



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Claudia Eisenring
Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie

Kurt Hess
Projekte im Gesundheitswesen

Wirtschaftlichkeit und Qualität der Arztpraxis

Systeme – Modelle - Methoden

**Aspects économiques et qualitatifs
des cabinets médicaux**
Systèmes, modèles et méthodes d'analyse
(Résumé)

**In Zusammenarbeit mit Felix Huber (MediX),
Urs Philipp (SanaCare) und Juliette Gerber (SanaCare)**

Arbeitsdokument Nr. 8

August 2004
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel

Inhalt

	Management Summary	5
	Résumé	10
1	Ausgangslage	15
1.1	Auftrag.....	16
1.2	Methodik.....	17
1.2.1	Bestandesaufnahme	17
1.2.2	Bewertung	18
2	Wirtschaftlichkeitsprüfung der Arztpraxis	19
2.1	Wirtschaftlichkeit	19
2.1.1	Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen	19
2.1.2	Evidence-Based Medicine.....	21
2.2	Gesetzliche Grundlagen.....	22
2.3	Schweiz: Systeme und Methoden zur Wirtschaftlichkeitsprüfung	24
2.3.1	Vorgängige Zustimmung zur Behandlung	25
2.3.2	Nachträgliche Zustimmung zur Behandlung.....	26
2.3.3	Durchschnittskostenvergleich: Grundlagen.....	27
2.3.4	Exkurs: Direkte Kosten und veranlasste Kosten	33
2.3.5	Methode des Arithmetischen Mittelwertvergleichs	35
2.3.6	Statistische Vergleichsanalyse nach Schmid	39
2.3.7	Helsana Ärzterating.....	41
2.3.8	Methode der mittleren Abweichung (MA)	45
2.3.9	Methode des Perzentilensystems (PS)	45
2.3.10	Andere Statistiken	47
2.4	Wirtschaftlichkeitskontrolle innerhalb von Managed Care-Organisationen	49
2.5	Tabellarische Zusammenfassung	55
2.6	Wirtschaftlichkeitsprüfung in Deutschland und Österreich	57
3	Bemessung der Qualität in der ärztlichen Praxis	59
3.1	Welche Bedeutung hat das medizinische Qualitätsmanagement?	60
3.2	Gesetzliche Grundlagen.....	61
3.3	Qualität in der ambulanten Praxis – ein theoretischer Exkurs.....	62
3.3.1	Definitionen	62

3.3.2	Kategorien der Qualität nach Donabedian	63
3.3.3	Ist ärztliche Qualität messbar?	64
3.3.4	Begriffsklärung: Guidelines, Indikatoren, Standards, Kriterien	65
3.4	Schweiz: Systeme und Methoden zur Qualitätsbemessung	66
3.4.1	SwissPEP / Quali Doc – Schweizerisches Programm zur Evaluation der medizinischen Praxis.....	67
3.4.2	EQUAM – Externe Qualitätskontrolle in der Medizin.....	69
3.4.3	SIPA – Schweizerische Initiative für Praxis-Assessment	73
3.4.4	QMN – Quali-med-net	76
3.4.5	ARPAZ – Arbeitsgemeinschaft Patientenzufriedenheit, Vereinigung der Zürcher Internisten	78
3.4.6	Helsana Ärzterating	80
3.4.7	Guide Santé	81
3.4.8	DIN ISO 9001 – Deutsche Industrie-Norm – International Organization for Standardization	84
3.4.9	Aktivitäten der FMH in der Qualitätssicherung	85
3.5	Ausland: Systeme und Methoden zur Qualitätsbemessung.....	87
3.5.1	EPA – European Practice Assessment	87
3.5.2	HEDIS – Health Plan Employer Data and Information Set.....	90
3.5.3	AGPAL – Australian General Practice Accreditation Limited	92
3.5.4	AOK – Qualitätsindikatoren	95
3.6	Tabellarische Zusammenstellung und Vergleich.....	98
4	Schlussbetrachtungen und Konsequenzen	100
4.1	Generelle Probleme der untersuchten Systeme.....	100
4.2	Fazit aus den Evaluationen zum Teil Wirtschaftlichkeit.....	101
4.3	Fazit aus den Evaluationen zum Teil Qualität	105
4.4	Alternative	106
5	Abkürzungen	109
6	Experten	111
7	Literatur	112
8	Verfasser	116

Management Summary

Ziel der vorliegenden Grundlagenstudie ist die Erarbeitung einer Bestandaufnahme von etablierten und projektierten Systemen und Methoden zur Bemessung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität in der ambulanten Praxis. Der Akzent liegt auf Modellen in der Schweiz, doch sollen kursorisch auch bedeutendere ausländische Ansätze zur Darstellung kommen. Nach umfassendem Studium der offiziellen wie der „grauen“ Literatur, breiten Recherchen im Internet, Auswertung zahlreicher Experteninterviews, aber auch unter Nutzung des eigenen Know-hows aus nationalen und internationalen Projekten, legt die beauftragte Arbeitsgruppe ihren Bericht und ihre Beurteilung vor.

Unsere Evaluationen zeigen, dass bereits die Umschreibungen der beiden Begriffe *Wirtschaftlichkeit* und *Qualität* Schwierigkeiten bereiten und je nach Blickwinkel unterschiedlich ausfallen. Noch komplexer gestaltet sich die *Erfassung* geeigneter Bemessungsgrößen, weil hierzu im traditionellen System der Einzelleistungsverrechnung teilweise die notwendige Transparenz fehlt. Ein Blick auf praktizierte Modelle des Managed Care zeigt, dass hier sowohl die Datenbasis wie insbesondere auch die Anreizsetzung für Ärzte, Patienten und Versicherer günstigere Voraussetzungen für ein Monitoring der ökonomischen und qualitativen Parameter schaffen.

Wirtschaftlichkeitsprüfung

Der Wirtschaftlichkeitsteil beschreibt, vergleicht und bewertet die wichtigsten der für die Schweiz relevanten Methoden der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Arztpraxis. Es sind dies die Methode des Arithmetischen Mittelwertvergleichs, die Statistische Vergleichsanalyse nach Schmid, das Helsana Ärzterating, die Methode der mittleren Abweichung und die Methode des Perzentilensystems sowie die Statistiken der Krankenversicherung Visana, der Ärztekasse und der Trust-Center. Neben der Kontrolle der traditionellen Arztpraxis wird auch die Prüfpraxis von Managed Care-Organisationen berücksichtigt. Die Bewertung der Methoden erfolgte nach den Kriterien *Reichweite, Validität, Aufwand und Akzeptanz* der einzelnen Methoden.

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) fordert von den Leistungserbringern eine wirtschaftliche Arbeitsweise. Aufgabe der Krankenversicherer ist es, die Einhaltung dieses Gesetzes zu kontrollieren.

Wirtschaftlich ist eine Leistung dann, wenn sie zu minimalen Kosten erbracht wird oder wenn sie, für ein bestimmtes Budget, maximal ausfällt. Die Wirtschaftlichkeit einer Leistung hängt jedoch nicht nur von der erbrachten Menge (Output) ab, sondern auch von ihrem Qualitätsniveau. Deshalb beziehen „echte“ Wirtschaftlichkeitsanalysen neben der Aufwand- oder Kostenbetrachtung *immer* auch den Ertrag, den Erlös oder das Ergebnis (Outcome, Nutzen) mit ein. Die Qualität von Dienstleistungen, insbesondere von medizinischen Leistungen, ist jedoch schwierig zu beurteilen.

In der Schweiz werden die ambulanten medizinischen Leistungen über den Einzelleistungstarif vergütet. Damit sind die ökonomischen Anreize für die Ärzteschaft so gesetzt, dass wenig Interesse besteht, eine aus volkswirtschaftlicher Perspektive optimale medizinische Versorgung anzubieten, denn je weniger Leistungen erbracht werden, desto tiefer ist das Einkommen der Ärztinnen und Ärzte: Ein sorgfältiger bzw. optimaler Einsatz der Mittel wird nicht honoriert.

Der Gesetzauftrag zur Wirtschaftlichkeitsprüfung wird einerseits von den einzelnen Krankenversicherungen wahrgenommen. Da Einzelfallprüfungen für eine breite Anwendung zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Arztpraxis ungeeignet sind, führt santésuisse im Auftrag der Versicherer zusätzlich statistische Kostenvergleiche durch. Dabei setzt santésuisse auf die Methode des Arithmetischen Mittelwertvergleichs, bei dem für jede Ärztin, für jeden Arzt, die durchschnittlichen Fallkosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung berechnet und den durchschnittlichen Fallkosten der Fachkollegen, dem Gruppenfallwert, gegenübergestellt werden. Überschreitet der Gruppenfallwert einen vordefinierten Toleranzbereich, besteht der Verdacht der Unwirtschaftlichkeit und die betroffenen Leistungserbringer werden aufgefordert, die zusätzlichen Kosten zu begründen. Bleiben die Durchschnittskosten während mehreren Jahren unerklärbar hoch, wird von santésuisse ein Rückforderungsantrag gestellt.

Für die Anwendung der Methode des Durchschnittskostenvergleiches sollte die verwendete Datenbasis gewissen statistischen Anforderungen genügen. Insbesondere müssen die Daten innerhalb der Vergleichsgruppe mit derselben Methode erhoben worden sein, und der Patientenstamm einer Praxis sollte in Bezug auf Morbidität, Alter und Geschlecht homogen sein. Ebenso wird für die Vergleichsgruppe eine gewisse Grösse vorausgesetzt. Die für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen verwendete Datenbasis, der Datenpool von santésuisse, genügt diesen Anforderungen nicht vollständig. Mit dem Start von TARMED auf 1.1.2004 verbessert sich die Datenlage immerhin insofern, als dass die Tarifierung gesamtschweizerisch vereinheitlicht wird. Dadurch werden neu auch kantonsübergreifende Vergleiche möglich. In kleinen Kantonen oder für sehr spezialisierte Leistungserbringer wird dadurch ein statistischer Vergleich erst möglich.

Ein weiterer Kritikpunkt an der Methode des Durchschnittskostenvergleiches ist der Umstand, dass sie nur die Kosten berücksichtigt. Erwogen wird die Qualität der medizinischen Leistungen einzig durch die Annahme, dass Leistungen, die zu durchschnittlichen Kosten erbracht werden, den (minimalen) Qualitätsanforderungen genügen.

Trotz gewisser Mängel scheint der Durchschnittskostenvergleich eine geeignete Methode für eine standardisierte und flächendeckende Wirtschaftlichkeitsprüfung, denn sie ermöglicht einen breiten, schnellen und kontinuierlichen Kostenvergleich. Zudem hat diese Methode im Gegensatz zu andern statistischen Methoden, wie z.B. der Vergleichsanalyse nach Schmid oder dem Helsana Ärzterating, die breiteste Reichweite und ist gesetzlich und gerichtlich am besten begründet.

Der Nutzen von flächendeckenden statistischen Methoden liegt v.a. in der präventiven Wirkung vor übermässiger Leistungserbringung und Tarifierung durch die Ärzteschaft.

Das heutige Tarifierungsprinzip erlaubt allerdings nach wie vor keinen vollständigen Überblick über die Gesamtkosten einer Behandlung, denn die Folgekosten einer Überweisung zu einem Spezialisten oder in ein Krankenhaus können nicht konsequent dem überweisenden Arzt, der überweisenden Ärztin oder einem medizinischen Fall zugeordnet werden. Bei Versicherungsmodellen, die ein *Gatekeeping* beinhalten (Hausarztmodell oder HMO), wird dieser Mangel behoben. Das grundsätzliche Problem des heutigen Honorierungssystems, die falsche Anreizsetzung, kann jedoch nur durch eine Honorierungsform mittels Capitation behoben werden. Neuere ökonomische Untersuchungen kommen zum Schluss, dass die Versicherten von alternativen Versicherungsmodellen wie Hausarztnetzen und HMO's 10 - 30% tiefere Gesundheitskosten verursachen. Identische Versorgungsqualität vorausgesetzt, weisen diese Zahlen auf eine deutlich höhere Wirtschaftlichkeit von Managed Care-Organisationen hin.

Qualitätsbemessung

Im *Qualitätsteil* umfasst die Analyse bewährter, funktionierender oder in Erprobung stehender Systeme und Methoden acht schweizerische und vier ausländische Modelle. Es handelt sich um folgende Systeme:

<i>Schweiz</i>	SwissPEP / QualiDoc; EQUAM – Externe Qualitätskontrolle in der Medizin; SIPA – Schweizerische Initiative für Praxis-Assessment; Quali-med-net von med-swiss.net; ARPAZ – Arbeitsgemeinschaft Patientenzufriedenheit Zürcher Internisten; Helsana Ärzterating; Guide Santé; DIN ISO 9001
<i>Ausland</i>	EPA – European Practice Assessment (Europa); HEDIS – Health Plan Employer Data and Information Set (USA); AGPAL – Australian General Practice Accreditation Limited (Australien); AOK-Qualitätsindikatoren (Deutschland)

Die Auswahl der schweizerischen Systeme richtete sich nach den Kriterien *Etabliertheit, Validierung der Indikatoren, Selektivität, Praktikabilität und Entwicklungsfähigkeit*. Mangels wissenschaftlicher Standards zur Beurteilung von Qualitätsbemessungssystemen erfolgt eine vorzugsweise qualitative Beurteilung der betrachteten Methoden anhand der gleichen Kriterien. Der ausländische Teil behandelt einige wenige exemplarische, bekanntere Systeme; sie stehen stellvertretend für viele ähnliche Initiativen verschiedenster Länder und Fachgesellschaften.

In der getroffenen Auswahl zeigt sich eine grosse Heterogenität, was die Zielsetzungen und die Etablierung der einzelnen Bemessungssysteme betrifft. Einzelne fokussieren auf eine Zertifizierung, andere mehr auf die Ingangsetzung von Qualitätsprozessen oder die Erfassung der Patientenzufriedenheit, wieder andere stellen eigentliche Indikatorensysteme dar. In der Schweiz zeigt sich in den letzten ein bis zwei Jahren eine wachsende Etablierung von wenigen Modellen zur Förderung und Beurteilung der medizinischen Qualität sowie eine Tendenz zur klaren Rollenzuweisung an die einzelnen Systemanbieter. Bemerkenswert ist hier (etwa im Gegensatz zu den USA) eine zunehmende Konvergenz und Kooperation dieser Systeme in Richtung eines umfassenden Einheitssystems.

Bei der Betrachtung aller ausgewählten Systeme manifestiert sich deutlich die Schwierigkeit, praktikable Indikatoren der Ergebnisqualität zu definieren und zu erfassen. Unter Benutzung der Kategorien von Donabedian *Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität* muss allen etablierteren Indikatoren- und Bewertungssystemen eine gewisse Strukturlastigkeit attestiert werden. Strukturindikatoren sind einfacher zu erfassen als Prozess- oder gar Outcome-Indikatoren. Daraus ergibt sich die Gefahr, dass gemessen wird, was gemessen werden kann, und nicht, was die Qualität der Praxis oder des ärztlichen Handelns beschreibt (Prinzip der Validität). Einzelne Methoden favorisieren zusätzlich komplexere Indikatoren der Prozessqualität, so *EQUAM*, meist aber beschränkt sich die Ergebnisqualität auf die Erhebung der Patientenbeurteilung. Neuere Initiativen, so das deutsche AOK-Modell und teils auch *EQUAM*, experimentieren mit diagnosespezifischen Outcome-Indikatoren, die prospektiv erhoben werden. Sie zeigen damit die Richtung auf, in die sich, im Interesse einer validierteren Qualitätsbewertung, die künftige Entwicklung bewegen sollte und wohl auch wird.

Vor dem Hintergrund dieser Einschränkungen hinsichtlich der Validität präsentieren sich die ausgewählten Systeme als durchwegs praktikabel, teils bereits langjährig erprobt und mit unterschiedlichem Akzent bezüglich Zielsetzung. *SwissPep* ist ein seit Jahren eingeführtes und international abgestütztes System zur Qualitätsentwicklung und Qualitätsförderung, das auf eine Praxisevaluation und ein prozessorientiertes Praxis-Coaching ausgerichtet ist. Die Patientenbefragung von *SwissPep* ist eine auf die Schweiz adaptierte Umsetzung der EUROPEP-Studie und basiert damit auf international validierten Indikatoren. *EQUAM* kann als das, mindestens in der Schweiz, umfassendste Gesamtsystem zur Zertifizierung ambulanter Praxen betrachtet werden, das seit Jahren praktiziert und weiterentwickelt wird. Es ist durch die gleichnamige und unabhängige Stiftung sehr breit abgestützt, diese ist seit 2003 beim Bundesamt für Metrologie und Akkreditierung als Zertifizierungsinstitut akkreditiert. Die heute noch einseitige Ausrichtung auf Modelle des Managed Care erfährt noch 2004 die Ausweitung in die konventionellen Einzelpraxen. Mit diesem Schritt verbindet sich die Ausrichtung auf europäisch validierte Indikatoren, ergänzt um diagnosespezifische Outcome-Kriterien. In Zielsetzung, Struktur und in den Assessments ist *EQUAM* dem bekannten australischen *AGPAL* sehr ähnlich. Dieses System wird von allen massgeblichen ärztlichen Fachverbänden unterstützt und wird seit mehreren Jahren als offizielles Zertifizierungsinstrument eingesetzt. Es ist jedoch vorzugsweise auf Strukturindikatoren ausgerichtet.

Eine sehr interessante Entwicklung ist im europäischen Raum mit dem Projekt *EPA* sowie dem deutschen Projekt *AOK-Qualitätsindikatoren* seit rund einem Jahr im Gang. Am europäischen *EPA* ist auch die Schweiz aktiv beteiligt, indem *SwissPEP* im projektverantwortlichen Dachverband *TOPAS* (European Taskforce on Practice Assessment) Einsitz hat und der schweizerische Teil des EPA-Projekts, *SIPA*, unter Federführung der FMH bis Mitte 2004 die Pilotversuche mit den EPA-Indikatoren durchführt resp. auswertet. Unter diesem validierten Indikatorenset und in Kooperation mit den europäischen Partnern, ist eine schweizerische Dachorganisation mit den Partnern *SwissPEP*, *EQUAM*, *FMH* und *med-swiss.net* in Vorbereitung. Auch in diesem Set überwiegen die Indikatoren der Strukturqualität. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang der Ansatz im Projekt *AOK-Indikatoren*, indem hier, neben den

üblichen Struktur- und Prozessindikatoren, erstmals auch diagnosespezifische Outcome-Indikatoren prospektiv erfasst werden sollen. Die Praktikabilität lässt sich zur Zeit noch nicht beurteilen, doch wird auch *EQUAM* einige diagnosespezifische Indikatoren übernehmen, vorerst in ihr System der Einzelpraxis-Zertifizierung.

Aufgrund ihrer Recherchen und vergleichenden Beurteilungen kommen die Verfasser zum Schluss, dass es gegenwärtig weder in der Schweiz noch im Ausland ein umfassendes und validiertes System zur Qualitätsbemessung gibt. Alle betrachteten Systeme fokussieren auf unterschiedliche Teilaspekte des Begriffs *Medizinische Qualität*. Dagegen sind unverkennbar Entwicklungen im Gang, diese Teilaspekte zu einem umfassenderen System zu verbinden, das über eine Verfeinerung der Indikatoren ein zunehmend objektiveres Urteil über die Qualität abbilden wird.

Die vorliegende Bestandesaufnahme zeigt, dass es sehr schwierig ist, objektive und allseits akzeptierte Systeme zu einem ökonomischen und qualitativen Monitoring zu finden. Die Gründe dafür liegen im Wesentlichen in den tief greifenden Unvereinbarkeiten bei den Zielsetzungen und Systemanforderungen der beteiligten Akteure Ärzte, Patienten und Versicherer. Auf dem Weg von reinen Regulativen kann dieser Dissens nicht überbrückt werden.

