theorie und Praxis ist heute ein gefürchtetes Phänomen. So scheint es überfällig, dass PflegewissenschaftlerInnen bei inakzeptablen Praktiken eingreifen können. Zum Beispiel, wenn verwirrte PatientInnen morgens um fünf Uhr geweckt werden. Aktuell wird auch befürchtet, dass sich die TheoretikerInnen von den Pflegenden am Krankenbett entfremden. Weil sich mancherorts durch Pflege-mangel, veränderte Ausbildungsformen und vieles mehr ein Kollaps der traditionellen Pflege abzeichnet, gilt es, diejenigen jungen, engagierten Pflegenden zu fördern, die nicht forschen, sondern pflegen wollen. Pflegende werden immer kostbarer: ihr Durchschnittsalter in der Schweiz liegt bei 45 Jahren, und sie sind teilweise unzufrieden, fast so wie Pflegende in den USA, England und Neuseeland [7]. Dies führt zu der brisanten Tatsache, dass Pflege in den reichen Ländern durch Pflegende aus armen Ländern geleistet wird – man spricht mittlerweile vom internationalen Pflegehandel.

Nicht zu vergessen ist der zukünftige Mehrbedarf an Pflege, weil es mehr chronisch kranke und ältere Menschen gibt, Mehrfacherkrankungen zunehmen und auch neurologische Erkrankungen wie Alzheimer oder Parkinson häufiger auftreten. Heilung (Kuration) kann dabei nicht das Primat sein – Pflege wird sich, in Forschung und Praxis, mit den Mühseligkeiten des Lebens auseinanderzusetzen haben. Pflegende werden zunehmend empathische Zeugen schmerzhafter Prozesse sein. Das verlangt ein neues «therapeutisches Bündnis» [8] – basierend auf dem «Prinzip des Nichtverlassens» – einem Kernkonzept der palliativen Betreuung im Kontext der Pflege chronischkranker Menschen.

Es besteht also ein grosser Bedarf an Pflegeforschung: Sie generiert eine wirksame, evidenzbasierte Pflege, welche den Bedürfnissen der Gesellschaft gerecht wird. Sie sorgt dafür, dass die Pflege für junge Menschen als Beruf attraktiv bleibt. Und sie überdenkt die Rolle der Pflege in Spitälern und Heimen angesichts des zunehmenden Pflegebedarfs.

## Patientenforschung

Pflege beschäftigt sich schon heute zunehmend damit, wie Krankheits- und Therapiefolgen erlebt und bewältigt werden, wie die Lebensqualität und die Gesundheitsvorsorge gefördert werden können. Sich nach Schicksalsschlägen wieder aufzurappeln, neue Ziele zu erkennen, sich zu rehabilitieren – das ist wohl der Kern dessen, was Stryker [9] als «adaptation of the whole being to a new life»<sup>2</sup> bezeichnet hat. Dieses Kerngeschäft der Pflege passt in alle Fachgebiete. Dabei ist evident, dass Pflegende sich kaum auf der grünen Wiese betätigen, sondern als Mitglieder in interdisziplinären Teams arbeiten sollten. Anstelle intellektueller Pflege-theorie-Forschung können relevante Betreuungsprobleme von spezifischen Patientengruppen in den Vordergrund treten – denn auch bei den PflegeforscherInnen ist die Omnipotenz vorbei. Sie werden hoffentlich zunehmend auch interdisziplinäre Projekte selber leiten und dabei auch ignorierte, vernachlässigte Gebiete einnehmen. Wer sich des Wissens bemächtigt, wird auch Besitzer dieses Wissens [10] – unabhängig von der Profession. Gute Möglichkeiten dafür sind die Sturzprophylaxe, der Umgang mit Aggressionen, Fatigue oder Programme für spezifische Patientengruppen. Etwas selbstkritisch sei die Frage erlaubt, ob dies nun Patientenforschung oder Pflegeforschung genannt werden soll.

## Was verspricht die Zukunft?

Der Pflegeforschung öffnen sich neue Gebiete. Proteomics<sup>3</sup> and Genomics<sup>4</sup> prägen die Zukunft, besonders auch in der Onkologie. Das bedeutet neue diagnostische und therapeutische Wege. Angesichts der nahezu unbezahlbar gewordenen Therapiekosten wird die Prävention zwanghaft bedeutender. Pflege ist prädisponiert, der Pathogenese<sup>5</sup> die

Konzepte der Salutogenese<sup>6</sup> zur Seite zu stellen. So sind PflegeforscherInnen international zunehmend involviert in der Primär- und Sekundärprävention. Wenn es gelingen kann, zum Beispiel durch Früherfassung eines bösartigen Brustkrebses, invasive Therapien zu umgehen und unermessliches Leid zu verhüten, so liegt das im Kern des ursprünglichsten Pflegeverständnisses – und im Interesse der Betroffenen und der mittelbeschränkten Gesellschaft.

Ob in Prävention, Palliation oder Kuration – Pflegeforschung hat heute und zukünftig viele, den PatientInnen voraussehbar nützliche, wenn nicht dringliche Aufgaben zu erfüllen. Zum einen geht es um die wirksame, evidenzbasierte Pflege, die nach heutigem Verständnis die Kombination von Science und Caring voraussetzt. Andererseits geht es darum, den Pflegeberuf zu erhalten und damit junge, engagierte Pflegende zu fördern. Dies formt die Grundlage, um auf die zukünftigen Bedürfnisse der Gesellschaft reagieren zu können.

Autorin:

**Dr. Agnes Glaus PhD, MSc, RN**

Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Pflegeexpertin  
Tumorzentrum ZeTuP St. Gallen und Chur  
Tumordiagnostik, Behandlung und Prävention  
Rorschacher Strasse 150  
9006 St. Gallen  
aglaus@sg.zetup.ch

## Literatur:

1. Glaus 2006, unveröffentlicht.
2. Vincentz 2006: [www.vincentz.net/altenpflegemonitor](http://www.vincentz.net/altenpflegemonitor)
3. Campbell A, Nursing, nurturing and sexism. In: Campbell A, Moderated love: a theology of professional care. London, SPCK, 1984.
4. Kitson A, Does nursing have a future? *BMJ*, 1996, 313, 1647–51.
5. Rafferty AM, Political leadership in nursing in health care reform. London: Harkness Fellowship, 1995.
6. Roach S, 1983, The human mode of being, implications for nursing personnel. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 946–961.
7. Aiken LH, Hospital nursing staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *Jama* 2002, 288 (16), 1987–93.
8. Käppeli S, 2006, Das therapeutische Bündnis in Medizin und Pflege – wie lange noch? *Schweiz Ärztezeitung* 2006 (26): 1221–1225.
9. Stryker RP, Rehabilitative aspects of acute and chronic nursing care, 2<sup>nd</sup> edition, Philadelphia, Saunders, 1977.
10. Ingram R, Why does nursing need theory? *Journal of Advanced Nursing*, 1991, 16, 350–353.

2 Zu Deutsch: Die Anpassung des Menschen an eine neue Lebenssituation.

3 Proteomics: In den Eiweissbestandteilen der Zelle (Proteom) des Menschen werden molekularbiologische Funktionen und Eigenschaften erkannt, welche auf Veranlagungen für gewisse Krankheiten schliessen lassen.

4 Genomics: In den Genen einer Person werden Veranlagungen für gewisse Krankheiten gesucht.

5 Pathogenese: Entstehung und Entwicklung einer Krankheit, defizitorientiert.

6 Salutogenese: Entstehung und Erhaltung von Gesundheit, ressourcenorientiert.

# Gesundheitsökonomische Bijoux

**Positives herausstreichen oder die Pädagogik der Verstärkung. Das 9. Novartis-Forum für Gesundheitsökonomie ging auf die Suche nach Rosinen im Schweizerischen Gesundheitssystem. Eine Auswahl.**

**Brigitte Casanova**

Was haben die kontrollierte Heroinabgabe, die Versichertenkarte und das Ärztenetz Pizolcare gemeinsam? Zum Ersten wurden sie neben anderen Themen alle am 9. Novartis-Forum für Gesundheitsökonomie vom 6. Dezember 2006 in Bern vorgestellt, und zwar unter dem Titel «Kosten im Gesundheitswesen: Was macht die Schweiz besser?». Ob die drei Projekte zum Zweiten wirklich besser gemacht oder innovativer sind als Werke im Ausland, dies liess die Veranstaltung offen. Aufzeigen wollten die Veranstalter jedoch anhand der vorgestellten Projekte, dass im Schweizer Gesundheitswesen durchaus «Schritte in die richtige Richtung» gemacht werden, wie es Novartis-Schweiz-CEO Dirk Kosche in der Einladung zum Forum formulierte.