Um für medizinische Behandlungen die Ziele *Qualität*, *Prozessoptimierung* und *Wirtschaftlichkeit* zu erreichen, favorisieren die Verfasser einen Ansatz, der weniger auf Gesetze und Verordnungen, sondern vielmehr auf grundsätzlich neue Anreize für Ärzte, Patienten und Versicherer setzt. Solche Systeme gibt es ansatzweise bereits im Managed Care, wo eine Anreizumkehr vorgedacht, erprobt und punktuell auch etabliert ist. Die politische Diskussion um die Prinzipien und Instrumente des Managed Care, auch im Zusammenhang mit den KVG-Revisionen, weist darauf hin, dass der Prozess der Meinungsbildung erst eingesetzt hat.

Résumé

La présente étude a pour objectif de dresser un inventaire des systèmes et méthodes, établis ou à l'état de projet, permettant de mesurer le caractère économique et la qualité dans le domaine de la médecine ambulatoire. Si l'accent est mis sur les modèles existant en Suisse, y sont également décrites, sans entrer dans les détails, certaines approches mises en œuvre dans d'autres pays et présentant un intérêt particulier. Le groupe de travail en charge soumet ici son rapport et ses appréciations après avoir étudié les documents officiels et la littérature « grise », effectué de vastes recherches sur Internet, examiné de nombreux avis d'experts et en exploitant également le savoir-faire découlant des projets menés sur le plan national et international.

Nos évaluations montrent que le seul fait de définir les termes de *caractère économique* et de *qualité* ne va pas sans difficulté, ces derniers se présentant en effet sous un jour différent selon la perspective envisagée. *L'acquisition* des paramètres de mesure adéquats s'avère encore plus délicate, sachant que sur ce point les systèmes classiques de tarification des différentes prestations n'offrent pas, dans bien des cas, la transparence nécessaire. Il suffit de se pencher sur les modèles de Managed Care mis en pratique pour comprendre que ce sont les données de base mais aussi, et peut-être plus encore, les principes d'incitation proposés aux médecins, aux patients et aux assureurs qui pourraient fournir les conditions les plus favorables à un monitoring des paramètres économiques et qualitatifs.

Contrôle du caractère économique

Le volet relatif au caractère économique décrit, compare et évalue les principales méthodes applicables en Suisse en matière de contrôle du caractère économique dans les cabinets médicaux. Il s'agit des méthodes de comparaison de moyennes arithmétiques, d'analyse statistique comparative selon Schmid, du rating Helsana des médecins, de la méthode de l'écart moyen et de la méthode des percentiles ainsi que des statistiques de l'assurance-maladie Visana, de la caisse des médecins et des Trust-Center. Les pratiques de contrôle des organisations de Managed Care sont elles aussi prises en compte, en plus du contrôle du cabinet médical classique. L'évaluation des méthodes s'effectue suivant les critères de *portée*, *de validité*, *de dépenses* et *d'acceptation* propres à chacune d'elles.

La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) exige un mode de fonctionnement économique de la part des fournisseurs de prestation. Quant aux assureurs, il leur incombe de veiller au respect de cette loi.

Une prestation peut être qualifiée « d'économique » lorsqu'elle est fournie à un coût minimal ou lorsque, à budget défini, elle produit un résultat maximal. Toutefois, le caractère économique d'une prestation ne dépend pas seulement de la quantité fournie (output) mais aussi du niveau de qualité de celle-ci. Toute « véritable » analyse du caractère économique considérera également, outre l'examen des coûts et des dépenses, le rendement, le produit ou le résultat (outcome, utilité). En terme de prestation de service, et plus particulièrement de prestation médicale, la qualité reste néanmoins difficile à apprécier.

En Suisse, les prestations médicales ambulatoires sont rétribuées selon le principe du paiement à l'acte. Pour le corps médical, l'incitation économique qui en découle ne le pousse guère à rechercher la quantité optimale de soins médicaux à offrir, selon des critères économiques. En effet, moins les médecins effectuent de prestations, plus leur niveau de revenu baisse : une mise en œuvre optimale et scrupuleuse des moyens ne donne lieu à aucune compensation.

Les différentes caisses d'assurance-maladie assument d'un côté le mandat légal de contrôle du caractère économique des soins fournis. Les contrôles au cas par cas s'avérant inadaptés pour évaluer à grande échelle la rentabilité des prestations fournies par les cabinets médicaux, santésuisse réalise, pour le compte des assureurs, des comparaisons statistiques des coûts. Pour sa part, santésuisse utilise la méthode de la comparaison des moyennes arithmétiques : pour chaque médecin, les coûts moyens par cas, à la charge de l'assurance-maladie obligatoire, sont calculés et confrontés aux coûts moyens par cas pratiqués dans la branche, c'est-à-dire à la valeur collective par cas. Si le coût moyen par cas dépasse une marge de tolérance prédéfinie, on craint alors la non-rentabilité et les fournisseurs de prestation concernés sont sommés de justifier les frais en sus. Dans l'éventualité où ces coûts moyens restent inexplicablement élevés sur plusieurs années, une demande de remboursement est présentée par santésuisse.

Pour que cette méthode de comparaison des coûts moyens puisse être appliquée, les banques de données utilisées doivent répondre à certaines exigences statistiques. Il faut notamment que, au sein du groupe de comparaison, les données aient été recueillies selon la même méthode. D'autre part, la clientèle d'un cabinet devrait être homogène du point de vue de la morbidité, de l'âge et des sexes. On suppose, en outre un groupe de référence d'une certaine taille. Les bases de données utilisées pour les contrôles du caractère économique, en l'occurrence le pool de données de santésuisse ne respectent pas totalement ces exigences. Depuis le lancement de TARMED, le 01.01.2004, la situation s'est toutefois améliorée dans la mesure où la tarification a été harmonisée sur l'ensemble de la Suisse. Il devient ainsi possible d'établir des comparaisons intercantionales, d'envisager des comparaisons statistiques dans des petits cantons ou pour des fournisseurs de prestation très spécialisés.

La méthode de la comparaison des coûts moyens soulève une autre critique en ce qu'elle ne s'attache qu'aux coûts. La qualité des actes médicaux est uniquement considérée en admettant que les prestations, fournies pour des coûts moyens satisfont aux exigences (minimales) de qualité.

En dépit de certaines imperfections, la méthode de la comparaison des coûts moyens semble convenir à un contrôle global et standardisé du caractère économique car elle permet une comparaison généralisée, rapide et continue des coûts. Par rapport aux autres méthodes statistiques, telles que, p. ex., l'analyse comparative selon Schmid ou le rating Helsana des médecins, elle présente la portée la plus vaste et dispose des meilleurs fondements, tant du point de vue légal que juridique.

L'intérêt des méthodes statistiques globales réside avant tout dans leur effet préventif contre la fourniture de prestations et des tarifications excessives de la part des médecins.

Toutefois, comme auparavant, le principe de tarification actuel ne permet pas d'obtenir un aperçu global des coûts d'un traitement car les frais consécutifs à l'orientation d'un patient vers un spécialiste ou un hôpital ne peuvent pas être attribués de manière conséquente au médecin prescripteur ou au patient concerné. Les modèles d'assurance comportant un « Gatekeeping » (modèle du médecin de famille ou HMO) y remédient. La seule solution au problème fondamental du système actuel d'honoraires, à savoir l'erreur d'incitation, réside dans une forme d'honoraires par capitation. De récentes enquêtes économiques sont arrivées à la conclusion que les assurés affiliés à des modèles d'assurances alternatifs, tels que les réseaux de médecins de famille et HMO, engendrent des frais de santé de 10 à 30 % inférieurs. A qualité de soin égale, ces chiffres indiquent une rentabilité nettement supérieure des organisations appliquant le Managed Care.

Mesure de la qualité

Le volet qualité comprend l'analyse de huit modèles suisses et quatre modèles étrangers, appliquant des systèmes et méthodes reconnus, opérationnels ou à l'état expérimental. Il s'agit des systèmes suivants :

<i>Suisse</i>	SwissPEP / QualiDoc; EQUAM – contrôles qualité externes en médecine ; ISEC – Initiative suisse pour l'évaluation des cabinets médicaux ; Quali-med-net de med-swiss.net ; ARPAZ – association pour la satisfaction des patients des internistes zurichois ; rating Helsana des médecins ; Guide Santé ; DIN ISO 9001
<i>Etranger</i>	EPA – European Practice Assessment (Europe) ; HEDIS – Health Plan Employer Data and Information Set (Etat-Unis) ; AGPAL – Australian General Practice Accreditation Limited (Australie) ; AOK-Qualitätsindikatoren (Allemagne)

La sélection des systèmes suisses s'est basée sur des critères de notoriété, de validation des indicateurs, de sélectivité, de praticabilité et d'évolutivité. A défaut de disposer de normes scientifiques d'appréciation des systèmes de mesure de la qualité, une appréciation qualitative des méthodes considérées a été réalisée à l'aide de critères identiques. Le volet systèmes étranger présente quelques systèmes exemplaires parmi les plus connus ; ils représentent les nombreuses initiatives similaires menées dans différents pays par diverses associations.

Parmi la sélection en question, on constate une certaine hétérogénéité du point de vue du but visé et de l'établissement des différents systèmes de mesure. Tandis que certains privilégient la certification, d'autres se concentrent sur la mise en place de processus qualité ou sur l'enregistrement de la satisfaction des patients, et d'autres encore représentent des véritables systèmes d'indicateurs. En Suisse, au cours des deux dernières années, quelques modèles de promotion et d'appréciation de la qualité médicale se sont progressivement imposés et l'on distingue dorénavant une tendance vers une répartition claire des rôles entre les différents

promoteurs de systèmes. Contrairement à ce qui se passe aux Etats-Unis, on constate la convergence de ces systèmes vers un système global unique et une coopération croissante.

La diversité des systèmes existants met en évidence la difficulté à définir et à saisir des indicateurs pratiques relatifs à la qualité du résultat. En recourant aux catégories de Donabedian, concernant la *qualité de la structure, des processus et du résultat*, il faut reconnaître la prédominance des indicateurs se référant à la structure sur l'ensemble des systèmes d'indicateurs et d'appréciation. Les indicateurs structurels sont plus commodes à saisir que les indicateurs de processus, voire d'outcome. On risque, par conséquent, de ne mesurer que ce qui peut l'être et non ce qui décrit véritablement la qualité du cabinet ou du traitement médical (principe de validité). Certaines méthodes favorisent aussi des indicateurs de qualité de processus plus complexes, comme EQUAM. Par contre, la mesure de qualité des résultats se limite dans la plupart des cas, à recueillir les appréciations des patients. De récentes initiatives, telles que le modèle allemand AOK ainsi que, dans une moindre mesure, EQUAM, testent des indicateurs d'outcome se rapportant à des diagnostics spécifiques, qui peuvent être recueillis de façon prospective. Cela indique la direction dans laquelle devra et va évoluer l'appréciation validée de la qualité.

En dépit de ces limitations du point de vue de la validité sous jacente, les systèmes sélectionnés apparaissent tous comme applicables, certains ayant fait leurs preuves depuis plusieurs années, avec des buts parfois différents. *SwissPep* désigne un système de développement et de promotion de la qualité appliqué depuis plusieurs années et reconnu sur le plan international, centré sur une évaluation des cabinets et un coaching de ces derniers orienté vers le processus. Le questionnaire que *SwissPep* soumet aux patients est une version adaptée à la Suisse de l'étude EUROPEP, basé sur des indicateurs validés au plan international. On peut considérer *EQUAM* comme le système global de certification de la pratique ambulatoire le plus complet, du moins en Suisse, où il est appliqué depuis des années et ne cesse de se développer. Il est très largement soutenu par la fondation indépendante du même nom, institution accréditée depuis 2003 auprès de l'Office fédéral de métrologie et d'accréditation. Encore fortement spécialisée sur les modèles du Managed Care, son orientation s'étendra en 2004 aux cabinets individuels classiques. Cela permettra un développement en direction d'indicateurs validés à l'échelle européenne, complété par des critères d'outcome spécifiquement liés au diagnostic. Du point de vue du but visé, de la structure et des méthodes d'évaluation, *EQUAM* est très proche du système australien réputé *AGPAL*. Ce système a le soutien de toutes les associations professionnelles de médecins compétentes et sert d'instrument de certification officiel depuis de nombreuses années. Il demeure toutefois orienté de préférence sur des indicateurs de structure.

Dans l'espace européen, le projet *EPA* et le projet allemand *AOK-Qualitätsindikatoren* suivent depuis un an une évolution très intéressante. La Suisse participe, elle aussi, activement au projet européen *EPA* dans la mesure où *SwissPEP* siège au sein de l'organisation faîtière responsable du projet TOPAS (European Taskforce on Practice Assessment), et que *SIPA*, la composante suisse du projet *EPA* réalise et analyse, sous la responsabilité de la FMH, jusqu'à mi-2004, les essais pilotes se rapportant aux indicateurs *EPA*. Une organisation faîtière suisse,

rassemblant *SwissPEP*, *EQUAM*, *FMH* et *med-siss.net* autour de cet ensemble d'indicateurs validés, est en préparation, en coopération avec les partenaires européens. Cet ensemble accorde, lui aussi, une place prépondérante aux indicateurs de qualité structurels. A cet égard, le projet *AOK-Indikatoren* présente un intérêt particulier dans la mesure où il prévoit de tenir compte, pour la première fois, en plus des indicateurs courants de structure et de processus, d'indicateurs d'outcome spécifiquement liés au diagnostic et mesurés de façon prospective. Il est encore trop tôt pour juger de l'aspect pratique, mais *EQUAM* va lui aussi prendre en charge des indicateurs spécifiquement liés au diagnostic, dans un premier temps dans le cadre de son système de certification des cabinets individuels.

Sur la base de leurs recherches et de leurs appréciations comparatives, les auteurs parviennent à la conclusion qu'il n'existe actuellement, ni en Suisse, ni à l'étranger, de système à la fois complet et validé pour mesurer la qualité. Tous les systèmes pris en compte se concentrent sur différents aspects partiels de la notion de « qualité médicale ». On ne saurait en revanche méconnaître les progrès réalisés pour relier entre eux ces différents aspects partiels en vue d'un système global qui permettra d'obtenir, après amélioration des indicateurs, un avis plus objectif en matière de qualité.

Le présent inventaire met en évidence la difficulté à trouver des systèmes objectifs et unanimement acceptés dans un but de monitoring économique et qualitatif. Les raisons résident essentiellement dans l'incompatibilité des différents buts visés et des exigences des médecins, des patients et des assureurs concernés envers les systèmes. Sur la voie de la réglementation cette divergence ne peut pas être surmontée.

Si les traitements médicaux doivent répondre à des objectifs de « qualité », « d'optimisation des processus » et « d'économicité », les auteurs privilégient une approche moins axée sur des lois et des décrets mais qui insisterait davantage sur de nouveaux principes d'incitation pour les médecins, les patients et les assureurs. De tels systèmes se profilent déjà dans le cadre du Managed Care où l'on assiste à la conception, à l'évaluation et ponctuellement à la mise en place d'un renversement de l'incitation. La discussion politique concernant les principes et instruments du Managed Care, notamment à propos des révisions de la LAMal, indique que le processus de prise de position se met seulement en place.

1 Ausgangslage

Die Schweiz leistet sich ein sehr teures Gesundheitswesen. Im Jahr 2000 betrug seine Kosten rund 43 Milliarden Franken. Das entspricht 10,9% des im gleichen Jahr erwirtschafteten Bruttoinlandproduktes (BIP). Im Vergleich mit anderen europäischen Ländern wendet die Schweiz den höchsten Anteil des BIP für Gesundheit auf. In Deutschland sind es 10,7%, in Frankreich 9,5%, in Italien 8,4% und in Grossbritannien 7,6%. Weltweit liegt einzig die USA mit 13,9% über dem Schweizer Wert (BSV, 2003, S. 162 ff).

Die Gesundheitskosten werden zu gut 2/3 von den Versicherten durch die Prämien, Franchisen und Selbstbehalte bezahlt. Den Rest übernimmt die öffentliche Hand durch Subventionszahlungen (Prämienverbilligung und Beiträge an die Sozialversicherungen) (BFS, 2003b, S. 610). Die Aufgabe der Krankenversicherungen liegt nicht in der Finanzierung, sondern in der Verwaltung der Leistungen: Die Krankenversicherer agieren als Drehscheibe zwischen den Versicherten (Prämienzahler und Leistungsnehmern) und den Leistungserbringern. Ihre wichtigste Funktion ist die Sicherstellung und Kontrolle der Geldflüsse zwischen den Akteuren: Bei den Versicherten sind dies z.B. das Einfordern der Prämienzahlungen oder das Sicherstellen des rechtmässigen Bezuges von Versicherungsleistungen. Bei den Leistungserbringern müssen die Versicherungen die Rechtmässigkeit der Honorierung sowie die Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen kontrollieren.

Im Jahr 2001 erbrachten in der Schweiz 14'178 Ärzte und Ärztinnen (BFS, 2003b) ambulante Leistungen für insgesamt CHF 13'441 Millionen (31% der Gesamtkosten). Die heutige Verrechnungspraxis über Einzelleistungen (Einzelleistungstarif) macht für die Leistungsanbieter das Erbringen (und Verrechnen) möglichst vieler Leistungen attraktiv. Oft sind die Patienten damit einverstanden, sie schätzen die umfassende Betreuung, deren volle Kosten für sie aufgrund der obligatorischen Krankenversicherung sekundär sind.

Neben den stationären Behandlungen, die mit rund 50 Prozent den Grossteil der Gesamtkosten verursachen (BFS, 2003b, S. 610), werden die stetig steigenden Gesundheitskosten auch auf die langjährige Zunahme der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte zurückgeführt. Im kantonalen Vergleich besteht eine positive Korrelation zwischen der Anzahl Ärzte und den durchschnittlichen Gesundheitskosten. Es wird daher vermutet, dass Ärzte das Volumen ihrer medizinischen Leistungen direkt beeinflussen. Die Zunahme der erbrachten Leistungen wäre demnach nicht nur aus einer „natürlichen“ Marktnachfrage entstanden, sondern auch dadurch, dass Ärzte zusätzliche und daher möglicherweise unnötige Leistungen verordnen (verkaufen) können. Dies ist möglich, weil die Patientinnen und Patienten meistens über ungenügend medizinisches Wissen verfügen, um selbst urteilen zu können, was wirklich notwendig ist. Die Möglichkeit der bewusst gesteuerten „Nachfrage“ wird auch mit dem Begriff *angebotsinduzierte Nachfrage* beschrieben. Eine Lösung dieser kostentreibenden Situation wird in einer Beschränkung der Ärztezahl und/oder der Aufhebung des Kontrahierungszwanges gesehen.

Die Lockerung des Kontrahierungszwanges war ein zentrales Thema der im Dezember 2003 gescheiterten 2. KVG-Teilrevision, die Aufhebung war in der 3. KVG-Revision vorgesehen.

Gemäss den Vorschlägen der Gesundheitskommission des Ständerates (SGK), sollten ab diesem Zeitpunkt die Kantone die Zahl der notwendigen Ärzte festlegen. Die Krankenversicherer müssten dann mit der entsprechenden Anzahl Leistungserbringer Verträge abschliessen. Einerseits würde so die Zahl der praktizierenden Ärzte zulasten der obligatorischen Krankenversicherung reguliert, andererseits könnten die Versicherer durch die Vertragsfreiheit die Ärzteschaft auf definierte Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsstandards verpflichten. Auch wenn die geplanten Neuerungen der 2. (und 3.) KVG-Revision vorerst nicht umgesetzt werden können, sind sie damit nicht vom Tisch.