## **Medizinisch und ökonomisch wirksame Heroinabgabe**

Ein «gesundheitsökonomisches Bijou» stellte Markus Jann vor, Leiter der Sektion Drogeninterventionen im Bundesamt für Gesundheit BAG. Die heroingestützte Behandlung, auch ärztlich kontrollierte Heroinabgabe genannt, weist einen gesellschaftlichen Nettonutzen von 44 Franken pro Tag und Person auf. Personalkosten, medizini-

sche Kosten und Betriebskosten von 51 Franken stehen einem Nutzen bei der Kriminalität, Gesundheit, Arbeit und beim Wohnen von 95 Franken gegenüber. Die Behandlung ist sozial, medizinisch und ökonomisch wirksam, so Jann. Dies gilt aber nur für eine kleine Gruppe Schwerstabhängiger, bei denen andere Therapien wiederholt versagt haben. Die kontrollierte Heroinabgabe bedeutete einen Paradigmenwechsel in der Drogenpolitik, welche bis in die Achtzigerjahre auf den drei Säulen Prävention, Therapie und Repression basierte. Sie gehört zu der neuen vierten Säule der Schadensminderung, wo Injektionsräume angeboten, Wohn- und Arbeitsprojekte initiiert, Zugang zu sterilen Injektionsmaterialien und Präservativen geschaffen wurden, neben der streng reglementierten Drogenabgabe. 1988 war das Drogenproblem die zweitgrösste genannte Sorge in Umfragen bei den BürgerInnen. Heute, so Jann, ist die Zahl der Opiatabhängigen sinkend, die offenen Drogenszenen sind verschwunden, und die Nachfrage nach den Behandlungsplätzen ist nicht steigend, wie bei der Einführung der Heroinabgabe befürchtet wurde. Das Projekt ist international auf viel positive Resonanz gestossen, in den USA und den USA-orientierten Ländern jedoch stark umstritten.

## **Versichertenkarte: Ein Anfang**

Ebenfalls als Schritt in die richtige Richtung wird die Einführung der neuen Versichertenkarte angesehen, und zwar, weil sie Potenzial zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen habe. Stefan Kaufmann, stellvertretender Direktor von Santésuisse, stellte das Projekt aus der Sicht der Krankenversicherer vor.

Die Santésuisse hat ein Versichertenkartencenter aufgebaut, das die meisten der neuen EU-Versichertenkarten produziert hat (insgesamt 6,2 Millionen Karten), und diese innerhalb vier Monate (Dezember 2005 bis März 2006) ausliefern konnte. Die EU-Karte ersetzt das bisherige Papierformular E111 und erlaubt eine vereinfachte Abrechnung zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern. Die Karte wird heute vom ausländischen Leistungserbringer meist fotografiert und dann an das schweizerische Versicherungszentrum gefaxt. Die Informationen sind also bislang nur aufgedruckt. Versichertenkarten wie die EU-Karte geben lediglich Auskunft über administrative Daten, diese können auch gespeichert sein, hauptsächlich geht es um die Versicherungsdeckung.

Bei einer Patientenkarte als zweiter Schritt werden die administrativen Daten gespeichert und mit Gesundheitsdaten wie Blutgruppen, Allergien oder Medikamentenunverträglichkeit ergänzt. Die gespeicherten Daten müssen auch geändert werden können (read and write), die Patientenkarten sind also einiges komplizierter aufgebaut als die Versichertenkarten.

Eine Gesundheitskarte als dritter Schritt dient zusätzlich als Zugangsschlüssel zu einer elektronischen Gesundheitsakte.

Gesundheitskarte und Patientenkarte machen nur Sinn, so Stefan Kaufmann, wenn eine E-Health-Strategie des Bundes besteht. Denn sie können nur genutzt werden, wenn eine Infrastruktur zum Lesen und Beschreiben der Karte in der gesamten Schweiz aufgebaut ist.

Die jetzt angestrebte Versichertenkarte verschlanke die Abläufe bei den Leistungserbringern und vor allem bei den Versicherern. Diese Einsparungen müssen den Versicherten weitergegeben werden, meinte der Santésuisse-Vertreter.

Das Versicherungskartencenter bezeichnet Stefan Kaufmann als «eine Plattform, die sich weiterentwickeln kann». Im europäischen Vergleich stehe die Schweiz konzeptionell noch am Anfang, denn es sei schwierig, bestehende Lösungen zu vernetzen. Selbstverständlich müsse der Datenschutz bei der Konzeption der Karte einbezogen werden, so könnten entsprechende Probleme vermieden werden (die im Übrigen auch

beim Papierverkehr bestehen würden). Es braucht Zeit, so Kaufmann, um mit den Anwendungen der Karte vertraut zu werden – auch die Bankkarten hätten ihre Zeit gebraucht, bis sie sich im Zahlungsverkehr durchgesetzt haben.

### Das Ärztenetz Pizolcare

Einiges bewegt im südlichen St. Galler Kantonsteil hat das Ärztenetz Pizolcare. Urs Keller, Leiter des Ärztenetzes, stellte das 2000 gegründete und inzwischen 93 ÄrztInnen umfassende Netzwerk vor, das ungefähr 9000 Personen in Capitation betreut. Das Netz hat neben den Grundversorgern auch SpezialistInnen, Spitäler, Spitex, Heime und PhysiotherapeutInnen eingebunden, die PatientInnen sind mit einem Beirat vertreten, und mit den Versicherern bestehen Verträge. Die Qualität ist dem Netz ein Hauptanliegen, es ist Equam-zertifiziert. Pizolcare hat auch ein lokales Netzwerk Palliativmedizin aufgebaut, das einen eigenen Auftritt auf der Website von Pizolcare hat. Die Kommunikation wird sehr ernst genommen, das Netz hat eine PR-Agentur engagiert, welche zum Beispiel den Newsletter betreut. Keller geht es darum, dass Pizolcare einheitlich auftritt und sich als Marke positioniert. Die PatientInnen profitieren von Disease-Management-Programmen, Schulungen, Gutscheinen für Gratisimpfungen oder Ernährungskursen, zudem werden regelmässig Gesundheitstage durchgeführt.

Nicht nur die PatientInnen sollen von der Vernetzung profitieren, auch die ÄrztInnen sollen zufrieden sein. Das Gesundheitsumfeld aktiv zu gestalten trage zur Berufszufriedenheit bei, so Keller: «Wenn es den Ärzten gut geht, können sie auch eine gute Medizin machen.»

Bericht und Fotos:  
**Brigitte Casanova**  
Redaktion Managed Care



**Markus Jann, Leiter der Sektion Drogeninterventionen im Bundesamt für Gesundheit BAG**



**Stefan Kaufmann, stellvertretender Direktor von Santésuisse**



**Urs Keller, Leiter des Ärztenetzes Pizolcare**

# Stimmen zum Gesundheitswesen

## Schleierhafte Hochkostenfälle

«Über die sogenannten Hochkostenfälle gibt es kaum Informationen.» Nationalrätin Bea Heim spricht über diejenigen 30 Prozent der Erkrankten, welche zirka 80 Prozent der Gesamtkosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verursachen. Weder nach Erkrankung noch nach medizinischen Leistungen könne analysiert werden, auch über die beteiligten Leistungserbringer und deren Zusammenarbeit sei nichts bekannt, wie auch nichts über den Behandlungsverlauf: «Die Zusammensetzung dieser Kosten (...) bleibt schleierhaft.» Heim weist auf die Bedeutung dieser Wissenslücke hin: «Was wäre, wenn die Kostenexplosion im Gesundheitswesen hauptsächlich auf die Steigerung der Hochkostenfälle zurückginge?» (bc)

Quelle: Bea Heim: Daten sind nur lückenhaft vorhanden. In: Tages-Anzeiger, 12. Februar 2007.

## Wenig Klagen über die Pflege

90 Prozent der Fälle bei den Patientenstellen betreffen ÄrztInnen, nur in etwa 10 Prozent geht es um Pflegefachpersonen. Erika Ziltener, Präsidentin des Schweizerischen Dachverbands der Patientenstellen, interpretiert dies wie folgt: «Die Leute halten die Pflege offensichtlich für weniger beschwerdefähig, oder sie beklagen und beschweren sich direkt vor Ort, bei der betreffenden Person.» So reklamiert ein Patient, der nicht umgelagert und deswegen wund wurde, eher nicht bei der Patientenstelle – im Vergleich zu jemandem, der glaubt, es sei ein Operationsfehler passiert. Dies hänge auch damit zusammen, so Ziltener, «dass es bei der Pflege schwieriger ist zu unterscheiden, was ein Fehler oder ein Versäumnis ist, zum Beispiel aus einem strukturellen Defizit heraus, und was nicht.» (bc)

Quelle: Margrit Bachl: «Hier läuft vieles zusammen und ich kann es weitertragen». Gespräch mit Erika Ziltener. In: Krankenpflege 2/2007.

## Vom Verwalter zum Manager

Einen Rollenwandel bei den Spitaldirektoren stellt Arnold Bachmann fest, Präsident der Schweizerischen Vereinigung der SpitaldirektorInnen, aufgrund einer vereinigungs-

eigenen Studie. «Die Zeiten, als der Buchhalter eines Tages altersbedingt zum Spitaldirektor geworden ist, sind endgültig vorbei.» Die Mehrheit der Spitaldirektoren habe eine Hochschulausbildung und Erfahrung in Karpositionen ausserhalb des Gesundheitswesens. Überbetriebliche Fragestellungen seien immer wichtiger geworden: «Es gibt kaum ein Spital, das in den letzten fünf Jahren nicht ein Fusions-, Kooperations- oder sonstiges Zusammenarbeitsprojekt hinter sich gebracht hat.» Die Spitaldirektoren müssen heute mit einem Globalbudget oder leistungsabhängiger Finanzierung haushalten, der Veränderungsdruck sei gross und das CEO-Modell die logische Folge davon. (bc)

Quelle: Erika Schumacher: Der Verwalter hat ausgedient. Interview mit Arnold Bachmann. In: Competence 1-2/2007.