Die Parteien sind dabei, sich neu zu orientieren und zu organisieren: Darüber, dass das heutige KVG revidiert werden muss, sind sich praktisch alle Akteure einig und die meisten Themen werden wieder in zukünftige Debatten Eingang finden, denn das Gesundheitswesen benötigt adäquate und anerkannte Konzepte zur Messung der Wirtschaftlichkeit und Qualität von Leistungen und von Leistungserbringern. Nach welchen Kriterien werden die Versicherer die ambulanten Leistungserbringer als Tarifpartner künftig beurteilen?

Das Gesundheitswesen ist eine komplexe Institution und muss im Spannungsfeld des gesellschaftlichen, ökonomischen und auch historischen Kontextes betrachtet werden.

Besonderheiten des schweizerischen Gesundheitswesens sind¹:

1. Das Gesundheitswesen ist ein stark regulierter Markt, für den die traditionellen marktwirtschaftlichen Konzepte nur beschränkt gelten.
2. Die beteiligten Akteure haben (widersprüchliche) Doppelrollen (siehe Absatz 2.1.1).
3. Das Gesundheitssystem ist eine für die Bevölkerung essentielle soziale Institution. Neuerungen werden sehr skeptisch und zögerlich auf- und angenommen.
4. Für die Bevölkerung ist Gesundheit ein sehr wichtiges Gut². Die Ansprüche an das Gesundheitswesen sind kulturell gewachsen und nur wenig rational.
5. Das Übertragen von einzelnen (bewährten) Elementen eines Systems (z.B. eingeschränkte Arztwahl) in ein anderes ist ausgesprochen schwierig.

1.1 Auftrag

Im Rahmen seines Themenschwerpunktes *Versorgungssystem* schrieb das Obsan im Februar 2003 ein Mandat mit dem Titel *Wirtschaftlichkeit und Qualität der Arztpraxis: Methoden – Modelle – Daten* aus. Grundidee des Projektes ist die Überzeugung, dass das Gesundheitswesen aus mannigfaltigen Gründen adäquate und anerkannte Konzepte zur Messung der Wirtschaftlichkeit und Qualität von Leistungen und von Leistungserbringern braucht.

¹ Ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

² Sorgenbarometer, 2003

Das Obsan möchte diese Punkte erarbeiten lassen und so einen Beitrag zur Öffnung und Versachlichung der Diskussion auf diesem Gebiet leisten. Die Studie hat den Charakter einer Grundlagenstudie, auf deren Ergebnissen verschiedene Nachfolgestudien aufbauen könnten.

Ziel der vorliegenden Projektarbeit ist die Erstellung einer umfassenden Bestandesaufnahme von Methoden, Modellen und Daten zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität von niedergelassenen Ärzten in der ambulanten Praxis. Der Fokus der Arbeit liegt in der Bearbeitung von funktionierenden oder in Entwicklung stehenden Schweizer (Pilot-) Modellen.

Aufgabe war insbesondere die Aufarbeitung der „grauen“ Literatur³. Mit Vertretern von Praxisärzten, Ärztenetzen, Managed Care-Betriebsgesellschaften und Krankenversicherern sollten ca. 10 Experteninterviews geführt werden. Die jeweils in Entwicklung / Erprobung oder im Einsatz stehenden Methoden, Modelle und nach Möglichkeit zugänglichen Daten sollen erhoben, analysiert und dokumentiert werden.

Im Bereich der Methoden zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit steht die Aufarbeitung von Ansätzen im Vordergrund, die eine patientenmixbereinigte Effizienzbeurteilung zulassen. Bei den Methoden zur Qualitätsbemessung richtet sich der Fokus einerseits auf bereits funktionierende Systeme zur Qualitätskontrolle und zur Patientenbefragung, in beiden Fällen unter besonderer Berücksichtigung von Bewertungsmodellen mit international validierten Kriterien-sets. Im Weiteren sollten die im Aufbau oder in Erprobung befindlichen Systeme verschiedener massgeblicher Institutionen einer Prüfung und Beurteilung unterzogen werden.

Da es sich um eine Grundlagenstudie handelt, der in einer weiteren Phase eine vertiefte Analyse folgen kann, war eine möglichst umfassende Aufnahme der in der Schweiz in Erprobung und im Einsatz stehenden Modelle vorgesehen. Aus dem europäischen Raum werden exemplarisch drei bis vier in Anwendung stehende Modelle in die Arbeiten einbezogen.

1.2 Methodik

1.2.1 Bestandesaufnahme

Um eine umfassende Bestandesaufnahme von Methoden und Modellen zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität von niedergelassenen Ärzten in ambulanter Praxis zu erreichen, wurde folgendermassen vorgegangen:

1. Recherche und Analyse der „normalen“ Literatur
2. Experteninterviews und Recherche der „grauen“ Literatur

Die beiden Themenbereiche Wirtschaftlichkeit und Qualität werden zunächst getrennt behandelt. Im Fazit erfolgt dann eine Synthese dieser beiden grundsätzlichen Parameter. Eine

³ Bei „grauer Literatur“ handelt es sich um nicht offiziell publizierte Literatur.

Berücksichtigung der Daten erwies sich als zu aufwändig und nicht prioritär. Dieses Thema könnte in einem allfälligen Anschlussprojekt zentral behandelt werden.

Massgeblich für die Erarbeitung des Wirtschaftlichkeits-Teils waren die beiden Arbeiten von Eugster (2003) und Schürer (2001). Beide haben sich eingehend mit dem Thema der Wirtschaftlichkeitskontrolle bei ambulanten ärztlichen Leistungen befasst. Insbesondere Eugster geht in seiner juristischen Dissertation umfassend auf das Thema der Wirtschaftlichkeitskontrolle ambulanter ärztlicher Leistungen ein. Weitere wichtige Quellen waren die Publikationsorgane von *santésuisse* (*infosantésuisse*) und der FMH (Schweizerische Ärztezeitung). Als sehr aufschlussreich erwiesen sich die Experteninterviews mit Vertretern der verschiedenen Interessengruppen (*santésuisse*, *Wintimed*, *SanaCare*, *Helsana*, *Trust-Center*) für die Aufarbeitung der „grauen“ Literatur.

Die Methodik im Qualitätsteil gestaltet sich weitgehend analog. Auch hier richtet sich das Grundlagenstudium auf die Recherche und Analyse der offiziellen, wie der grauen Literatur und die Auswertung zahlreicher Expertenmeinungen. Zusätzlich können hier die Verfasser auf ihre langjährige Erfahrung in massgeblichen internationalen und vor allem nationalen Projekten zurückgreifen. Das Postulat besteht hier insbesondere darin, über dieses persönliche Know-how hinaus, den Fokus auch auf andere geeignete Systemansätze zu richten.

Im Teil über die Wirtschaftlichkeit der Arztpraxis wird diejenige Methode am ausführlichsten dargelegt, die gesetzlich und gerichtlich am besten eingebettet ist. Im Qualitätsteil richtete sich die Auswahl der schweizerischen Systeme nach den Kriterien *Etabliertheit*, *Validierung der Indikatoren*, *Selektivität*, *Praktikabilität* und *Entwicklungsfähigkeit*.

1.2.2 Bewertung

Für die Bewertung der Methoden existieren keine wissenschaftlich validierten Beurteilungsraster. Daher erfolgte die Bewertung nach einer qualitativen Beurteilung der Methoden sowie anhand der selbst gewählten Kriterien *System-Variablen*, *Reichweite und Stellenwert*, *Validität*, *Aufwand und Akzeptanz*.

2 Wirtschaftlichkeitsprüfung der Arztpraxis

2.1 Wirtschaftlichkeit

Der Begriff *Wirtschaftlichkeit* bezeichnet das ökonomische Prinzip, mit den geringstmöglichen Mitteln ein bestimmtes Ergebnis zu erwirtschaften (Minimalprinzip) oder mit gegebenen Mitteln das bestmögliche Ergebnis zu erzielen (Maximalprinzip). Wirtschaftlichkeit kann definiert werden als das Verhältnis zwischen Ertrag und Aufwand oder als Verhältnis von Output zu Input. Weiter wird zwischen Ertrags- und Kosten-Wirtschaftlichkeit unterschieden.

$$\text{Ertrags-Wirtschaftlichkeit} = \frac{\text{Ertrag}}{\text{Aufwand}}$$

$$\text{Kosten-Wirtschaftlichkeit} = \frac{\text{Leistung}}{\text{Kosten}}$$

Entsprechend dieser Formel bedeutet ein Resultat von 1 weder Verlust noch Gewinn. Ein Quotient von grösser 1 bedeutet Gewinn, ein Quotient von kleiner 1 Verlust.

Wirtschaftlich ist ein Prozess dann, wenn das Maximal- oder Minimalprinzip erfüllt wird. Solange es nur eine einzige Methode zur Zielerreichung gibt, kann die Wirtschaftlichkeit nicht beurteilt werden, es stellt sich höchstens die Frage, ob der Ertrag den Aufwand rechtfertigt. Gibt es mehrere Möglichkeiten, ein äquivalentes Ergebnis zu erzielen, können die dafür eingesetzten Mittel gegeneinander abgewogen werden. Bei unterschiedlichen Outputqualitäten dürfen nicht nur die Kosten betrachtet werden, sondern es bedarf einer Kosten-Wirksamkeitsanalyse, bei der die verschiedenen Güterbündel verglichen werden. Dasjenige mit dem besten Leistungs/Kosten-Verhältnis ist das wirtschaftlichste. Wirksam können aber auch Leistungen sein, deren Wert monetär schwer erfassbar ist (z.B. Verbesserung der Lebensqualität, weniger Sorgen, weniger Schmerzen).

2.1.1 Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Das ökonomische Prinzip kann auch im Gesundheitswesen angewendet werden. Wird hier von *Wirtschaftlichkeit* gesprochen, ist meist das Minimalprinzip für Kosten-Wirtschaftlichkeit gemeint: Für eine bestimmte Leistung sollen die Kosten möglichst tief ausfallen. In diesem Zusammenhang wird auch von Rationalisierung gesprochen. Wird das Leistungsniveau gekürzt, handelt es sich um Rationierung.

Diese Betrachtungsweise entspricht der volkswirtschaftlichen Perspektive bzw. derjenigen der Finanzierungsseite. Die Sicht der Leistungserbringer ist genau umgekehrt. Freipraktizierende

Ärzte arbeiten dann am wirtschaftlichsten, wenn mit möglichst geringem Aufwand ein möglichst hohes Ergebnis erzielt wird (Minimalprinzip für Ertragswirtschaftlichkeit).

In Managed Care-Modellen mit einer Finanzierung über Capitation⁴ trifft hingegen das Maximalprinzip für Ertrags-Wirtschaftlichkeit zu: Die einsetzbaren Mittel sind gegeben, damit soll das bestmögliche Ergebnis erzielt werden. Mit einer zusätzlichen Kostenbeteiligung der Leistungserbringer kommt es zu einer Mischform zwischen Maximalprinzip und den herkömmlichen Anreizen für freipraktizierende Ärzte.

Die Patientinnen und Patienten als Individuen möchten für die jährlich anfallenden Kosten durch Prämien, Franchise und Selbstbehalt möglichst viele bzw. die „besten“ Leistungen erhalten. Durch die obligatorische Versicherungsdeckung wird der Preis sekundär bis irrelevant⁵. Das Versichertenkollektiv bevorzugt hingegen möglichst tiefe Gesamtkosten, was sich in tiefen Prämien niederschlägt. Dies ist ein Widerspruch, bei dem sich in der Regel die individuelle Perspektive durchsetzt.

Die Interessen der Ärzteschaft und der Patienten entsprechen sich zum Teil: Ärzte möchten ihre Patienten qualitativ hoch stehend behandeln und möglichst viele bzw. möglichst einträgliche Leistungen erbringen (verrechnen können) (Breyer & Zweifel, 1999, S. 247). Die Patienten als Individuen wünschen sich eine hohe Behandlungsqualität. Beides ist nicht im Interesse des Versichertenkollektives und der öffentlichen Hand (Kostenträger). Es braucht Kontrollmechanismen, die eine vernünftige und rechtmässige Beanspruchung des Systems gewährleisten. Diese Kontrollen unterliegen der Verantwortlichkeit der Krankenversicherungen.

Wirtschaftlichkeitsanalysen die diesen Namen verdienen, beinhalten neben der Aufwand- oder Kostenbetrachtung *immer* den Einbezug des Ertrages, des Erlöses oder des Ergebnisses (Outcome, Nutzen). D.h. auch die Qualität ist Teil und Merkmal einer Leistung und muss mitberücksichtigt werden. Die Qualität von Dienstleistungen, insbesondere von medizinischen Leistungen, ist jedoch schwierig zu beurteilen. Je nach vorhandener Datenlage, der Fragestellung und den Ressourcen werden Wirtschaftlichkeitsanalysen im Rahmen der folgenden Methoden durchgeführt:

- Kosten-Analysen (Cost analysis)
- Kosten-Nutzen-Analysen (Cost-benefit analysis)
- Kosten-Wirksamkeitsanalysen (Cost-effectiveness analysis)
- Nutzwert-Analysen (Cost-utility analysis)
- Kosten-Minimierungsanalysen (Cost-minimisation analysis)

⁴ Bei Honorierungssystemen mit Captiation erhalten die Leistungserbringer für jeden Versicherten jährlich einen definierten Betrag. Mit der Gesamtsumme muss die Versorgung der Versicherten (ambulant, stationär, Diagnostik, spez. Therapien, etc.) wie auch die Infrastrukturkosten der Praxis finanziert werden (siehe Abschnitt 2.4).

⁵ Wenn Versicherte Leistungen nachfragen, auf die sie ohne Versicherungsdeckung verzichten würden, wird von „Ex-Post Moral Hazard“ gesprochen (Breyer & Zweifel, 1999, S.186 ff).

Der Aufwand oder die Kosten einer medizinischen Massnahme sind in der Regel mit vertretbarem Aufwand eruierbar. Aufwändig und mit grossen Unsicherheiten behaftet ist aber die Festlegung ihres Nutzens. Einer nachträglichen Nutzenbewertung durch Krankenversicherungen geht der Nachweis der Zweckmässigkeit voraus. Um festzustellen, was medizinisch notwendig war, müssen die Krankheitszeichen, so wie sie der Arzt, die Ärztin festgestellt hat, bekannt sein. Zudem bedarf es im Einzelfall auch der Kenntnis über die psychosozialen Faktoren des Patienten, denn diese beeinflussen das Ergebnis einer Behandlung beträchtlich.

Klassische Kosten-Nutzen-Analysen, welche Aufwand und Ergebnis in Geldwert erfassen, sind aufwändig und zur Bemessung der Wirtschaftlichkeit einer Arztpraxis ungeeignet, da die Behandlungsergebnisse normalerweise nicht in Frankenbeträgen, sondern in medizinischen Kategorien (Heilung, subjektive und/oder objektive Besserung) oder sozialen Werten (Selbständigkeit, Lebensqualität) ausgedrückt werden. Die monetäre Bewertung der Konsequenzen der ärztlichen Tätigkeit ist im Einzelfall häufig nicht möglich, daher hält man sich an Methoden, welche die Ergebnisse in natürlichen Einheiten festhalten (Krankheitsdauer, Anzahl Konsultationen usw.). Dazu eignen sich Kosten-Wirksamkeits-Analysen sowie Nutzwertanalysen, wobei letztere die Lebensqualität in Form von qualitätsbereinigten Lebensjahren (QALY's) berücksichtigt (Luce & Elixhauser, 1990).

Die vereinfachende Methode des Durchschnittskostenvergleichs (siehe Abschnitt 2.3.3), ohne Bemessung des Nutzens, geht von der Annahme aus, dass alle Ärzte ihre Patienten im Durchschnitt gleich gut behandeln, d.h. dass das Produkt personenunabhängig ist. Unter dieser Annahme müssen nur noch die Kosten verglichen werden. Trotzdem besteht die Gefahr, dass unterschiedliche Leistungen mit unterschiedlichen Qualitäts- bzw. Outcome-Niveaus verglichen werden.

Für die Versicherer lässt sich die Wirtschaftlichkeit einer ambulanten Arztpraxis kaum einheitlich und praktikabel erfassen, respektive nachweisen. Im heutigen System der Einzelleistungsabrechnung fehlt zudem die Transparenz über die fall- oder diagnosebezogenen Behandlungskosten sobald Weiterweisungen vorgenommen werden. Eine solche Transparenz ist heute nur in Modellen mit Gatekeeping gegeben (siehe Abschnitt 2.4).

2.1.2 Evidence-Based Medicine

Einen anderen Nutzenbewertungsansatz wird in der *Evidence-Based Medicine* (EBM) praktiziert. EBM ist eine Methode, bei der die Ergebnisse von klinischen Studien systematisch analysiert und anhand vordefinierter Parameter (*Sensitivität, Spezifität, Number Needed to Treat*, u.a.) beurteilt werden. Es werden Kennzahlen generiert, die es ermöglichen, medizinische Verfahren und Methoden qualitativ und monetär zu bewerten und zu vergleichen. Insbesondere können mit Hilfe der Kennzahl *Number Needed to Treat* (NNT) die Kosten berechnet werden, um *ein* „unerwünschtes Ereignis“ (z.B. einen Herzinfarkt, einen Hirnschlag etc.) mit der getesteten Methode zu verhindern. EBM erlaubt es, Aussagen und Vergleiche über den Nutzen von medizinischen Behandlungen vorzunehmen.

Die Anwendung von EBM ist relativ einfach und nicht sehr aufwändig. Neben EBM-Kenntnissen ist einzig das Vorhandensein von qualitativ guten klinischen Studien notwendig.

Innerhalb der klassischen ökonomischen Wirtschaftlichkeitsdiskussion im Gesundheitswesen wurde Evidence-Based Medicine bisher wenig rezipiert. Die von Medizinern entwickelte Technik setzt medizinisches Basiswissen voraus und verfolgt für Ökonomen einen eher unorthodoxen Ansatz der Nutzenbewertung.

Der konsequente Einbezug von EBM-Ergebnissen könnte die Wirtschaftlichkeit der medizinischen Behandlungspraxis deutlich steigern, denn EBM identifiziert die effizienten Methoden. Dabei könnte – und dies ohne Qualitätsverlust – auf eine beachtliche Anzahl von Leistungen gänzlich verzichtet werden⁶.

Unter dem Einzelleistungstarif haben die Leistungserbringer jedoch kaum Interesse, (unbezahlt) EBM anzuwenden, um die günstigste Methode zu evaluieren. Das jetzige System setzt keine Anreize, um den Einsatz von EBM zu fördern.

Da es für Neues keine Evidenz gibt, könnte sich eine allzu starre Ausrichtung an EBM-Kriterien längerfristig als Innovationsbremse erweisen. Gegenwärtig wiegt aber das „verlorene“ Optimierungspotential schwerer, als die möglichen Nebenwirkungen von EBM.

2.2 Gesetzliche Grundlagen

Das KVG inklusive seine Verordnungen und Anhänge (KVG, 2003) bildet seit 1996 die rechtliche Grundlage für die Inanspruchnahme und Vergütung von medizinischen Leistungen zu lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)⁷, auch Grundversicherung genannt. Die (angemessene) Wirtschaftlichkeit einer Behandlung ist Bedingung für die Kostenübernahme von OKP-Leistungen durch die Krankenversicherungen.