## Apotheker als Gatekeeper

300 000 persönliche Kundenkontakte haben Apotheker täglich, Ärzte 120 000. Wenn Apotheker Rezepte für leichte Fälle ausstellen dürften, könnten sie ihre Gatekeeperfunktion noch besser ausüben und Kosten sparen. So argumentiert der Apotheker-Verband, er möchte das Diagnose-Monopol der Hausärzte lockern. Neue Kompetenzen für Apotheken seien möglich, wie ein Blick nach England zeige, so Peter Indra, Vizedirektor des Bundesamts für Gesundheit. Die Apotheke aufzuwerten könne sinnvoll sein, allerdings sei der Grundsatz «wer verkauft, verschreibt nicht» durchzusetzen. Die FMH opponiert, ohne ärztliche Diagnose sei die Sicherheit der Patienten ernsthaft gefährdet, «und auch die Gate-Keeping-Funktion im Rahmen von Managed-Care-Modellen ist eine ärztliche Tätigkeit, die höchsten medizinischen Ansprüchen genügen muss und keinesfalls von irgendwelchen anderen Berufsleuten ausgeübt werden darf». (bc)

Quelle: Arzt und Apotheker – gemeinsam im Dienst von Patient und Kosteneffizienz. Und: Auf dem Weg zum effizienten Gesundheitswesen. Interview mit Peter Indra. In: Dosis Gesundheitspolitik – pharmasuisse informiert. Nr. 42, 03.2007. Und: Nur Ärztinnen und Ärzte dürfen Rezepte ausstellen! Medienmitteilung der FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte. 28. Februar 2007.

	Thema	Kontakt
3. Mai, Luzern	<b>Vorurteile – Etikettierung – Stigma</b>	Hilfsverein für Psychischkranke des Kantons Luzern, Schlosstrasse 1, 6005 Luzern. Tel. 041-310 17 01. Fax 041-310 11 80. hilfsverein.lu@freesurf.ch; www.hilfsverein.lu.ch
3.–4. Mai, Luzern	<b>Kooperationen gestalten – Kultur entwickeln</b>	HSA Hochschule für Soziale Arbeit, Barbara Käch, Werftstrasse 1, Postfach 3252, 6002 Luzern. Tel. 041-367 48 57. bkaech@hsa.fhz.ch; www.hsa.fhz.ch/managementtagung
8. Mai, Basel	<b>4. Medgate-Symposium: Die Zukunft der Telemedizin</b>	Schweizer Zentrum für Telemedizin Medgate, Gellertstrasse 19, Postfach, 4020 Basel. Tel. 844-365 724. Fax 061-377 88 40. info@medgate.ch; www.medgate.ch
10. Mai, Zürich	<b>9. Schweizerisches Forum der sozialen Krankenversicherung</b>	RVK, Haldenstrasse 25, 6006 Luzern. Tel. 041-417 05 00. Fax 041-417 05 01. forum@rvk.ch; www.rvk.ch/forum
10.–11. Mai, Muntelier	<b>APDRG 2008 Tagung</b>	ISE Institut für Gesundheit und Ökonomie, Chemin du Croset 7, 1024 Ecublens. Tél. 021-641 05 80. Fax 021-641 05 81. silvia.devidal@isesuisse.ch; www.isesuisse.ch
29. Mai, Freiburg (D)	<b>5. Tagung: Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess</b>	Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung Psychiatrie und Psycho- therapie, Sektion Klinische Epidemiologie und Versorgungsforschung, Hauptstrasse 5, D-79104 Freiburg. Tel. 0761-270 6984. sdm2007@uniklinik-freiburg.de; www.patient-als-partner.de
30. Mai–1. Juni, Freiburg (D)	<b>4<sup>th</sup> International Shared Decision Making Conference</b>	Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung Psychiatrie und Psycho- therapie, Sektion Klinische Epidemiologie und Versorgungsforschung, Hauptstrasse 5, D-79104 Freiburg. Tel. 0761-270 6984. sdm2007@uniklinik-freiburg.de; www.patient-als-partner.de
31. Mai, Bern	<b>Tagung Migrant friendly hospitals</b>	Hplus, Lorrainestrasse 4 A, 3013 Bern. Tel. 031-335 11 11. Fax 031-335 11 70. geschaeftsstelle@hplus.ch; www.hplus.ch
31. Mai–1. Juni, Bern	<b>Nationaler Kongress für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen</b>	MEM Media Foundation, Murtenstrasse 35, 3008 Bern. Tel. 031-632 09 41. Fax 031-632 86 81. info@memmedia.org; www.memmedia.org; www.hplus.ch
5.–6. Juni, Bern	<b>Nachhaltigkeit im Spital</b>	Inselspital Bern, Nachhaltigkeit im Spital, Margrit Kilchenmann, Stabstelle Ökologie PH6, H11, 3010 Bern. Tel. 031-632 27 69. margrit.kilchenmann@insel.ch; www.nachhaltigkeitstagung.insel.ch
6. Juni, Zürich	<b>Symposium Forum Managed Care</b>	Forum Managed Care, Pflanzschulstrasse 3, 8400 Winterthur. Tel. 052-235 19 35. Fax 052-235 19 20. info@forummanagedcare.ch; www.forummanagedcare.ch
6.–7. Juni, Basel	<b>Medikamenten-Markt Schweiz – quo vadis?</b>	Euroforum Handelszeitung Konferenz AG, Postfach/Seestrasse 344, 8027 Zürich. Tel. 044-288 94 63. Fax 044-288 94 71. anmeldung@euroforum.com; www.euroforum.ch
8.–9. Juni, Zürich	<b>Case Management in der Spitex</b>	Dominik Holenstein, Weiherweg 3, 4133 Pratteln. info@casemanagement-spitex.ch; www.casemanagement-spitex.ch
8.–9. Juni, Bielefeld (D)	<b>2. Internationale Fachtagung Health Inequalities</b>	Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Dagmar Kanig, Postfach 10 01 31, D-33501 Bielefeld. Fax 0521-106 64 33. health-inequalities@uni-bielefeld.de; www.uni-bielefeld.de/gesundhw/health-inequalities
8.–11. Juni, Kopenhagen (DK)	<b>6<sup>th</sup> World Congress on Health Economics: Explorations in Health</b>	Copenhagen Business School, Solbjerg Plads 3, DK-2000 Frederiksberg. Tel. 0045-3815 3815. conference@healtheconomics.org; www.healtheconomics.org
13.–15. Juni, Nashville (USA)	<b>3<sup>rd</sup> Annual International Summit on Redesigning Hospital Care</b>	Institute for Healthcare Improvement IHI, 20 University Road, 7 <sup>th</sup> Floor, Cambridge, MA 02138 USA. Tel. 617 301-4800. Fax 617 301-4848. info@ihi.org; www.ihi.org
14.–15. Juni, Bern	<b>Hplus-Kongress</b>	Hplus, Lorrainestrasse 4 A, 3013 Bern. Tel. 031-335 11 11. Fax 031-335 11 70. geschaeftsstelle@hplus.ch; www.hplus.ch
14.–15. Juni, Männedorf	<b>Denk-quer! Kosch-Werkstattgespräch für Selbsthilfegruppen</b>	Boldern, Evangelisches Ausbildungs- und Studienzentrum, Boldernstrasse 83, Postfach, 8708 Männedorf. Tel. 044-921 71 71. tagungen@boldern.ch; www.boldern.ch; www.kosch.ch
20.–22. Juni, Berlin (D)	<b>Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit</b>	Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit, Palisadenstrasse 48, D-10243 Berlin. Tel. 030-498 550 31. Fax 030-498 550 30. info@hauptstadtkongress.de; www.hauptstadtkongress.de
21.–22. Juni, Olten	<b>Swiss Public Health Conference: Mental Health in Public Health</b>	Public Health Schweiz, Zentralsekretariat, Effingerstrasse 54, Postfach 8172, 3001 Bern. Tel. 031-389 92 86. Fax 031-389 92 88. info@public-health.ch; www.public-health.ch