Mehrere Gesetzesartikel des KVG oder der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) fordern von den Leistungserbringern, wirtschaftlich zu arbeiten und den Versicherungen die zur Wirtschaftlichkeitskontrolle notwendigen Daten abzugeben. Die Artikel sind sehr allgemein gehalten und äussern sich nicht dazu, *wie* die Gesetze konkret umgesetzt werden sollen.

Die aktuelle Praktik der Wirtschaftlichkeitskontrolle basiert auf den Entscheiden des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes. Im Folgenden werden die relevanten Gesetzesartikel betreffend Wirtschaftlichkeit der Arztpraxis aufgelistet.

⁶ Untersuchungen von Domenighetti (1996) haben gezeigt, dass in der Schweiz mehr medizinische Eingriffe vorgenommen werden als in Frankreich. Die Vermutung liegt nahe, dass unnötige Behandlungen durchgeführt werden. Werden solche unnötigen Behandlungen unterlassen, ist dies nicht nur als Kostenersparnis zu werten, sondern auch als Qualitätsgewinn. EBM hilft, die nutzenbringenden von den unnützen Methoden zu unterscheiden. Damit wird gleichzeitig auch die moderne Medizin hinterfragt.

⁷ Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Art. 32 KVG.

- ¹ Die Leistungen nach den Artikeln 25 - 31 müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.
- 2 Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft.

Art. 43 KVG

- ⁶ Die Vertragspartner und die zuständigen Behörden achten darauf, dass eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird.

Art. 42 KVG

- ² Der Leistungserbringer muss dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können.

Art 56 KVG

- ¹ Der Leistungserbringer muss sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist.
- ² Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden. Eine nach diesem Gesetz dem Leistungserbringer zu Unrecht bezahlte Vergütung kann zurückgefordert werden. Rückforderungsberechtigt ist:
 - a) im System Tiers garant (Art. 42 Abs. 1) die versicherte Person oder nach Art. 89 Abs. 3 der Versicherer
 - b) im System Tiers payant (Art. 42 Abs. 2) der Versicherer.
- ⁵ Leistungserbringer und Versicherer sehen in den Tarifverträgen Massnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen vor. Sie sorgen insbesondere dafür, dass diagnostische Massnahmen nicht unnötig wiederholt werden, wenn Versicherte mehrere Leistungserbringer konsultieren.

Art 58 KVG

- ³ Er [der Bundesrat] regelt, mit welchen Massnahmen die Qualität oder der zweckmässige Einsatz der Leistungen zu sichern ist. Er kann insbesondere vorsehen, dass:
vor der Durchführung bestimmter, namentlich besonders kostspieliger Diagnose- oder Behandlungsverfahren die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin eingeholt wird.

Art. 76 KVV

Die Versicherer können gemeinsam Angaben über Art und Umfang der von den verschiedenen Leistungserbringern erbrachten Leistungen und die dafür in Rechnung gestellten Vergütungen bearbeiten, dies ausschliesslich zu folgenden Zwecken:

- a.) Analyse der Kosten und deren Entwicklung
- 6. Kontrolle und Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen im Sinne von Artikel 56 des Gesetzes
- 7. Gestaltung von Tarifverträgen.

Wirksam, zweckmässig, wirtschaftlich

Bevor die Methoden der Wirtschaftlichkeitsprüfung näher beschrieben werden, sollen neben dem Begriff der Wirtschaftlichkeit, auch die beiden Begriffe *wirksam* und *zweckmässig* geklärt werden.

Wirksamkeit verlangt nach einem kausalen Zusammenhang zwischen der Ursache (medizinische Massnahme) und der Wirkung (medizinischer Erfolg). Der Nachweis der Wirksamkeit von Medikamenten und neuen Verfahren erfolgt in der Regel durch klinische Tests vor der Zulassung in den Leistungskatalog⁸. Für die Zulassung ist das Ausmass der Wirksamkeit jedoch sekundär.

Zweckmässigkeit setzt Wirksamkeit voraus, und ist situationsabhängig: Es gibt Massnahmen, z.B. ein Antibiotikum für eine bestimmte Erregergruppe, die in Situation A wirksam und angemessen sind (= zweckmässig), in Situation B jedoch nicht (= unzweckmässig). Zweckmässig ist jene Anwendung, welche den besten diagnostischen oder therapeutischen Nutzen aufweist. Sind mehrere Massnahmen zweckmässig, muss die kostengünstigste gewählt werden, damit das Postulat der Wirtschaftlichkeit erreicht wird (Eugster, 2003, S. 13 ff).

2.3 Schweiz: Systeme und Methoden zur Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung von medizinischen Leistungen zulasten der Grundversicherung wird in der Schweiz einerseits von den einzelnen Krankenversicherungen durchgeführt. Bekannter ist jedoch die statistische Wirtschaftlichkeitsprüfung von *santésuisse*. Die meisten Krankenversicherungen verfügen nicht über genügend Versicherte, um aussagekräftige Vergleiche zwischen den einzelnen Ärzten durchzuführen, deshalb übernimmt *santésuisse* anhand des Datenpools (ehemals Rechnungsstellerstatistik) die statistischen Auswertungen. Für die Kommunikation der Ergebnisse und für das weitere Vorgehen bei Verdacht auf eine unwirtschaftliche Arbeitsweise, sind die kantonalen Niederlassungen von *santésuisse* zuständig (vgl. Eugster 2003, 205 ff).

Bei Uneinigkeit zwischen *santésuisse* und den Ärzten entscheiden die kantonalen Schiedsgerichte. Diese sind paritätisch zusammengesetzt. Entscheide der Schiedsgerichte können an das Eidgenössische Versicherungsgericht weiter gezogen werden.

⁸ Diese Definition von Wirksamkeit ist als analytisches Konstrukt geeignet. Der Ansatz ist jedoch positivistisch: Der Nachweis der Wirkung einer Substanz garantiert noch nicht, dass diese den Patienten auch in der beabsichtigten Weise nützt (vgl. Dubs, 2002).

Die Methoden der Wirtschaftlichkeitsprüfung können grob in zwei Gruppen aufgeteilt werden, in die analytischen und die statistischen Methoden. Bei den analytischen Methoden wird anhand einer Einzelfallbeurteilung auf das Mass der Wirtschaftlichkeit von geplanten oder bereits erfolgten Behandlungen geschlossen. Als Einzelfälle gelten einzelne Patientinnen und Patienten, bzw. spezifische Behandlungen, ein Arzt (Honorarrechnungen während einer bestimmten Zeitspanne) oder auch nur eine Rechnung eines Arztes. Die analytischen Methoden sind immer sehr aufwändig, da die medizinischen Massnahmen im jeweiligen (spezifischen) Kontext verstanden werden müssen, was grosse Detailkenntnisse voraussetzt.

Neben den analytischen Methoden, die nur im Einzelfall angewendet werden können, werden Methoden benötigt, mit denen die Wirtschaftlichkeit (möglichst) aller Ärzte einfach, schnell und eindeutig beurteilt werden kann. Hierfür werden statistische Methoden eingesetzt, mit denen die Kostenstruktur eines Arztes, einer Ärztin mit derjenigen seiner/ihrer Vergleichsgruppe verglichen wird. Die einzelnen Behandlungen treten dabei in den Hintergrund, relevant wird der generelle Behandlungs- und Honorierungsstil.

Im Folgenden werden die einzelnen Methoden vorgestellt. Beginnend mit den analytischen Methoden, die aufgrund ihrer seltenen Anwendung nicht sehr eingehend besprochen werden.

2.3.1 Vorgängige Zustimmung zur Behandlung

Nach Art. 58 Abs. 3 lit. a KVG (siehe Abschnitt 2.2) muss vor besonders kostspieligen Diagnose- oder Behandlungsverfahren die Zustimmung des Vertrauensarztes des Versicherers eingeholt werden. Beurteilt werden dabei erstens die Frage, ob die beantragte Massnahme für den Patienten zweckmässig ist, und zweitens, ob sie – im Alternativkostenvergleich – wirtschaftlich ist.

Erfolgt die Behandlung gemäss der vorgängig gutgeheissenen Eingabe, ist eine erneute Wirtschaftlichkeitskontrolle ausgeschlossen (Schürer, 2001; Eugster, 2003).

Zielsetzung

Verhindern von kostspieligen Massnahmen wenn sie, bezogen auf die individuelle Situation, unzweckmässig sind. Suche nach der kostengünstigsten äquivalenten Massnahme.

Reichweite und Stellenwert

Nur wenige Behandlungen unterliegen dieser Regelung, deshalb stellt die Methode der vorgängigen Zustimmung zur Behandlung im Einzelfall, gemessen am gesamten von Ärzten ausgelösten Kostenaufwand, kein wichtiges Instrument dar, um das Wirtschaftlichkeitsgebot in der täglichen Praxistätigkeit zu verankern (Schürer, 2001, S. 77).

Beurteilung

Die vorgängige Zustimmung bei bestimmten Behandlungen ist sinnvoll wenn a) die Behandlung sehr kostspielig ist und b) situationsbedingt (Morbidität, Alter) grosse Outcome Unterschiede erwartet werden können.

Der administrative Aufwand, der für die Leistungserbringer durch das vorgängige Einholen einer Zustimmung entsteht, könnte eine Vorselektion bzw. Reduktion bei der Antragsstellung bewirken (präventive Wirkung). Die vorgängige Zustimmung zur Behandlung durch Dritte könnte die Leistungserbringer auch vor übermässigen Erwartungen und Ansprüchen der Patienten schützen (insbesondere bei Rehabilitationen und Psychotherapien). Gleichzeitig besteht aber auch die Gefahr, dass gerechtfertigte Massnahmen nicht beantragt bzw. nicht bewilligt werden. Letzteres würde eine Wirtschaftlichkeitsminderung bedeuten.

2.3.2 Nachträgliche Zustimmung zur Behandlung

Bei der nachträglichen Zustimmung zur Behandlung handelt es sich immer um Einzelfallprüfungen, von denen es mehrere Formen gibt.

Bei der *punktuellen Einzelfallprüfung (PE)* wird *eine* Honorarrechnung bezüglich ihrer Wirtschaftlichkeit daraufhin beurteilt, ob der ärztliche Aufwand im Hinblick auf das Krankheitsbild und den angestrebten Heilerfolg notwendig war (Schürer, 2001).

Meist wird nicht eine einzelne Honorarrechnung, sondern ein einzelner *Arzt, eine einzelne Ärztin* als „Einzelfall“ definiert. Dabei gibt es zwei Möglichkeiten der Prüfung:

1. *durchgehende Einzelfallprüfung* (systematische Einzelfallprüfung), bei der alle Honorarrechnungen einer Ärztin, eines Arztes innerhalb eines bestimmten Zeitraumes überprüft werden,
2. *stichprobeweise Einzelfallprüfung* (repräsentative Einzelfallprüfung), bei der die Honorarrechnungen nur stichprobenweise überprüft werden (vgl. auch Schürer, 2001 und Eugster, 2003).

Reichweite

Einzelfallprüfungen, insbesondere die durchgehende Einzelfallprüfung, werden sehr selten angewendet: Die Beweiserhebung ist schwierig und der Aufwand meist zu gross.

Beurteilung

Einzelfallprüfungen sind nur selten gerechtfertigt und für die Rechtspraxis eher unwichtig. Eine Einzelfallprüfung kann dann sinnvoll sein, wenn sich keine Vergleichsgruppe bilden lässt und daher keine statistische Methode angewendet werden kann. Einzelfallprüfungen sind sehr aufwändig und im Einzelfall rechtfertigt der Ertrag oder Nutzen den Aufwand selten. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass der drohende Einsatz dieser Methode eine präventive

Wirkung zeigt (vgl. auch Schürer, 2001 und Eugster, 2003). Um die präventive Wirkung aufrecht zu erhalten, muss ab und zu eine Einzelfallprüfung durchgeführt werden.

2.3.3 Durchschnittskostenvergleich: Grundlagen

Die statistischen Methoden basieren auf einem Durchschnittskostenvergleich. Die zentralen Elemente dieser Methode werden im Folgenden anhand der schweizerischen Prüfpraxis dargestellt.

In Kürze

Beim *Durchschnittskostenvergleich* (DKV) werden die durchschnittlichen Fallkosten (Kosten pro Patient) eines Arztes oder einer Ärztin, den durchschnittlichen Fallkosten einer vergleichbaren Ärztegruppe gegenübergestellt. Sind die Durchschnittskosten pro Fall deutlich höher als die der Vergleichsgruppe, besteht der Verdacht der Unwirtschaftlichkeit. Die *Wahrscheinlichkeit* einer unwirtschaftlichen Arbeitsweise steigt, je mehr die individuellen Durchschnittskosten diejenigen der Vergleichsgruppe übertreffen.

Zielsetzung

Sinn und Zweck des Durchschnittskostenvergleiches ist die Identifikation von unwirtschaftlich praktizierenden Ärztinnen und Ärzten innerhalb einer Vergleichsgruppe. Anhand weniger Kriterien (kleiner Aufwand) sollen alle, bzw. möglichst viele der unwirtschaftlich arbeitenden Ärzten und Ärztinnen erkannt werden.

Geschichte

Statistische Methoden werden schon sehr lange eingesetzt. Die älteste von Eugster (2003) zitierte Quelle geht auf das Jahr 1917 zurück. Durchschnittskostenvergleiche wurden und werden v.a. vom Konkordat der Krankenversicherer (heute santésuisse) durchgeführt.

Systembeschreibung

Die Methode des Durchschnittskostenvergleiches verläuft in der Schweiz nach folgendem Schema (vgl. Eugster, 2003, S. 138ff):

Verfahrensstufe 1: Grundverfahren

1. Berechnung des individuellen Fallwerts (Durchschnitt pro Patient pro Jahr für jeden Arzt, jede Ärztin)
2. Bestimmung der Vergleichsgruppe und des Gruppenfallwertes
3. Gegenüberstellung der beiden Werte (Durchschnittskostenvergleich)
4. Bestimmung der normalen Streuung und der Beweisgrenze

5. Unterschreitet der geprüfte Arzt die Beweisgrenze, wird die Prüfung beendet, die Behandlungen des Arztes gelten als wirtschaftlich:
6. Überschreitet der individuelle Fallwert die Beweisgrenze, ist die Verfahrensstufe 2 einzuleiten.

Verfahrensstufe 2: Prüfung von Einwendungen gegen den groben Fallwertvergleich

- Einwendung der fehlenden statistischen Grundvoraussetzungen
- Einwendung von Praxisbesonderheiten (z.B. überdurchschnittliches Patientenalter, spezieller Patientenmix, spezielle apparative Einrichtungen)
- Einwendung kompensatorischer Ersparnisse (z.B. Mehraufwand bei den Konsultationen, dafür Einsparungen bei den Medikamenten; Verhindern von Hospitalisationen dank Mehraufwand bei Hausbesuchen)

Sind die Einwendungen begründet und erklären sie die Überschreitung, wird das Prüfverfahren beendet. Besteht weiterhin der Verdacht der unwirtschaftlichen Behandlung, folgen die Verfahrensstufen 3 und 4.

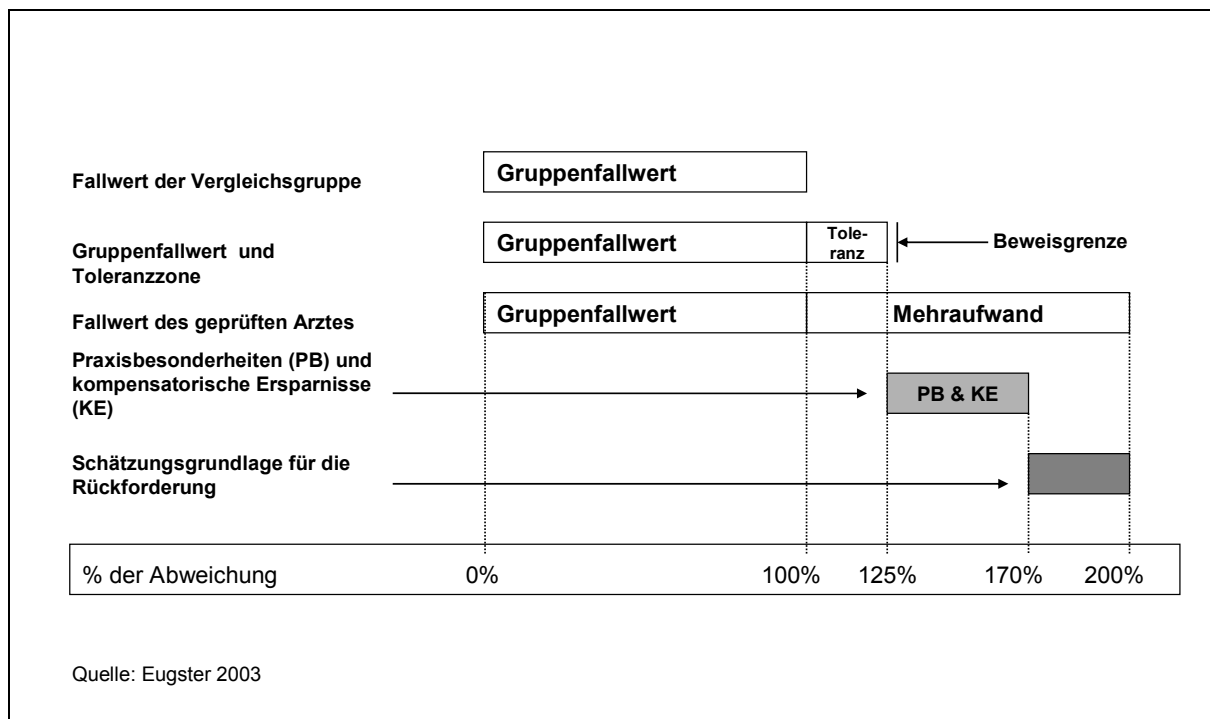
Verfahrensstufe 3: Schätzung des unwirtschaftlichen Mehraufwandes

- Neueinschätzung nach Einbezug der Praxisbesonderheiten und der kompensatorischen Ersparnisse

Verfahrensstufe 4: Festsetzung des Rückerstattungsbetrages

Die Grafik 1 stellt das System des Durchschnittskostenvergleiches modellhaft dar.

Grafik 1: Durchschnittskostenvergleich



Datenbasis

Die Methode des Durchschnittskostenvergleiches darf, laut dem Eidgenössischen Versicherungsgericht (EVG), für eine breit angelegte Wirtschaftlichkeitsprüfung eingesetzt werden, denn die Beurteilung einer unwirtschaftlichen Arbeitsweise setzt nicht zwingend voraus, dass *alle* Positionen sämtlicher Rechnungen kontrolliert worden sind. Eine Prüfung kann sich darauf beschränken, „dass die durchschnittlichen Behandlungskosten des betreffenden Arztes mit denjenigen anderer Ärzte unter ähnlichen Bedingungen verglichen werden.“ (Schürer, 2001)

In der Schweiz war die Rechnungsstellerstatistik (RSS) des Konkordats der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK) bis ins Jahr 2000 die vom EVG anerkannte statistische Datenbasis für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit von Leistungserbringern nach Art. 56 KVG. Danach wurde die RSS durch die neue Datenbasis, den santésuisse-Datenpool, abgelöst⁹.

Der santésuisse-Datenpool beruht auf den von den Krankenversicherern zulasten der obligatorischen Krankenversicherung bezahlten Honorarrechnungen. Die Übergabe der Daten an santésuisse ist für die Versicherer freiwillig. Zurzeit beträgt die Erfassung knapp 95% aller Rechnungen, was praktisch einer Vollerhebung entspricht¹⁰. Es besteht aber keine Einigkeit darüber, ob die in der santésuisse-Statistik enthaltenen Daten zuverlässig sind (Schürer, 2001,

⁹ Die Qualität des Datenpools von santésuisse ist mindestens äquivalent bzw. besser als diejenige der Rechnungsstellerstatistik (Noth & Spycher, 2002, S. 18).