# Weiter- und Kontakt Fortbildung

Beginn: 31. Mai (13½ Tage), Winterthur	<b>Finanzielle Führung im Gesundheitswesen</b>	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG, Im Park, St. Georgenstrasse 70, Postfach 958, 8401 Winterthur. Tel. 052-267 78 97. caroline.tiedemann@zhwin.ch; www.wig.ch
11.–22. Juni, Basel	<b>Health District Management I: Planning and Programme Design</b>	Swiss Tropical Institute, Course Secretariat, Socinstrasse 57, P.O. Box, 4002 Basel. Tel. 061-284 82 80. Fax 061-284 81 06. courses-sti@unibas.ch; www.sti.ch
Beginn: 18. Juni (40 Tage), Aarau	<b>Management in Gesundheitsinstitutionen</b>	Hplus, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. bildung@hplus.ch; www.kurse.hplus.ch
25. Juni–6. Juli, Basel	<b>Health District Management II: Priority Setting and Resource Allocation</b>	Swiss Tropical Institute, Course Secretariat, Socinstrasse 57, P.O. Box, 4002 Basel. Tel. 061-284 82 80. Fax 061-284 81 06. courses-sti@unibas.ch; www.sti.ch
Beginn: 25. Juni (40 Tage), Aarau	<b>Interdisziplinäre Führung</b>	Hplus, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. bildung@hplus.ch; www.kurse.hplus.ch
Beginn: 25. Juni (22 Tage), Aarau	<b>Leadership in Gesundheitsinstitutionen</b>	Hplus, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. bildung@hplus.ch; www.kurse.hplus.ch
Beginn: 21. August (18 Tage), Bern	<b>Wirksam managen im Gesundheitssystem</b>	College-M, Freiburgstrasse 41, 3010 Bern. Tel. 031-632 30 26. Fax 031-632 30 25. info@college-m.ch; www.college-m.ch
Beginn: 24. August (13½ Tage), Winterthur	<b>Informations- und Wissensmanagement</b>	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG, Im Park, St. Georgenstrasse 70, Postfach 958, 8401 Winterthur. Tel. 052-267 78 97. caroline.tiedemann@zhwin.ch; www.wig.ch
Beginn: 3. September (28 Tage), Luzern	<b>Disability Management</b>	HSA Hochschule für Soziale Arbeit Luzern, Werftstrasse 1, 6002 Luzern. Tel. 041-367 48 48. rwootly@hsa.fhz.ch; www.hsa.fhz.ch/casdm
Beginn: 6. September (13½ Tage), Winterthur	<b>Gesundheitsökonomie</b>	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG, Im Park, St. Georgenstrasse 70, Postfach 958, 8401 Winterthur. Tel. 052-267 78 97. caroline.tiedemann@zhwin.ch; www.wig.ch
Beginn: 21. September (12 Tage), Zürich	<b>Ethische Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen</b>	Dialog Ethik, Sonneggstrasse 88, 8006 Zürich. Tel. 044-252 42 01. Fax 044-252 42 13. info@dialog-ethik.ch; www.dialog-ethik.ch
Beginn: 11. Oktober (60 Tage), St. Gallen	<b>Health Service Management</b>	FHS St. Gallen, Management-Weiterbildungszentrum, Teufener Strasse 2, Postfach 630, 9001 St. Gallen. Tel. 071-228 63 28. Fax 071-228 63 20. management@fhsg.ch; www.fhsg.ch/nds-ism
Beginn: 22. Oktober (25 Tage), Luzern	<b>Case Management</b>	HSA Hochschule für Soziale Arbeit Luzern, Werftstrasse 1, 6002 Luzern. Tel. 041-367 48 48. rwootly@hsa.fhz.ch; www.hsa.fhz.ch/cascm
Beginn: Oktober (20 Tage), St. Gallen	<b>Management und Politik im Gesundheitswesen</b>	FHS St. Gallen, Management-Weiterbildungszentrum, Teufener Strasse 2, Postfach 630, 9001 St. Gallen. Tel. 071-228 63 28. Fax 071-228 63 20. management@fhsg.ch; www.fhsg.ch/ndk-mpg
Beginn: Oktober, (4 Semester), Lausanne	<b>Master of Advanced Studies en économie et management de la santé</b>	Luciana Vaccaro, Institut d'Economie et Management de la Santé (IEMS), Université de Lausanne – Bât. Extranef, 1015 Lausanne. Tél. 021-692 34 91. Fax 021-692 36 55. luciana.vaccaro@unil.ch; www.hec.unil.ch/iem
Beginn: Oktober, (4 Semester), Lausanne	<b>Master of Advanced Studies en économie et politique du médicament</b>	Anne Decollogny, Institut d'Economie et Management de la Santé (IEMS), Université de Lausanne – Bât. Extranef, 1015 Lausanne. Tél. 021-692 36 51. Fax 021-692 36 55. anne.decollogny@unil.ch; www.hec.unil.ch/iem

## Hinweise erwünscht:

Hinweise auf Publikationen und Veranstaltungen rund um Managed Care, Public Health, Gesundheits- und Sozialökonomie senden Sie bitte an: Redaktion Managed Care, Brigitte Casanova, Rue Denis-de-Rougemont 36, 2000 Neuchâtel. Fax 052-558 83 00. b.casanova@rosenfluh.ch. Über die Aufnahme in die Hinweisseite entscheidet die Redaktion.