¹⁰ Mail von D'Angelo, santésuisse, 16.1.2004

S. 84)¹¹. Ein Kritikpunkt sind die kantonal individuellen Tarife, die einen kantonsübergreifenden Vergleich verhindern. Dadurch konnten – speziell in kleinen Kantonen – für zahlreiche Spezialarztgruppen zu wenig Vergleichsärzte gefunden werden, was einen Durchschnittskostenvergleich verunmöglicht. Die Einführung von TARMED am 1.1.2004 schwächt diese Problematik wesentlich ab, da dann dank eines einheitlichen Leistungstarifs gesamtschweizerisch Vergleichsgruppen gebildet werden können.

Grundvoraussetzungen

Die statistischen Grundvoraussetzungen für die Anwendung des Durchschnittskostenvergleichs lauten:

- Die statistischen Daten der Vergleichsärzte müssen nach denselben Methoden erhoben worden sein wie die des zu prüfenden Leistungserbringers.
- Der Vergleich muss sich über einen genügend langen Zeitraum erstrecken.
- Die Vergleichsärzte und der zu prüfende Arzt müssen im gleichen geographischen Bereich tätig sein.
- Das Krankengut der Vergleichsärzte und des zu prüfenden Leistungserbringers muss etwa gleich sein.
- Die Vergleichsgruppe muss genügend gross sein¹².

Weiter muss vorausgesetzt werden können, dass

- die Ärzte der Vergleichsgruppe eine medizinisch einwandfreie und ausreichende Versorgung gewährleisten und ihren Patienten nichts vorenthalten, was zur Erreichung der diagnostischen und therapeutischen Ziele notwendig ist,
- grundsätzlich das als notwendig zu gelten hat, was die Grosszahl der Fachkollegen für notwendig hält (Mengenstandard),
- jeder Ärztin, jedem Arzt die Einhaltung des Mengenstandards der Fachkollegen möglich und zumutbar ist (Eugster, 2003, S. 92f).

Inwieweit die Daten von santésuisse die oben genannten Anforderungen erfüllen zeigt Tabelle 1.

¹¹ Zum Datenpool und seiner Verlässlichkeit vgl. Eugster 2003, S. 206 ff und S. 218 ff.

¹² Gemäss Eugster „sollte die Zahl von 10 Vergleichspraxen in keinem Fall unterschritten werden.“ (2003, 169)

Tabelle 1: *santésuisse* Datenpool, Anforderungen und Umsetzung

Kriterium	Erfüllt?	Umsetzung durch <i>santésuisse</i>
Identische Erfassungsmethode	nein (unter TARMED ja)	Erfasst werden alle OKP-Leistungen der Versicherer (Vollerhebung), Rechnungsstellung nach kantonalen Verordnungen, ab 1.1.2004 gesamtschweizerisch einheitlich nach TARMED
Erfassungszeitraum lang genug	ja	Betrachtet wird ein Kalenderjahr (Abrechnungsjahr)
Ärzte aus gleicher Region	z.T.	Ärzte aus dem gleichen Kanton Problem: heterogener Urbanitätsgrad wird nicht berücksichtigt
Ähnliches Krankengut	z.T.	Vergleichsgruppen nach FMH-Haupt- und Untertitel (Standesrechtliche Gliederung, 29 Gruppen) ¹³
Grösse der Vergleichsgruppe	z.T.	Unterschiedliche Anforderungen je nach Homogenitätsgrad der Ärztegruppe

Kritikpunkte

Die Kritik am Durchschnittskostenvergleich ist zahlreich. Wie Tabelle 1 zeigt, kann der Datenpool von *santésuisse* nicht alle statistischen Voraussetzungen erfüllen:

- Städtische und ländliche Regionen – auch innerhalb des gleichen Kantons - weisen inhomogene Behandlungsmuster auf und sind daher nicht immer vergleichbar.
- Die Bildung von Vergleichsgruppen nach FMH-Haupt- und Untertitel garantiert noch keine homogene Patientengruppen.
- Falsche Gruppeneinteilungen, weil Änderungen nicht nachgeführt, bzw. von den Ärzten nicht kommuniziert wurden¹⁴.
- In kleinen Kantonen ist es schwierig, genügend grosse Vergleichsgruppen bilden zu können, insbesondere für Spezialärzte.

Weitere Kritikpunkte:

- fehlender Einbezug von Qualitätskriterien. Der Durchschnittskostenvergleich ist ausschliesslich kostenorientiert. Ein möglicher *trade off* zwischen Kosten und Qualität ist kein Thema.

¹³ Zur Bildung von Vergleichsgruppen vgl. Eugster 2003, S. 144 ff.

¹⁴ Ab 2004 soll die Datenbank der FMH zur Verfügung stehen, die Dignitätsüberprüfung nach TARMED ist vertraglich geklärt (Expertengespräch mit D'Angelo, *santésuisse*, 15.12.2003).

- ungenügender Einbezug von Praxisbesonderheiten in die erste Verfahrensstufe
- nur ein Teil der Behandlung wird erfasst. Insbesondere bleibt der Umfang der veranlassten Kosten unklar. Ärztinnen und Ärzte, die viele Patienten weiterleiten, zeigen tiefe individuelle Fallkosten, die hohen veranlassten Kosten bleiben häufig unentdeckt oder werden nicht so stark gewichtet (siehe Abschnitt 2.3.4).
- Eine absichtliche Manipulation durch bestimmte Behandlungs- und Abrechnungsmethoden ist möglich.
- geringe Akzeptanz bei der Ärzteschaft
- Ärzte mit tiefen Indexpunkten könnten dazu animiert werden, ihre Durchschnittskosten zu erhöhen.

Gemäss Noth & Spycher (2002, S. 18) wäre zu prüfen, ob aufgrund der besseren Datenbasis des santésuisse-Datenpools die statistische Prüfmethode angepasst werden kann. In Gesprächen haben Vertreter von santésuisse bestätigt, dass diesbezüglich Projektarbeiten stattfinden. santésuisse möchte während der Vorbereitungsphase jedoch noch keine Einzelheiten preisgeben (Expertengespräch mit D'Angelo, santésuisse, 15.12.2003).

Beurteilung

Aufgrund der Defizite der Methode ist eine korrekte und umsichtige Durchführung besonders wichtig, insbesondere bedarf es bei einer Überschreitung der Beweisgrenze einer sehr sorgfältigen Abklärung der Einwendungen. Ebenso ist ein einheitliches und transparentes Vorgehen für die Akzeptanz dieser Methode notwendig. Durch das Setzen der Toleranzgrenze wird diesen Defiziten Rechnung getragen¹⁵.

Durchschnittskostenvergleiche beinhalten ein gewisses Konfliktpotenzial zwischen Leistungserbringern und Versicherern, da die Perspektiven der beiden Interessengruppen stark divergieren. Im Praxisalltag sind für die Ärztin, den Arzt die Wirksamkeit und die Zweckmässigkeit einer Behandlung von Belang, Qualität kommt vor den Kosten. Darin sind sich Arzt und Patient in der Regel einig. Bei einem Durchschnittskostenvergleich wird die ärztliche Tätigkeit hingegen auf die Kosten reduziert. Die Leistungserbringer erkennen sich im statistischen Vergleich nicht wieder, sie haben das Gefühl, er werde ihrer Arbeit nicht gerecht.

Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit anhand von Massstäben, die durch Dritte (santésuisse und EVG) gesetzt worden sind, könnte bei der Ärzteschaft eine eher kraftlose Realisierung des Wirtschaftlichkeitsgebotes bewirken: Sind alle eher etwas teurer, wird der Gesamtdurchschnitt angehoben, für den einzelnen bleibt mehr Spielraum und es wird weniger schnell sanktioniert.

Ein kontinuierlicher Anstieg der Durchschnittskosten ist systemintern „vorprogrammiert“: Dadurch, dass der Durchschnittswert sanktionslos um einen bestimmten Wert überschritten werden kann, werden die Leistungserbringer dazu „ermuntert“ leicht überdurchschnittliche

¹⁵ Für eine ausführliche Diskussion zu den statistischen Implikationen des DKV siehe Eugster 2003, S. 226 ff.

Durchschnittskosten zu verursachen. Dadurch steigt der Durchschnittswert Jahr für Jahr (Treppeneffekt).

Trotz der Mängel scheint uns der Durchschnittskostenvergleich eine praktikable Methode zur standardisierten Wirtschaftlichkeitsprüfung. Sie ermöglicht eine breite, schnelle und kontinuierliche Wirtschaftlichkeitsbeurteilung. Der grösste Nutzen dieser Methode liegt in der spürbar präventiven Wirkung aufgrund ihres institutionalisierten Einsatzes. Um Umtriebe zu vermeiden, werden von vielen Leistungserbringern allzu unwirtschaftliche Behandlungs- und Honorierungspraktiken vermieden. Die präventive Wirkung des Durchschnittskostenvergleiches wird als sehr hoch eingeschätzt (siehe Absatz 2.3.5) (Eugster, 2003, S. 341ff; Dubey & Dufresne, 2000, S. 17).

2.3.4 Exkurs: Direkte Kosten und veranlasste Kosten

Die ärztliche Behandlung setzt sich aus Elementen aus den Hauptbereichen Behandlung, Diagnostik, Therapie zusammen. Werden die Leistungen vom erstkonsultierten Arzt und innerhalb seiner Praxis erbracht, gelten sie als *direkte Kosten*¹⁶. Wird die Leistung delegiert, wird von veranlassten Kosten gesprochen.

Diese Unterscheidung und die korrekte Erfassung der beiden Kostenarten sind für die statistische Berechnung des Falldurchschnitts sehr wichtig. Ärztinnen und Ärzte die sehr viele Leistungen selbst erbringen, verursachen tendenziell hohe direkte Kosten und tiefe veranlasste Kosten und umgekehrt. Solange alle Kosten für den gesamten Behandlungspfad oder eine Behandlungsperiode klar einem verantwortlichen Arzt zugeordnet werden können, ist die Unterscheidung in direkte und indirekte Kosten rein analytischer Natur. Die aktuelle Honorierungspraxis ermöglicht jedoch keine vollständige Zuordnung der Veranlasstenkosten. Dies bedeutet, dass bei statistischen Kostenvergleichen Ungenauigkeiten unvermeidbar sind. Ärztinnen und Ärzte mit tiefen Überweisungsquoten werden die gesamten Behandlungskosten zugeordnet, während den „Schnellüberweisern“ nur ein Teil der verursachten Behandlungskosten angerechnet wird.

¹⁶ „Erfasst werden alle Leistungen, die der geprüfte Arzt selber in Rechnung stellt.“ (Eugster, 2003, S. 215)

Die eindeutige Zuordnung der Veranlasser von Überweisungen wird durch mehrere Faktoren verunmöglicht:

- Spezialisten sind bei der Rechnungsstellung nicht verpflichtet die zuweisende Ärztin, den zuweisenden Arzt anzugeben.
- Versicherte mit freier Arztwahl im ambulanten Bereich, können selbständig einen Spezialisten aufsuchen oder ein Krankenhaus aufsuchen.
- Auch wenn der Zuweiser bekannt ist, werden stationäre Behandlungen in der Statistik nicht erfasst (nur ambulante Leistungen).

Ein Teil der veranlassten Kosten kann aber genau den veranlassenden Ärztinnen und Ärzten zugeordnet werden (siehe Tabelle 2). Diese Zahlen werden bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung von santésuisse in der Verfahrensstufe 2 berücksichtigt.

Bei Versicherungsmodellen mit Gatekeeping, bei dem mit Ausnahme von Notfällen *alle* ambulanten Leistungen vom Primärarzt verordnet werden *müssen*, können auch die veranlassten Kosten als Folgekosten von Überweisungen an Spezialisten erfasst werden. Auch die Kosten für stationäre Aufenthalte können *einem* verantwortlichen Grundversorger zugeordnet werden.

Tabelle 2: Direkte Kosten und veranlasste Kosten

Leistung	direkt	veranlasst	im santésuisse-Datenpool erfasst?	
			direkt	veranlasst
Behandlungen	praxisintern Hausbesuche	Überweisung: ambulant, stationär	ja	nein
Diagnostik				
Labor	intern	extern	ja	ja
Röntgen	intern	extern	ja	ja
...	intern	extern	ja	ja
Therapie				
Medikamente	Selbstdispensation	Apotheke	ja	ja
Physiotherapie	intern	extern	ja	ja
....	intern	extern	ja	ja

In der Schweiz wurden 2002 zulasten der Grundversicherung pro Leistungserbringer durchschnittlich CHF 552'591 abgerechnet. Davon sind 65% direkte Kosten und 35% veranlasste Kosten. Kantonal variiert die Verteilung stark, je nachdem ob die Selbstdispensation von Medikamenten möglich ist (santésuisse, 2004).

Die Folgekosten für externe Behandlungen in Praxen, Spitälern (ambulant), für Physiotherapie und externes Labor liegen bei SanaCare und Wintimed zwischen 25 - 50% der Gesamtkosten. Werden die stationären Kosten auch einbezogen, machen die direkten Kosten noch 12 - 20% aus (Bassi & Preiswerk, 2003, S. 15¹⁷; Wintimed, 2004; www.sanacare.ch Jahresauswertung; www.wintimed.ch/inzahlen.htm; Expertengespräch mit Marti, Wintimed, 15.12.2003).

2.3.5 Methode des Arithmetischen Mittelwertvergleichs

Die meisten Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der Schweiz werden anhand der Methode des *Arithmetischen Mittelwertvergleichs* durchgeführt. Wenn allgemein von *Durchschnittskostenvergleich* (DKV) gesprochen wird, ist in der Schweiz diese Methode gemeint.

In Kürze

Mit der Methode des Arithmetischen Mittelwertvergleichs werden die durchschnittlichen Fall-Behandlungskosten einer Ärztin, eines Arztes mit den durchschnittlichen Fall-Behandlungskosten der gleichen Spezialitätengruppe verglichen (siehe Abschnitt 2.3.3). Der Mittelwert der durchschnittlichen Fallkosten entspricht dem Index 100. Ärzte mit einem wesentlich höheren Einzelindex werden kontaktiert und aufgefordert, ihre hohen Honorarrechnungen zu begründen.

Datengrundlage

santésuisse-Datenpool (siehe Abschnitt 2.3.3)

Systembeschreibung

Bei der Methode des Arithmetischen Mittelwertvergleichs gelten die unter Abschnitt 2.3.3 beschriebenen Verfahrensschritte. Die statistische Auswertung erfolgt anhand der folgenden Positionen (Eugster, 2003, S. 213):

Direkte Kosten:

a) Grunddaten

- Anzahl Hausbesuche
- Konsultationen
- Anzahl Erkrankte

¹⁷ Auch wenn es sich dabei um fiktive Zahlen handelt, die keinem konkreten Hausarztnetz zugeordnet werden können, bewegen sie sich trotzdem in einem realistischen Bereich.

- Durchschnittsalter¹⁸
- Kosten des Arztes
- Kosten der Medikamente aus Selbstdispensation
- Total direkte Kosten

b) absolute Verhältniszahlen und Index der Verhältniszahlen

- Index Anzahl Grundleistungen pro Erkranktem/r (Durchschnitt = 100)
- Index Kosten der Ärztin pro Grundleistung (Durchschnitt = 100)
- Index Kosten des Arztes pro Erkranktem/r (Durchschnitt = 100)
- Index Kosten der Medikamente aus Selbstdispensation pro Erkranktem/r (Durchschnitt = 100)
- Index Total direkte Kosten pro Erkranktem/r (Durchschnitt = 100)

Indirekte Kosten (veranlasste Kosten)

der Grunddaten, der absoluten Verhältniszahlen und des Index der Verhältniszahlen

- Kosten Medikamente von der Apotheke
- Kosten Labor auswärts
- Kosten Physiotherapie
- Total indirekte Kosten

Die veranlassten Kosten können aufgrund mangelnder Angaben nicht vollständig erfasst werden (siehe Abschnitt 2.3.4).

Total direkte und indirekte Kosten

- Total direkte und indirekte Kosten pro Erkranktem
- Index Total direkte und indirekte Kosten pro Erkranktem (Durchschnitt = 100)

Sind die Fallkosten des geprüften Arztes höher als der Mittelwert der Vergleichsgruppe, wird dies mit einem über 100 Punkten liegenden Indexwert ausgedrückt. Liegt der Einzelindex erheblich über dem Gruppenindex, bedarf die Frage der Überarztung näherer Abklärung (Schürer, 2001, S. 79 - 80).

¹⁸ Die Nennung des Durchschnittsalters bedeutet nicht, dass alterskorrigierte Berechnungen durchgeführt werden. Einzig bei Einwendungen bezüglich des Alters, wird das Durchschnittsalter in die Beurteilung einbezogen. (Gespräch mit D'Angelo vom 7.1.2004)

Die Zuteilung in die Facharztgruppe erfolgt anhand der 29 Vergleichsgruppen nach FMH-Haupt- und Untertitel (Facharzttitel). Bis vor kurzem wurden für Allgemeinpraktiker mit und ohne Röntgen zwei verschiedene Gruppen gebildet, diese Unterscheidung wurde aber vor wenigen Jahren aufgehoben. Weitere Unterscheidungen wie z.B. Einzel- oder Gruppenpraxis werden nicht vorgenommen.

Vorgehen santésuisse

Für die Datenanalyse verwendet santésuisse den untenstehenden statistischen Filter (Perrig, 2002, S. 10).

Tabelle 3: Statistische Filter von santésuisse

Index	Arztkosten pro Kalenderjahr (CHF)
1. mind. 140	mind. 250'000.-
2. mind. 150	mind. 30'000.- bis 250'000.-
3. 130 bis 139	mind. 350'000.-
4. Index Medikamente mind. 140	Selbstdispensierte Medikamente mind. 250'000.-
<p>Als Kontrollgrösse werden zusätzlich die gesamten (direkten und veranlassten) Kosten des Arztes berücksichtigt.</p> <p>Mit Priorität 1 werden Ärzte untersucht, deren Index mindestens 140 beträgt und deren direkte Arztkosten mindestens 250'000 Franken im Jahr betragen. Mit zweiter Priorität werden sodann Ärzte und Ärztinnen unter die Lupe genommen, deren Index 150 übersteigt und deren Kosten zwischen 30'000 bis 250'000 liegen (hohe Fallkosten).</p>	

Im Kanton Bern, mit rund 2000 freipraktizierenden Ärzten, bleiben mit dieser Methode jährlich zwischen 40 bis 50 Ärztinnen und Ärzte im Filter hängen, diese erhalten einen Warnbrief. Ist der Index im folgenden Jahr immer noch zu hoch, werden Gespräche geführt (ca. 10 bis 20). Rund 15 Fälle kommen vor Gericht (Perrig, 2002; Expertengespräch mit Amstutz, santésuisse, 17.12.2003). Von 1086 Ostschweizer Ärzten zahlten 47 Ärzte rund CHF 860'000.- zurück (Gall, 2004). Dies sind keine Beträge, die für die Versicherungen von Belang sind. Wichtig ist jedoch die präventive Wirkung der Wirtschaftlichkeitskontrolle der santésuisse an sich. Für den Kanton Zürich wurde geschätzt, dass die präventive Wirkung zwischen 1992 - 1994 Kosten von bis zu CHF 40 Millionen verhindert hat (Expertengespräch mit Geser, santésuisse, 7.1.2004; Geser, 97, S. 9).

Reichweite

Die Reichweite der Methode des Arithmetischen Mittelwertvergleiches ist gross. Gemäss Eugster (2003, S. 138) und Schürer (2001, S. 82) wird in der Schweiz vorwiegend diese Methode praktiziert. Sie ist vom Bundesgericht und vom EVG akzeptiert.

Beurteilung

Die Methode des Arithmetischen Mittelwertvergleichs ist geeignet, potentiell unwirtschaftlich praktizierende Ärzte zu identifizieren (vgl. oben Beurteilung DKV). Ein Mangel dieser Methode ist jedoch, dass im Gegensatz zur Methode der mittleren Abweichung oder des Perzentilensystems (vgl. unten) die Streuung oder die Häufigkeitsverteilung der einzelnen Mittelwerte zu wenig berücksichtigt wird. Bei extrem schiefen Verteilungen sollten neben dem Mittelwert auch der Median und der Modus beachtet werden.

Ein grosser Mangel in der heutigen Vorgehensweise von *santésuisse* sind die fehlenden Informationen zu den veranlassten Kosten. Überweisungen an Spezialisten (und stationäre Institutionen) können nicht immer der überweisenden Ärztin, dem überweisenden Arzt zugeordnet werden, weil er oft nicht genannt wird. Dies kann dazu führen, dass Ärzte aufgrund einer „schnellen Überweisungspraxis“ viele kostengünstige Patienten haben und so tiefe Fallwerte erreichen, insgesamt in ihrem Patientenstamm jedoch viele Fälle mit hohen Gesamtkosten aufweisen. Andere Leistungserbringer mit wenigen, jedoch kostenintensiven Patienten und weniger Überweisungen haben hohe Fallwerte. Letztere bleiben im Filter hängen, erstere nicht, und dies völlig unabhängig von der tatsächlichen Wirtschaftlichkeit. Auf diese Weise sind die Ergebnisse manipulierbar.

Ein weiterer Kritikpunkt ist die fehlende Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsbereinigung der Daten.

Die Akzeptanz dieser Methode ist bei der Ärzteschaft sehr tief. In zahlreichen Beiträgen in der Schweizerischen Ärztezeitung zum Thema Wirtschaftlichkeitsprüfung äussern sich die Ärzte vorwiegend kritisch und ablehnend¹⁹. Dies ist einerseits darauf zurückzuführen, dass Wirtschaftlichkeitskontrollen für die Ärzteschaft grundsätzlich störend sind. Andererseits war aber auch das z.T. forsche Vorgehen von *santésuisse* der Akzeptanz abträglich (vgl. Lenggenhager, 2003).

Neben der unbestritten präventiven Wirkung des Mittelwertvergleichs besteht aber auch die Gefahr, mit den Ergebnissen falsche Signale auszusenden. Leistungserbringer, die mit 125 Indexpunkten gerade noch an einer Verwarnung vorbeigekommen sind, legen das Informationsschreiben zufrieden zur Seite, während bei jenen mit 90 Indexpunkten vielleicht das

¹⁹ GAeSO 2003,26; 512; Dejung 2003, 567; Philipp 2003, 568, Gnädinger 2003, 569; Gmür 2003, 638; Wieland 2003, 117 und zahlreiche weitere Beiträge.

Gefühl aufkeimt, den Leistungskatalog nicht optimal auszuschöpfen. Die Folge dieses Mechanismus wäre eine stetig steigende Kostenspirale.

2.3.6 Statistische Vergleichsanalyse nach Schmid

In Kürze

Die Statistische Vergleichsanalyse nach Schmid basiert auf den Häufigkeits- und Verteilungsfunktionen der einzelnen Messwerte pro Behandlungsfall und Arzt. Schmid will damit den Umstand berücksichtigen, dass ein Rechnungssteller bezüglich Gesamtkosten innerhalb der tolerierbaren Grenzen liegen kann, aufgrund der Weiterweisung von Leistungen aber höhere Totalkosten als seine Vergleichsgruppe verursacht. Auch hier können die veranlassten Kosten aber aufgrund mangelnder Angaben nicht vollständig erfasst werden.

Systembeschreibung

Schmid definiert mehrere Messgrößen (siehe unten), die er – analog der Methode der mittleren Abweichung (siehe Abschnitt 2.3.8) – anhand der Häufigkeiten erfasst. In einem weiteren Schritt werden von diesen Messgrößen auch die Kosten erhoben. Dabei unterscheidet er zwischen den direkten und den veranlassten Kosten (Schmid, 2001ff).

Pro Fall berücksichtigt Schmid die folgenden Messgrößen:

Häufigkeiten / Anzahl

- Besuche
- Zeitfaktor
- Laboranalysen
- Psychiatrische Leistungen
- Konsultationen
- Extraleistungen
- Physiotherapien

Beträge / Kosten in der Arztpraxis

- Besuche/Weggeld
- Zeitfaktor
- Laboranalysen
- Psychiatrische Leistungen etc.
- Übrige Pflichtleistungen
- Selbstdispensierte Medikamente
- Konsultationen
- Extraleistungen
- Physiotherapien
- Bildgebende Verfahren

- Total Arztkosten
- Total direkte Kosten

Veranlasste Beträge / Kosten für

- Rezeptierte Medikamente
- Physiotherapie
- Laboruntersuchungen
- Bildgebende Verfahren
- Total veranlasste Kosten

Totalkosten (direkte und veranlasste Kosten) für

- Medikamente
- Physiotherapie
- Laboruntersuchungen
- Total direkte und veranlasste Kosten

Mit der Methode des statistischen Vergleichs werden die Strukturen der verschiedenen Messgrößen untersucht. Schmid will damit verhindern, dass ein Rechnungssteller aufgrund der Delegation von Leistungen innerhalb der wirtschaftlich tolerierbaren Grenzen liegt, während seine Totalkosten das tolerierbare Mass deutlich überschreiten. Durch die differenzierte Auswertung der Messgrößen kann dem Umstand Rechnung getragen werden, dass einzelne Ärztinnen und Ärzte weitgehend alle medizinischen Leistungen selbst erbringen, während andere z.B. Laboranalysen, Physiotherapien, bildgebende Verfahren oder Medikamente verordnen und durch Kollegen, Institute, Apotheken etc. extern ausführen lassen. Gemäss Schmid (2001, S. 162) lassen sich die Strukturen der Kosten- und Häufigkeitskomponenten durch die Masszahlen Mittelwert und Standardabweichung eindeutig definieren. Dabei stellt Schmid die Frage, ob Abweichungen vom Mittelwert zufällig sind oder statistisch signifikant über dem Gruppendurchschnitt liegen.

Bei der Bildung von Vergleichsgruppen soll den individuellen Besonderheiten (Einzugsgebiet der Patienten, FMH-Spezialität und Subspezialitäten sowie Ausbildung, Alter und Einrichtung der Praxis) durch eine eher kleine, individuell zusammengesetzte Vergleichsgruppe angemessen Rechnung getragen werden. Dabei ist aber auch zu beachten, dass nicht alle Besonderheiten eines konkreten Rechnungsstellers berücksichtigt werden können und dürfen, da gerade der Umfang der Praxiseinrichtung, der Praxisstandort, die Zahl der engagierten medizinischen Hilfspersonen, der Ausbildungsort etc. für eine signifikant abweichende Kostenstruktur verantwortlich sein können. Die Definition der Vergleichsgruppe ist zwecks Erhöhung der Akzeptanz des Ergebnisses vor der Durchführung der statistischen Prüfverfahren mit beiden Parteien (Ärzte und Kassenorganisation) verbindlich abzusprechen (Schmid, 2001, S. 162 ff).

Reichweite

Die Statistische Vergleichsanalyse ist vom Bundesgericht und vom EVG anerkannt, sie ist objektiv und wäre gemäss Schmid (2001, S. 156) ohne grossen Aufwand durchführbar. Aufgrund der meist fehlenden Datenbasis wird diese Methode jedoch nur selten angewendet (Eugster, 2003, S. 339).

Beurteilung

Eine Stärke der Methode von Professor Schmid ist die differenzierte Analyse der verschiedenen Leistungsbereiche, insbesondere unter Einbezug der Häufigkeiten von bestimmten Leistungen, wie auch die Berücksichtigung eines grossen Teils der veranlassten Kosten. Dies führt zu einem ganzheitlicheren Bild des Behandlungsprozesses als beim Arithmetischen Mittelwertvergleich. Zu bemängeln ist hier jedoch auch, dass die veranlassten Kosten bei Überweisungen an Spezialisten und auch die stationären Kosten nicht vollständig in die Analyse einbezogen werden (können).

Aufgrund der Einbindung der Ärzteschaft bei der Bildung der Vergleichsgruppen ist die Akzeptanz dieser Methode wahrscheinlich höher als beim Vorgehen von santésuisse. Das Bilden der Vergleichsgruppe könnte sich durch den Einbezug der Ärzte und das Berücksichtigen von Praxisbesonderheiten als relativ aufwändig erweisen.

2.3.7 Helsana Ärzterating

In Kürze

Mit über 1,4 Mio. Versicherten ist die Helsana die grösste Krankenversicherung in der Schweiz. Ihre Grösse erlaubt es ihr, ein eigenes Ärzterating durchzuführen, das den statistischen Anforderungen genügt.

Im Hinblick auf eine mögliche Aufhebung des Kontrahierungszwangs entwickelte Helsana eine eigene Rating-Methode für Grundversorger (ohne Kinderärzte). Das Rating enthält Indikatoren zur Wirtschaftlichkeit, wie auch zur Qualität. Der Akzent liegt auf der Erhebung der Arztkostenindizes, die jedoch zur vertieften Interpretation und Plausibilisierung mit den Strukturdaten der Praxis und den Befragungsergebnissen aus einer Versichertenerhebung ergänzt und korreliert werden.

Zielsetzung

Die Helsana verfolgt mit ihrem Ärzterating die folgenden fünf Ziele:

1. Identifikation von kooperativen Ärzten mit hoher Wirtschaftlichkeit und hoher Qualität im Hinblick auf eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs

2. Dienstleistung für die Versicherten: Information über spezielle Angebote (z.B. rollstuhlgängige Praxis, Fremdsprachen, eigene Physiotherapie, Sprechstundenzeiten)
3. Sensibilisierung des Kostenbewusstseins der Ärzteschaft
4. Ermitteln von Zusammenhängen zwischen der Patientenzufriedenheit und den Arztkosten
5. Vorantreiben der Grundsatzdiskussion zu Fragen der Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsbeurteilung (vgl. auch Helsana, 2003a)

Die Helsana möchte über eine Rating-Methode verfügen, die differenzierter ist, als die Wirtschaftlichkeitsprüfung von *santésuisse*. Nach Aussage von Helsana ist das Ziel ein mehrfaches: Einerseits soll damit Transparenz für die Versicherten im Hinblick auf ihre Arztwahl geschaffen werden, andererseits dient diese Transparenz aber auch einer Relativierung und Gewichtung der erhobenen Kostendaten. Die Versichertenerhebung fokussiert auf die subjektive Einschätzung von Indikatoren der Servicequalität, auch hier mit einem Seitenblick auf die Interpretation der kostenseitigen Auswertungen und eine Korrelierung mit der Patientenzufriedenheit. Beide Teile, die Auswertung der Strukturdaten wie der Versichertenbefragung, sollen den teilnehmenden Ärzten zudem Praxisvergleiche in Form eines Benchmarking ermöglichen.

Geschichte

Im Rahmen der ersten grossangelegten Erhebung wurden 2002 insgesamt 3'479 Ärzte der *santésuisse* Fachgruppen *Allgemeinpraktiker* und *Allgemeine innere Medizin* aus elf Kantonen angeschrieben. Sie erhielten die Helsana Kostendaten 2001 und den Fragebogen zur Erhebung der Praxisinfrastruktur und der Patientenzusammensetzung. Ebenfalls 2002 wurde an rund 40'000 Helsana-Versicherte aus 220 Praxen und 23 Kantonen der Fragebogen zur Patientenzufriedenheit verschickt. Im Juli 2003 wurden erneut 3'644 Ärzte aus 12 Kantonen angeschrieben.

Innerhalb der Ärzteschaft ist das Rating sehr umstritten. Viele Ärzte sind zumindest vordergründig kooperativ, andere stehen dem Ärzterating unverhohlen ablehnend gegenüber²⁰. Die Helsana würde heute bei der Einführung des Projektes umsichtiger vorgehen.

Die Projektphase des Ratings ist bald abgeschlossen, im Anschluss wird es fest in den Tätigkeitsbereich der Helsana integriert.

²⁰ Bühner et al. (2003) kritisieren das Helsana-Ärzterating in einem Artikel der Schweizerischen Ärztezeitung stark. Eine unpublizierte Stellungnahme der Helsana relativiert diese Kritik glaubwürdig, so dass in diesem Bericht nicht weiter auf den Diskurs zwischen Vertretern von Ärzteschaft und Helsana eingegangen wird.

Systembeschreibung

Das Ärzt rating der Helsana besteht aus drei Hauptteilen: 1. Wirtschaftlichkeitsanalyse, 2. Erfassen von Strukturdaten, 3. Erfassen von Qualitätskriterien anhand einer Patientenbefragung (siehe Kapitel 3).

In die Wirtschaftlichkeitsanalyse werden folgende Ärzte einbezogen:

- Fachgruppe *Allgemeinpraktiker* oder Fachgruppe *Allgemeine innere Medizin* gemäss Unterteilung von santésuisse
- Ärzte mit mindestens 50 Helsana-Versicherten

3'479 Ärztinnen und Ärzte aus 11 Kantonen entsprachen 2002 diesen Kriterien, alle wurden ins Rating eingeschlossen. Sie erhielten zwischen Frühjahr und Spätsommer 2002 ihre Helsana Kostendaten 2001 sowie einen Fragebogen zur Erfassung der Strukturdaten bzw. der Praxisbesonderheiten (Praxisinfrastruktur und Morbidität der Patienten). Die Kostendaten bestehen nicht nur aus den Fallkostendurchschnitten und den Indexwerten sondern werden auch farblich dargestellt.

rot = Wert liegt über denjenigen der Kollegen der gleichen Facharztgruppe

orange = Wert liegt im zu beobachtenden Rahmen

grün = Wert befindet sich im unterdurchschnittlichen Bereich

Dabei gilt: Ein Indexwert von 100 entspricht dem Durchschnitt. Werte über 120 sind deutlich überdurchschnittlich, Werte unter 80 sind deutlich unterdurchschnittlich zu werten (Manser, 2003, S. 32 f).

Bei den Praxisstrukturdaten wurden zu folgenden Bereichen Fragen gestellt:

- richtige Einteilung in die Facharztgruppe (durch santésuisse)
- falls nein, welches wäre die richtige Einteilung? Vorgabe der santésuisse-Unterteilung
- komplementärmedizinische Weiterbildung
- Patientenzusammensetzung 2001 (Anzahl Suchtpatienten, Aidspatienten/HIV, Diabetiker, Rheumakranke inkl. Orthopädie, Neurologische Patienten, Krebs-Patienten, Asylbewerber, andere, welche?, Total der behandelten Patienten)
- Sprechstundenzeiten
- Telefonische Auskünfte nach Sprechstundenzeiten
- Hausbesuche
- Notfalldienste
- Sprachen
- Rechnen weitere Ärzte über die Rechnungssteller-Nummer ab?
- Zugänglichkeit zur Praxis (rollstuhlgängig, Parkplätze, ÖV)
- Selbstdispensation

- Besondere Praxiseinrichtung (Röntgenapparat, Ultraschallgerät, eigene Physiotherapie, eigenes Labor, Praxis-OP, delegierte Psychotherapie, andere
- Bereitschaft, die Rechnungen in elektronischer Form zu übermitteln
- weitere Hinweise oder Anregungen

In den Auswertungen wurden zudem die Patientenvariablen *Alter*, *Geschlecht* und *Urbanität* berücksichtigt.

Ergebnisse der Befragung von 2002:

- Rücklaufquote 52%
- 14% der Einteilungen in die Facharztgruppe waren nach Ansicht der antwortenden Ärzte inkorrekt (Massnahmen bei santésuisse sind eingeleitet)
- schlechte Compliance bei den Angaben zur Patientenzusammensetzung
- der wichtigste erklärende Faktor für Kostenunterschiede ist das Patientenalter
- der Frauenanteil spielt keine grosse Rolle
- komplementärmedizinisch tätige Ärzte generieren höhere Kosten, eine separate Beurteilung dieser Ärzte wird erwogen
- trotz Alters- und Geschlechtskorrektur zeigen sich markante Unterschiede beim Arztkostenindex
- offen bleibt die Bedeutung der Diagnose und der Morbidität, da diese Frage zu selten beantwortet wurde

(Manser, 2003, S. 32 f; Expertengespräch mit Wiederkehr & Beule, Projekt Ärzterating Helsana, 22.12.2004).

Reichweite

Von gesamtschweizerisch ca.14'200 freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzten (BFS, 2003b) entsprachen im Jahr 2002 3'479 (ca. 25%) den Helsana-Kriterien. Dies ist für eine einzige Krankenversicherung eine beachtliche Zahl. Bei einer Rücklaufquote von 52%, bedeutet dies, dass die Helsana über detaillierte Daten verfügt von ca. 13% aller schweizerischen Ärztinnen und Ärzte. Helsana-intern wird eine Ausdehnung auf weitere Kantone und Facharztgruppen geplant. Versicherungsübergreifend ist das Potenzial für eine grössere Reichweite vorhanden.

Beurteilung

Das Ärzterating der Helsana ist eine innovative Rating-Methode *für (grössere) Krankenversicherungen*. Die zusätzlichen Variablen erhöhen die Validität der Wirtschaftlichkeitsanalyse gegenüber jener von santésuisse. Mit der Berücksichtigung des Patientenalters sowie der Integration von Qualitätsmerkmalen (siehe Abschnitt 3.4.6) erhält die Helsana differenziertere Angaben als santésuisse. Es ist jedoch auch für die Helsana nicht möglich, die veranlassten Kosten vollständig zu berücksichtigen. Die Erfassung von Morbiditätsindikatoren

ist zu begrüssen. Dieser Teil des Ratings wurde aber methodisch unzureichend angegangen und ist in seiner aktuellen Form unbrauchbar.

Mit der farblichen Darstellung der Kostendaten setzt die Helsana deutlich strengere Beurteilungskriterien als santésuisse: Ärzte, die 2001 durchschnittliche Kosten generierten, erhalten mit der Farbe orange eine indirekte Verwarnung („der Wert liegt im zu beobachtenden Rahmen“), während diese Ärzte für santésuisse völlig unauffällig sind.

Im Hinblick auf eine Lockerung oder Aufhebung des Kontrahierungszwangs ist das Rating in Kantonen mit vielen Helsana-Versicherten ein ernst zu nehmendes Druckmittel gegenüber der Ärzteschaft. Hier liegt jedoch auch der Schwachpunkt der Methode: Die Helsana benutzt ihre Position als grösste Krankenversicherung, um den Ärzten ihre Rating-Methode aufzuzwingen. Dies ist ihr gutes Recht, trägt aber nicht zu einer Verbesserung des Klimas zwischen Ärzteschaft und Versicherern bei.

2.3.8 Methode der mittleren Abweichung (MA)

Die Methode der mittleren Abweichung sieht vor, dass neben dem arithmetischen Mittelwert die Standardabweichung (Streuung der Werte) mit in die Beurteilung einbezogen wird. Eine grosse Streuung um den Mittelwert weist auf ein heterogenes Leistungsspektrum innerhalb der Vergleichsgruppe hin. Die Streuung ist ein Mass für die Homogenität bzw. für die Heterogenität der Vergleichsgruppe.

Reichweite

Die MA wird in der Schweiz derzeit nicht angewendet.