### Deutsche Konkurrenz

Die Hegnau-Bodensee-Hochrhein-Kliniken GmbH hat in Luzern eine Geschäftsstelle eröffnet, die erste eines ausländischen Klinik-anbieters in der Schweiz. Erklärtes Ziel ist es, rechtzeitig auf dem Markt zu sein, sollte das Territorialprinzip in der Schweiz fallen, das grenzüberschreitende Behandlungen in der Grundversicherung verbietet. Dies erklärt der Geschäftsleiter Marcel Johann. Bis dahin werden Dienste der Zusatzversicherung angeboten, die es in der Schweiz nicht gibt oder die 30 bis 50 Prozent teurer sind. Die Qualität sei dabei vergleichbar, so Johann, nur der Komfort in den deutschen Kliniken etwas geringer. (bc)

Quelle: Ueli Bachmann: Werben um Schweizer Patienten. In: St. Galler Tagblatt, 7. Februar 2007.

### Behandlung im Ausland

Auf der Reise erkranken, die Pensionierung im Ausland verbringen, in Grenzregionen wohnen, die Warteliste im eigenen Land umgehen, eine Behandlung erhalten, die im eigenen Land verboten ist – es gibt viele Gründe, weshalb sich PatientInnen im Ausland behandeln lassen. Grenzüberschreitende Behandlungen, auch innerhalb der EU, sind aber nicht einfach, wie das BMJ schreibt. Die Schlüsselfrage ist und bleibt, wer bezahlt und wie viel. Daneben ist aber auch der Zugang zu medizinischer Information ein Problem: Zwar haben einige Länder die elektronische Krankengeschichte eingeführt, die Systeme sind aber untereinander nicht kompatibel. Auch rechtliche Fragen tauchen auf: Welche Staatsbürgerschaft erhält ein im grenznahen Ausland geborenes Kind? Und wie wirkt sich die Konkurrenz der Länder auf den heimischen Markt aus? (bc)

Quelle: Helene Legido-Quigley et al.: Patient mobility in the European Union. In: British Medical Journal, 2007; 334: 188–190. 27. Januar.

### Krankheitskosten in Patientengruppen vorhersagen

Wie kann die Morbidität einer Patientenpopulation beurteilt werden? Eine Studie identifiziert und vergleicht fünf Instrumente: soziodemographische (welche sich auf Alter und Geschlecht stützen), diagnosebasierte, medikamentenbasierte (über die verordneten Medikamente wird auf die Er-

## Mehr Qualität und Patientensicherheit – Managed Care als Schlüsselfaktor

Die Patientenperspektive

Lernen aus Fehlern

Erfahrungen eines Patientenbeirats

Prozessmanagement

Messmedizin – Menschenmedizin

Managed Care als Schlüsselfaktor

Erfolg von Case Management vorhersagen

Erscheint am 1. Juni 2007

krankung geschlossen) und kostenbasierte (die früheren Kosten sagen die weiteren Kosten voraus) sowie die selbst eingeschätzte Gesundheit. Die Instrumente unterscheiden sich punkto Datenqualität, Vorhersagekraft, Aufwand, Anreize für Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen oder in der Codierung. Fazit: Ein grosser Teil der Kosten kann auch bei Berücksichtigung von Diagnosen und Medikamenten nicht akkurat vorhergesagt werden. (bc)

Quelle: Karin Huwiler-Müntener et al: Instrumente zur Beurteilung des «Case-Mix»: eine systematische Literaturanalyse. In: Schweizerische Ärztezeitung 2007; 88: 7.

### Weniger Medikamente, bessere Compliance

Acht Tabletten pro Tag müssen herzkreislaufkranke Menschen durchschnittlich einnehmen. 35 Prozent dieser PatientInnen vergessen zeitweise die Einnahme, und die Hälfte weiss nicht wirklich, wofür die Medikamente sind. Als gut compliant eingestuft wurden nur 50 Prozent der PatientInnen. Die Compliance sinkt signifikant, je mehr Medikamente eingenommen werden müssen. Dies sind Resultate aus einer Studie mit 100 PatientInnen. Die Autoren schlagen vor, sich auf die wirklich notwendigen Substanzen zu reduzieren, was die Compliance verbessere und auch wirtschaftlich entlaste. Therapieleitlinien konsequent einzuhalten sei bei mehr als vier Medikamenten pro Patient und Tag möglicherweise nicht sinnvoll. (bc)

Quelle: D. Rottlaender et al: Multimedikation, Compliance und Zusatzmedikation bei Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen. In: Deutsche Medizinische Wochenschau 2007; 132: 139–144.