Beurteilung

Mathematisch betrachtet, liefert die MA im Vergleich zum Arithmetischen Mittelwertvergleich mehr Informationen. Gemäss Eugster (2003, S. 319) erweist sich die MA „in jedem Fall als geeignetes Beweisinstrument für die statistische Wirtschaftlichkeitskontrolle.“

2.3.9 Methode des Perzentilensystems (PS)

In Kürze

Die Methode des Perzentilensystems basiert auf der Häufigkeitsverteilung der durchschnittlichen Fallkosten. Das System der Perzentile des Fallkostendurchschnitts knüpft bei der Tatsache an, dass der Durchschnittskostenvergleich anhand des arithmetischen Mittels die Häufigkeitsverteilung der Durchschnittswerte nicht berücksichtigt (Eugster, 2003, S. 323). Das Perzentilensystem wird vom EVG nicht anerkannt.

Geschichte

Die Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich und der Zürcher Verband der Krankenkassen einigten sich 1977, eine neue Methode der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu entwickeln, die die Häufigkeitsverteilung der Falldurchschnitte ebenfalls berücksichtigt. Zu diesem Zweck wurde von Dr. med. Niklaus Hasler die Methode des Perzentilensystems entwickelt. Da die Methode vom EVG nicht anerkannt ist, wurde sie – obwohl im Kanton Zürich immer noch vertraglich gültig – ‚stillschweigend‘ aufgehoben und durch den Arithmetischen Mittelwertvergleich ersetzt. Es kommt vor, dass ein Arzt in einem Verfahren verlangt, die Wirtschaftlichkeit auch anhand der Methode des Perzentilensystems zu berechnen. (Expertengespräch mit Geser, santésuisse, 7.1.2004)

Systembeschreibung

Grundidee des Perzentilensystems ist die Annahme, dass aufgrund der linksschweren Verteilung²¹ der Durchschnittskosten, die Kosten eines einzelnen Arztes besser durch die Werte Modus²² und Median²³ charakterisiert werden als durch den arithmetischen Mittelwert. Die Häufigkeitsverteilung wird durch das Einführen von Perzentilen standardisiert²⁴.

In der Zürcher Prüfpraxis umfasst das Perzentilensystem zwei Bausteine: Die Häufigkeitsverteilung der Falldurchschnitte aller Ärzte der Vergleichsgruppe (Fallkostenperzentile) und das zulasten der sozialen Krankenversicherung abgerechnete ärztliche Bruttoeinkommen (Umsatzperzentile). Massstab für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit ist der Mittelwert zwischen der Perzentile des Fallkostendurchschnitts und der Perzentile des Bruttoeinkommens (Perzentilenmittel). Als Grenze für die Annahme der Vermutung der unwirtschaftlichen Behandlungsweise wurde ein Perzentilenmittel von 80% festgelegt. Später wurde das Gewicht von der Umsatzperzentile auf das Verhältnis von 1:2 reduziert (Eugster 2003, S. 325 zit. nach Reck 1993, S. 1082).

Da der Umsatz nichts über die Wirtschaftlichkeit aussagt, hat das EVG die Verwendung der Umsatzperzentile als Mittel zum Beweis der Wirtschaftlichkeit oder Unwirtschaftlichkeit ärztlicher Behandlung nicht zugelassen²⁵. Ebenso schliessen auch tiefe Umsätze eine Überarz tung nicht aus²⁶.

²¹ *Linksschwer* bedeutet, dass die meisten Rechnungen im unteren Verteilungsbereich liegen (links auf einer horizontalen Skala).

²² Modus: Wert, der unter den Beobachtungen am häufigsten vorkommt.

²³ Median: Wert, für welchen 50% der Beobachtungen kleiner bzw. grösser sind.

²⁴ Liegen die durchschnittlichen Fallkosten eines Arztes bei der 67%-Perzentile, so heisst dies, dass 33% der in die Untersuchung einbezogenen Ärzte höhere Fallkosten aufweisen.

²⁵ „Der Bruttoumsatz und damit die Umsatzperzentile haben bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungen... ausser acht zu bleiben.“ (Eugster, 2003, zit nach EVG K 69/91 12.1.1993 E.4b (RKUV 1993 K 908 37), nicht publ. E. 4b).

²⁶ Für weitere Nachteile des Perzentilensystems: siehe Eugster (2003, 326).

Reichweite

Das EVG hat die Beweiseignung der Fallkostenperzentile kategorisch abgelehnt. Es lässt als Beweismittel einzig den Arithmetischen Mittelwertvergleich zu²⁷. Im Kanton Zürich wird das Perzentilensystem nur noch auf Verlangen der Ärzte eingesetzt.

Beurteilung

Die Fallkostenperzentile allein ist kein taugliches Mittel zum Beweis der unwirtschaftlichen Behandlung. Bemerkenswert an der Methode ist, dass sie gemeinsam von den Versicherern und der Ärzteschaft und unter ärztlicher Leitung entwickelt wurde. Wahrscheinlich hat dies bei den Zürcher Ärzten die Akzeptanz gegenüber Wirtschaftlichkeitsprüfungen erhöht, wir haben hierzu jedoch keine konkreten Hinweise gefunden.

2.3.10 Andere Statistiken

Visana-Statistik (ehemals KKB-Statistik)

Die Visana erstellt für die bei ihr abgerechneten Leistungen eine Behandlungsfallstatistik, die im Unterschied zur santésuisse-Statistik zusätzlich zu den Mittelwerten der Kosten pro Leistungserbringer auch die Mittelwerte von Leistungssparten erfasst, differenziert nach Häufigkeits- und Kostenkomponenten und Alter der Patienten wie auch der Ärzte. Die damalige KKB hat aufgrund ihrer Auswertungen *Positivlisten* erstellt, in die 78% der praktizierenden Berner Ärztinnen und Ärzte aufgenommen wurden. Prof. Schmid war an der Entwicklung der Visana Statistik massgeblich beteiligt (Eugster, 2003, S. 223 f; Schmid, 1987).

Reichweite

Geringe Reichweite. Die Visana-Statistik enthält nur Daten der Berner Ärzte.

Beurteilung

Der Vorteil dieser Statistik liegt darin, dass nicht nur die Durchschnittswerte und Indexzahlen vom Gesamttotal der Kosten, sondern auch von den einzelnen Leistungssparten ausgewiesen werden können (Eugster, 2003, S. 224).

Statistik der Ärztekasse

1964 gründeten Schweizer Ärzte die Ärztekasse als standeseigene Genossenschaft mit dem Ziel, den Ärztinnen und Ärzten mit eigener Praxis die Möglichkeit zu geben, die Administration auszulagern und zu professionalisieren. Die über die Ärztekasse ausgestellten Honorar-

rechnungen werden statistisch ausgewertet, sie dienen v.a. der Selbstkontrolle ihrer Ärzte. Jede erbrachte Leistung wird einer Kostenart zugeteilt. Für die wichtigsten Leistungsgruppen werden die Mittelwerte und der Modus mittels der lognormalen Verteilung ermittelt.

Ob sich die Statistik der Ärztekasse für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit eignet, ist nicht bekannt. Sie kann jedoch in Wirtschaftlichkeitsverfahren bei mangelnder Beweislage für ärztliche Einwendungen vom Richter zur Einsicht verlangt werden (Eugster, 2003, S. 224 f).

Trust-Center

Im Hinblick auf die Einführung von TARMED auf den 1.1.2004 wurden auf Initiative der FMH und der Firma NewIndex (konzeptuelle Leitung der Trust-Centers) von den kantonalen Ärztesellschaften schweizweit 11 *Trust-Centers* gegründet. Grundmotivation ist der Wille zur Datenparität bzw. das Misstrauen gegenüber den Versicherungsstatistiken: „Wir werden nicht an unseren Taten, sondern an unseren Daten gemessen.“ (Baumann, 2000, zit. nach Rembs)

Die Trust-Centers sammeln die Abrechnungsdaten der angeschlossenen Ärzte und werten die Daten anonymisiert aus. Jeder Arzt ist aufgefordert, (freiwillig) seine Abrechnungsdaten dem regionalen Trust-Center zu übermitteln, er kann entscheiden, ob seine Daten in eine nationale und/oder Facharzt-Datenbank einfließen (www.trustx.ch; www.newindex.ch; Expertengespräch mit Schelling, TrustX, 8.1.2004).

Zielsetzung

- frühzeitiges Erkennen des Kostenverlaufes unter TARMED
- Datenparität gegenüber Versicherern und Kanton
- eigener Datenherr sein
- Verbesserung der Datengrundlagen für allfällige Wirtschaftlichkeitsverfahren (newindex 02)
- betriebswirtschaftliches Controlling-Instrument

Über die statistischen Verfahren der Datenauswertung wurden keine detaillierten Angaben gefunden. Der Praxisspiegel für die einzelnen Ärzte enthält Angaben zu (www.trustx.ch):

- Patientenkollektiv (Verteilung und Umsatz nach Alter und Geschlecht)
- Ärztliche Leistung
- Medikamente
- Kostenneutralität
- Wirtschaftlichkeit

²⁷ „Selon la jurisprudence (RAMA 1986 No K 654 pp. 4-5 consid. 4c) seule la moyenne arithmétique doit être prise en considération lors de la comparaison statistique du coût des traitement“ (Eugster 2003, zit. nach BGE 119 V 448).

Beurteilung

Der Datenpool der Trust-Center ist einerseits vollständiger als jener von santésuisse, weil in den Trust-Centers *alle* Honorarrechnungen ihrer Ärzte erfasst werden, während bei santésuisse nur die von den Versicherten eingereichten Honorarrechnungen berücksichtigt werden (können)²⁸. Wenn der Datensatz der Trust-Centers mehr tiefe Rechnungen enthält als jener von santésuisse, hat dies zur Folge, dass die Durchschnittskosten der Trust-Center-Daten tiefer ausfallen als jene von santésuisse.

Die Freiwilligkeit der Teilnahme schränkt die Glaubwürdigkeit der Trust-Center-Daten ein²⁹: Wenn sich die teuren Ärzte gegen eine Teilnahme entscheiden, was durchaus denkbar ist, würde dies – im Vergleich zu den Daten von santésuisse – die Tendenz zu tiefen Fallkosten bestärken. Dies ist nicht im Interesse der Ärzteschaft.

Inwieweit diese neue Datenbasis für Wirtschaftlichkeitsberechnungen verwendbar ist, wird die Zukunft zeigen. Ab 2006, wenn der elektronische Datenaustausch mit den Versicherern obligatorisch wird, wird ersichtlich, wie viele Ärzte sich tatsächlich bei den Trust-Centers anmelden und ob die Daten für die schweizerische Ärzteschaft repräsentativ sind.

Aufgrund der bisherigen Praxis kann nicht damit gerechnet werden, dass freiwillig Einsicht in die Trust-Center-Daten gewährt wird, sodass bei Wirtschaftlichkeitsverfahren der Einbezug der ärzteigenen Daten möglicherweise erst auf gerichtlichem Weg geklärt werden muss.

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass Zahlen der Trust-Centers und von santésuisse innerhalb eines tolerierbaren Streubereiches liegen werden (Expertengespräch mit D'Angelo, santésuisse, 7.1.2004).

2.4 Wirtschaftlichkeitskontrolle innerhalb von Managed Care-Organisationen

Managed Care-Organisationen haben innerhalb der Gesundheitsversorgung neue Strukturen implementiert und andere finanzielle Anreize gesetzt. Das Ziel ist es, eine qualitativ hoch stehende, jedoch kostengünstige(-re) Medizin anzubieten. Dass dies möglich ist, zeigen zahlreiche Auswertungen (Lehmann, 2003).

Die zwei klassischen Managed Care-Modelle sind das Hausarzt-Netz und die HMO-Zentren (Health Maintenance Organization). Gegen eine Prämienermässigung zwischen 8% - 20% wird bei beiden Modellen die freie Arztwahl eingeschränkt. Die Versicherten verpflichten sich, immer zuerst den Hausarzt oder das HMO-Zentrum aufzusuchen. Dort wird entschieden, ob eine Weiterweisung an einen Spezialisten oder ein Spital notwendig ist (Gatekeeping).

²⁸ Manchmal gehen die Rechnungen vergessen oder verloren und bei Jahreskosten unterhalb der Franchise schicken die Versicherten die Rechnungen nicht immer an die Versicherung.

²⁹ Bis Januar 2004 haben schweizweit rund 5'000 Ärzte einen Vertrag mit einem Trust-Center abgeschlossen, dies sind knapp 30% aller freipraktizierenden Ärzte. Das Ziel für Ende 2004 liegt bei 7'500 beteiligten Ärzten. (Expertengespräch mit Schelling, TrustX Management AG, 8.1.2004; www.trustx.ch; www.newindex.ch).

HMO-Gruppenpraxen sind für die gesamte medizinische Versorgung ihrer Versicherten wie auch für die extern verursachten Kosten verantwortlich. Für jeden Versicherten erhält die HMO einen jährlichen Betrag (Capitation). Mit der Gesamtsumme müssen die Versorgung der Versicherten (ambulant, stationär, Diagnostik, spez. Therapien) wie auch die Infrastrukturkosten der Praxis finanziert werden³⁰. Die von der HMO angestellten Ärzte erhalten einen festen Monatslohn, mit oder ohne Risikobeteiligung. Dadurch verändert sich die Anreizsituation grundsätzlich. Die Leistungserbringer sind nicht mehr wie unter dem Einzelleistungstarif daran interessiert, möglichst viele Leistungen abzurechnen, sondern sie werden dazu motiviert, durch einen effizienten Mitteleinsatz den bestmöglichen Output anzustreben (Huber et al., 2002). Die Neuausrichtung der Anreize birgt die Gefahr von Qualitätseinbußen. Aus diesem Grund ist ein konsequentes Qualitätsmanagement insbesondere in den Managed Care-Modellen Pflicht.

Die Umkehrung der Anreizstruktur in Systemen mit Capitation und Risikobeteiligung wird von Gesundheitsökonomern begrüßt, da es als innovativ und im Bezug auf das Verhältnis von Kosten und Qualität als effizienter als das traditionelle System erachtet wird. Vor den Nachteilen wird aber ebenfalls gewarnt (Breyer und Zweifel, 1999, S. 271; Lehmann, 2003, S. 33 ff; Lauterbach et al, 1997, S. 18, 317).

Die einzelnen Managed Care-Leistungserbringer werden von *santésuisse* nicht erfasst. Die HMO's führen jedoch eigene Wirtschaftlichkeitsanalysen durch, die Ärzte, die einem Hausarztnetz angeschlossen sind, erhalten von den Versicherungen detaillierte Zahlen zu den Behandlungskosten ihrer Patienten, inklusive der gesamten veranlassten Kosten. Dies ist möglich, weil dank des Gatekeeping *alle* Kosten der Versicherten klar einem Primärarzt zugeordnet werden können.

Abgesehen vom Gatekeeping, funktionieren die meisten Hausarzt-Modelle gleich wie das traditionelle Modell, d.h. Honorierung nach Einzelleistungstarif (fee for service).

Die folgende Darstellung der Wirtschaftlichkeitsanalyse von Ärztinnen und Ärzten eines Hausarztnetzes entspricht jener der SanaCare (Bassi & Preiswek, 2003).

Zielsetzung

Die Jahresauswertung der SanaCare

- dient der Ermittlung des Systemergebnisses und dem Vergleich von Hausarztmodellen mit dem traditionellen System,
- liefert die Datenbasis für das Management: Kontrollinstrument,
- dient der Informationsvermittlung, indem ein übersichtliches Gesamtbild der angefallenen Kosten gezeigt wird,
- dient der Gesprächsförderung zwischen Hausarztnetz und SanaCare.

³⁰ Für *Hochkostenfälle* existiert eine Rückversicherung.

Systembeschreibung

Die SanaCare führt für ihre Ärzte der Hausarztmodelle drei Quartalsauswertungen und eine Jahresauswertung durch. Sie betont, dass es sich dabei nicht um ein Ärzterating handelt. Die Ärztin, der Arzt soll, im Sinn einer Entscheidungshilfe, einen Überblick über die entstandenen Kosten ihrer/seiner Patientinnen und Patienten erhalten. Die Information beschränkt sich auf ökonomische Daten.

Die Auswertung gliedert sich in:

- Eckdaten
- Abrechnung
- Persönliche Auswertungen für den einzelnen Arzt

Eckdaten

Angaben zu:

- Kostensteigerung des Ärztenetzes vs. kantonale Kostensteigerungen
- Durchschnittliche Systemkosten pmpm (per member per month)
- Kostenverteilung OKP (Hausärzte, andere Ärzte im Netz, weitere Leistungserbringer ausserhalb des Hausarztnetzes)
- Kostenverteilung pro Leistungsart (Spitalbehandlung stationär, ambulante ärztliche Behandlung in Praxis, Medikamente)
- Kostenverteilung ausserhalb des Hausarztnetzes (Leistungsträgergruppen mit den grössten Kosten)
- Verteilung der Hausarztversicherten auf die Versicherer
- Allgemeine Kennzahlen (Anzahl Hausärzte, Anzahl Versicherte, Frauenanteil, Durchschnittsalter +/- Standardabweichung, Anteil der Versicherten mit mindestens einer abgerechneten Leistung)
- Systemkosten (unkorrigierte Leistungen, korrigiert für Grossrisiko, Strukturkorrektur, Abzug nicht gutgeheissener Kosten, Zuschlag für Bestandeszunahme bei Neueintritten)

Abrechnung

Angaben zu:

- Systemkosten- und Aufwendungen, Kostensteigerung in %
- Bestimmung des Kostenziels (hat ein Netz schon tiefe Kosten, wird dies berücksichtigt)
- Berechnung des Systemergebnisses (die Hälfte eines positiven Ergebnisses wird dem Ärztenetz gutgeschrieben)
- Berechnung der Risikobeteiligung, meist auf einen Maximalbetrag beschränkt, zz. noch kaum angewendet, da die Netze noch zu wenig etabliert sind
- Tabelle der Grossrisiken (in der Auswertung werden Grossrisiken pro Jahr nur mit maximal CHF 20'000 pro Versichertem erfasst)

Persönliche Auswertungen für den einzelnen Arzt

- Altersverteilung in den Versichertenkollektiven (Arzt, Netz, Kanton)
- Tabelle mit Aufteilung nach Kostengruppen (Arzt, Netz)
- Aufteilung der Gesamtkosten nach 11 Leistungsarten (Benchmarking: Arzt, Netzdurchschnitt, alle Netzärzte anonymisiert)
- Alterseinfluss auf Durchschnittskosten, Diagramm Durchschnittsalter und Kosten pmpm aller Netzärzte (Behandlung in eigener Praxis, Behandlung in fremder Praxis, Spitalbehandlung ambulant, Spitalbehandlung stationär, Medikamente, übrige Leistungsarten, Totalkosten)
- Entwicklung (Bestand der Versicherten, Anteil Frauen, Durchschnittsalter, Verlauf der durchschnittlichen Bruttokosten der Ärztin, des Netzes, kantonale und nach Leistungsarten)

Neben der Jahresauswertung erhalten die Netzärzte von der SanaCare drei Quartalsauswertungen. Auch hier werden sämtliche Leistungen pro Patient erfasst. Die Darstellung erfolgt aufgeschlüsselt in Informationen zu Altersdurchschnitt und Frauenanteil (Arzt und Netz) sowie zu den Durchschnittskosten (Ärztin und Netz).

Das Benchmarking der SanaCare ist ausdrücklich nicht repressiv. Es geht vielmehr um das Aufzeigen der Kennwerte, mit dem Ziel der Selbstregulation der Leistungserbringer.

Bei Managed Care-Ansätzen, insbesondere bei solchen mit Capitation, sind die finanziellen Anreize für die Leistungserbringer so gesetzt, dass sie mit den Interessen der Kostenträger übereinstimmen. Zudem – und das darf nicht unterschätzt werden – kann ein Benchmarking ein neues, ev. sogar kompetitives Interesse für eine wirtschaftlichere Behandlungsweise wecken. Dies bestätigen auch Untersuchungen aus den USA: Beste Ergebnisse werden mit einem regelmässigen ‚Physician profiling-System‘ erzielt, das neben den ökonomischen auch Qualitätsindikatoren beinhaltet (Taylor, 2000; Manning, 2002; Nickerson, 1999).

Wintimed, ein Hausärztenetz mit Capitation, schneidet in den Qualitätszirkeln neben rein qualitätsbezogenen Fragen auch immer wieder ökonomische Themen an³¹. Dabei geht es nicht darum, einzelne Ärzte zu kritisieren, sondern das Bewusstsein für ökonomische Belange generell zu fördern. Auch macht es keinen Sinn, die Grundversorger zu stark zu massregeln: Sie verursachen ca. 20% der Gesamtkosten, während die veranlassten Kosten 80% betragen (Bassi & Preiswerk, 2003, S. 15³²; Expertengespräch mit Marti, Wintimed, 15.12.2003; Wintimed, 2004).

Ausschlüsse aus Managed Care-Organisationen aus wirtschaftlichen Gründen sind uns keine bekannt (eigene Recherchen von Gerber).

³¹ Wintimed arbeitet mit der SanaCare zusammen. Alle Wintimed-Ärzte erhalten die oben beschriebenen Quartalsauswertungen und die Jahresauswertung. Gemäss Marti werden zudem alle Rechnungen über CHF 500.- von ihm selbst kontrolliert.

³² Auch wenn es sich bei der publizierten Jahresauswertung um fiktive Zahlen handelt die keinem konkreten Hausarztnetz zugeordnet werden können, bewegen sich die Angaben trotzdem in einem realistischen Bereich.

Morbiditätsindikatoren

Organisationen wie SanaCare, Helsana oder thurcare arbeiten an Projekten, die das Ziel haben, die Analysen nicht nur anhand von Kostendaten, sondern auch auf der Basis von Diagnose- oder Morbiditätsindikatoren durchzuführen. Führend ist in diesem Bereich die thurcare AG, die hierzu den *Thurgauer Morbiditätsindikator* (TMI) entwickelt hat. Der TMI enthält sieben chronische Morbiditätsgrade (0 - 6). Aufgrund der Berechnungen des Dachverbandes der Managed Care Thurgau erklärt der TMI die zu erwartenden Kosten besser als die Faktoren Alter und Geschlecht (Korrelationen: 0.52***³³ vs., 0.32*** und 0.09³⁴) (Buff et al. 2002, S. 2834). Der TMI erfasst keine spezifischen Diagnosen, sondern weist den Patienten einen der sieben Morbiditätsgrade zu (vgl. Tabelle 4) (Buff et al. 2002, S. 2830ff).

Tabelle 4: Die sieben Morbiditätsgrade des TMI (Quelle: Buff et al. 2002, S. 2833)

Chronisches Grading X	Beschreibung	Risiko-faktoren	Anzahl leichte bis mittelschwere chronische Krankheiten	Anzahl schwere chronische Krankheiten
0	Gesund	0	0	0
1	Präklinisch	ja	0	0
2	chronisch leicht a	--	1-2	0
3	chronisch leicht b	--	3 und mehr	0
4	chronisch schwer a	--	0-2	1
5	chronisch schwer b	--	3 und mehr	1
6	Polymorbid	--	--	2 und mehr

Reichweite

Die Verbreitung von Managed Care-Modellen ist zz. noch gering. Knapp 10% aller Versicherten sind in einer HMO oder einem Hausarztnetz (BSV, 2003, S. 155).

Beurteilung

HMO- und Hausarztmodelle sind überdurchschnittlich kostenbewusst und innovativ (Lehmann, 2003, S. 160 ff), sie behandeln ihre Patienten kostengünstiger als Ärztinnen und Ärzte des traditionellen Systems (Lehmann 2003). Die Umkehrung der Anreizstruktur in Systemen mit Capitation und Risikobeteiligung macht Sinn. Auch die Hausarzt-Modelle mit dem System des Gatekeeping können Kosten senken. Dabei zeigen die regelmässigen Kostenauswertungen eine

³³ ***: das Ergebnis ist statistisch hochsignifikant.

³⁴ Keine Angaben zur Signifikanz.

nicht zu unterschätzende Wirkung. Wichtig ist dabei die Kontrolle durch die *Peers*: Von den Versicherern lässt sich kein Arzt gern kontrollieren, gegenüber den Fachkollegen möchte man aber nicht gerne derjenige sein, der die Kosten nicht im Griff hat.

Wird bei den Kosten gespart, stellt sich die Frage nach der Qualität³⁵. Die Befürchtung, dass Kostensenkungen durch Abstriche bei der Behandlungsqualität erreicht werden, ist nicht unbegründet. Die Behandlungspraxis in der Schweiz zeigt aber ein anderes Bild „Es gilt weder noch: guter Arzt = billiger Arzt; billiger Arzt = schlechter Arzt; schlechter Arzt = teurer Arzt; teurer Arzt = guter Arzt“ (Manser, 2003).

Die Managed Care-Organisationen sind heute die einzigen Leistungserbringer mit voller Kostentransparenz. Nicht nur die direkten Kosten, sondern *alle* Kosten werden erfasst und in die Analysen einbezogen.

Zu bemängeln ist aber, dass auch in diesen Modellen die Kosten unabhängig von der Qualität betrachtet werden. Es wird zwar eine Alters- und Geschlechtskorrektur durchgeführt, und mit der Grossrisikokorrektur wird auch der Morbiditätsgrad – jedoch auf eine sehr grobe Weise – berücksichtigt.

Aus ökonomischer Sicht ist die Förderung von Anreizen und Strukturen zu begrüßen. Die Bildung von HMO's wurde schon im Nationalen Forschungsprogramm Nr. 8 *Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit im Schweizerischen Gesundheitswesen* (Sommer & Gutzwiller, 1986) gefordert. Aufgrund der heutigen Erkenntnisse zur Wirtschaftlichkeit wie zur medizinischen Qualität kann die Förderung von Managed Care-Modellen klar unterstützt werden.

³⁵ Die Qualitätssicherungsmethoden von Managed Care-Organisationen werden in Kapitel 4 dargestellt.

2.5 Tabellarische Zusammenfassung

Verwendete Kostenvariablen von santésuisse, Helsana, Schmid und SanaCare.

Tabelle 5: Kostenvariablen

	Mittelwertvergleich von santésuisse*	Helsana Ärzt rating	Methode Schmid	SanaCare
<i>Patientenmix</i>				
Diagnose / Morbidityindikator	--	--	--	--
Durchschnittsalter der Patienten	--	ja	--	ja
Geschlecht der Patienten	--	ja	--	ja
<i>Direkte Kosten</i>				
Anzahl Patienten	ja	ja	ja	ja
Anzahl Konsultationen	ja	ja	ja	ja
Zeitfaktor (*nach TARMED)	(*)	(*)	ja	(*)
Anzahl Hausbesuche	ja	ja	ja	ja
Laboranalysen intern	--	ja	ja	ja
Bildgebende Verfahren	--	ja	ja	ja
Therapien intern (Physio, andere)	--	ja	ja	ja
Medikamente: Selbstdispensation	ja	ja	ja	ja
Psychiatrische Leistungen	--	--	ja	ja
<i>Veranlasste Kosten</i>				
Überweisungen ambulant	--	z.T.	--	ja
Überweisungen stationär	--	z.T.	--	ja
Rezeptierte Medikamente	ja	ja	ja	ja
Physiotherapie extern	ja	ja	ja	ja
Andere Therapien	--	ja	--	ja
Laboruntersuchungen extern	ja	ja	ja	ja
Bildgebende Verfahren	--	ja	ja	ja
<i>Praxisbesonderheiten</i>				
Notfalldienste	--	ja	nein	nein
Urbanität	--	ja	--	(ja) ³⁶

* Gemäss Eugster, 2003, S. 213

³⁶ Die Urbanität wird indirekt über die Spezialistendichte berücksichtigt.

Tabelle 6: Die Methoden im Überblick

	Mögliche Reichweite (Schweiz)	Validität	Aufwand	Akzeptanz bei der Ärzteschaft
Einzelfallprüfungen	gering (gering)	hoch	gross	unbekannt
Arithmetischer Mittelwertvergleich	gross (gross)	tief	gering*	tief
Perzentilenverfahren	gross (gering)	sehr tief	gering*	mittel
Methode der mittleren Abweichung	gross (gering)	tief +	gering*	tief
Vergleichsanalyse nach Prof. Schmid	gross (gering)	mittel	mittel*	mittel
Managed Care-Modelle	gross (gering)	mittel	gering*	hoch
Helsana Ärzterating	gross (mittel)	mittel +	mittel	tief
Visana-Statistik	gross (mittel)	tief	mittel	tief
Trust-Center (ab 1.1.2004)	gross (gross)	tief	gering**	hoch

* Voraussetzung: Bestehen einer Datenbank im Umfang des Datenpools von santésuisse

** der gegenwärtig stattfindende Aufbau der Datenbanken ist sehr aufwändig

Zusammenfassend lässt sich das Wirtschaftlichkeitsgebot für niedergelassene Ärzte dahingehend konkretisieren, dass diese

- gemäss Art. 56 Abs. 1 KVG bei jeder einzelnen Behandlung die diagnostischen und therapeutischen Massnahmen auf das durch den Behandlungszweck erforderliche Mass beschränken,
- ihre durchschnittlichen Behandlungskosten im Rahmen jener von vergleichbaren Ärzten halten,
- in den gesetzlich vorgeschriebenen Fällen die vorgängige Zustimmung der Versicherer einholen,
- den Versicherungen die zur Wirtschaftlichkeitsprüfung notwendigen Daten zur Verfügung stellen,
- die Limitationen der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) beachten müssen.

2.6 Wirtschaftlichkeitsprüfung in Deutschland und Österreich

Gemäss Schürer (2001, S. 97) bestehen in Deutschland und Österreich mit der Prüfung der Wirtschaftlichkeit in der ärztlichen Praxis grundsätzlich die gleichen Probleme wie in der Schweiz. Ebenso wird deren Lösung ähnlich angegangen wie in der Schweiz.

Anders als in der Schweiz regelt das Gesetz in Deutschland die anzuwendenden Kontrollmethoden. Gemäss Kötter (2001, S. 208) sind in Deutschland die Prüfung nach Durchschnittswerten oder die Einzelfallprüfung im Gesetz geregelt (§ 106 Abs. 2 Ziff. 1 SGB V) oder werden von den kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen vereinbart (§ 106 Abs. 3 S. 1 SGB V). Die Wahl der Methode ist frei. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist die Einzelfallprüfung nicht anzuwenden, wenn sie mit unverhältnismässigen Schwierigkeiten und Aufwendungen verbunden ist³⁷.

Strenge Einzelfallprüfung (SE)

Wie auch in der Schweiz wird die strenge Einzelfallprüfung wegen des grossen Aufwandes selten gewählt. Die Prüfungsgremien müssen bei der strengen Einzelfallprüfung feststellen, ob die einzelnen Leistungen im Hinblick auf den zu erzielenden Heilerfolg wirtschaftlich gewesen sind. Die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit jeder einzelnen abgerechneten Leistung wird auf der Basis der Abrechnungsgrundlagen der betroffenen Leistungserbringer, aber auch des objektiven Gesundheitszustandes ihrer Patienten untersucht (Kötter, 2001, S. 212).

Repräsentative Einzelfallprüfung mit Hochrechnung (REH)

Die REH kann als Prüfmethode eingesetzt werden, wenn weder die Anwendung der SE noch des Durchschnittskostenvergleichs (DKV) möglich ist. Die Methode wird in Deutschland (und in Österreich) gelegentlich eingesetzt. Ergibt die Prüfung eine Überarztung, kann das Mass der Überarztung auf die Gesamtheit der Behandlungsfälle bzw. Honorarrechnungen der Beurteilungsperiode hochgerechnet werden (Schürer, 2001, S. 79).

Bei der repräsentativen Einzelfallprüfung gilt es als ausreichend, wenn 20% der Fälle eines Quartals und zugleich mindestens 100 Behandlungsfälle einer Prüfung anhand der Behandlungsunterlagen und Angaben unterzogen werden. Durch Hochrechnung kann dann von den Ergebnissen der repräsentativen Einzelfallprüfung auf das gesamte Abrechnungsquartal geschlossen werden. Wegen der hohen Unsicherheit dieser Prüfmethode ist allerdings bei der Feststellung des unwirtschaftlichen Mehraufwandes ein Sicherheitsabschlag von 25% vorzunehmen (Kötter, 2001, S. 212).

³⁷ BSGE 70, 246 (253).

Methode der statistischen Vergleichsanalyse

Gemäss Filler & Hermanns (2002, S. 51ff) sind u.a. folgende Grössen Gegenstand der Prüfung nach Durchschnittswerten:

- abgerechnete Leistungen
- Besuche
- Sonderleistungen
- Phys.-med. Leistungen
- Gesamthonorar
- Arzneimittelverordnung mit Verbandmitteln
- Sprechstundenbedarf
- Heilmittel- und Hilfsmittelverordnung

Das Schwergewicht liegt im Bereich der Honorar- und Arzneimittelprüfung. Die anderen Bereiche spielen derzeit und zukünftig v.a. wegen des fehlenden oder unvollständigen Datenmaterials kaum eine Rolle.

Laut Filler & Hermanns (2002, S. 53) wird die Prüfung der Indikationsqualität, der Effektivität, der Qualität oder der Angemessenheit einer Leistung in absehbarer Zeit v.a. auch wegen fehlender objektiver Kriterien nicht zur Anwendung gelangen.

Auch in Österreich verpflichtet das Krankenversicherungsrecht die Ärzte auf das Wirtschaftlichkeitsgebot. Wie in der Schweiz, sagt aber auch in Österreich das Gesetz nicht, mit welchen Methoden die Wirtschaftlichkeit ärztlicher Behandlungen zu kontrollieren ist. Gemäss eines Urteils des Verfassungsgerichtshofs, darf eine Überarztung nicht allein anhand eines statistischen Vergleichs angenommen werden. Nach dem gleichen Urteil ist es jedoch zulässig, die Wirtschaftlichkeit der Behandlung anhand einer repräsentativen Einzelfallprüfung mit Hochrechnung zu beurteilen³⁸ (Schürer, 2001, S. 98).

³⁸ Weiterführender Literaturhinweis: Binder, S. und F. Schweinberger (1993, 558-563).

3 Bemessung der Qualität in der ärztlichen Praxis

Die Begriffe *Qualitätssicherung* und *Qualitätsmanagement* sind in der Medizin verhältnismässig jung. Dies ist einerseits darauf zurückzuführen, dass es das übliche historische Selbstverständnis der Ärzteschaft noch heute nur ungern zulässt, die Arbeitsqualität zu hinterfragen oder diese gar Regulativen zu unterstellen. Die hohen fachlichen und ethischen Dimensionen sowie das Ansehen dieses Berufes machten seit je den kritischen Blick von aussen überflüssig bis inakzeptabel. Hier wurden lange Zeit im besten Fall forensische Kriterien toleriert. Mit den diversen Gesundheitsreformen, die vor allem in den industrialisierten Ländern um die Jahrhundertwende durchgeführt wurden, ist die dominante Rolle der Ärzteschaft aufgebrochen worden, eine neue Kunden- und Qualitätsorientierung hat sich zunehmend etabliert (Güntert, 1998).

Die Begriffsinhalte zu *Qualitätsmanagement* haben zwei Hauptstossrichtungen. Zum einen geht es um Massnahmen zur Qualitätsförderung, d.h. ohne eigentliche Bemessung oder ein Rating. Mit diesem Fokus hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1990 begonnen, Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu postulieren, zu planen und zu implementieren. Die Blickrichtung solcher Programme ist einerseits die Risikosenkung für die Patientenschaft, andererseits aber auch eine Nivellierung der medizinischen Standards der unterschiedlichsten Völkergruppen auf vertretbare Mindestanforderungen. Ziel solcher Programme, die auch ausserhalb der WHO immer zahlreicher initiiert wurden, ist auch heute noch in erster Linie die Inangsetzung von permanenten Prozessen zur Qualitätsverbesserung, die Inhalte umfassen Disease Management, Case Management, Guidelines, Patient Empowerment etc. Andererseits kennt die USA mit ihrer sehr speziellen Struktur der Gesundheitsversorgung schon länger eigentliche Beurteilungs- und Bemessungssysteme, da die Unternehmungen zwischen verschiedenen Anbietern der medizinischen Versorgung respektive von Versicherungsprodukten zu wählen haben. Insbesondere Organisationen des Managed Care oder der Health Maintenance (HMO, IPA etc.) werden seit je solchen Bewertungen unterzogen, teils gleichzeitig nach mehreren verschiedenen Indikatorensets.

Das Interesse richtet sich zunächst auf folgende Fragen:

- Was ist das Wesen, die Bedeutung, die Zielsetzung des medizinischen Qualitätsmanagements?
- Welches sind die gesetzlichen Grundlagen dazu?
- Wie lässt sich *medizinische Qualität* definieren?
- Wieweit ist die medizinische Qualität als solche messbar?

3.1 Welche Bedeutung hat das medizinische Qualitätsmanagement?

In den letzten rund zehn bis fünfzehn Jahren sind zunehmend auch aus der Patientenschaft Postulate laut geworden, die auf eine wirksame Qualitätssicherung, eine höhere Transparenz der Qualitätsvoraussetzungen der Praxen und auch auf eine Mitentscheidung in der Definition der Qualitätsindikatoren zielen. Solche Ansätze und Programme haben zunehmend an Bedeutung gewonnen (Güntert, 2000). Trotzdem empfinden 75% der Deutschen einer repräsentativen Befragung der Bertelsmann-Stiftung zufolge die „zu unterschiedliche Qualität der Ärzte und ärztlichen Einrichtungen“ als das grösste Problem des Gesundheitswesens, noch vor den Kosten. Gute Ansätze zur Miteinbindung der Patientenschaft in Qualitätsförderungsprojekte gibt es v.a. in den Niederlanden, einer der wichtigsten Exponenten ist Richard Grol et al. (2002, S. 704-707). In der Schweiz ist in der EQUAM-Stiftung (siehe Absatz 3.4.2) eine Mitentscheidung der Patientenschaft sowohl im Stiftungsrat wie in derjenigen Fachgruppe, welche die Qualitätsstandards erarbeitet, verankert. Zudem ist ein Musskriterium des EQUAM-Sets die periodische Durchführung einer Patientenbefragung nach SwissPEP (siehe Absatz 3.4.1). In Deutschland ist im AOK-Projekt *Qualitätsindikatoren für Arztnetze* (siehe Absatz 3.5.4) ebenso ein Miteinbezug der Patienten respektive Versicherten geplant.

Im Zusammenhang mit den allorts überproportional steigenden Gesundheitskosten haben in den westlichen Ländern nun zunehmend Kosten-Nutzen-Überlegungen in die medizinische Versorgung Eingang gefunden. Während die Kosten mehr oder weniger zuverlässig ermittelt werden können, stösst eine Nutzenbemessung auf grösste Schwierigkeiten. Sie setzt voraus, dass die Wirksamkeit einer medizinischen Verrichtung a) definiert, b) transparent nachgewiesen und c) ausreichend quantifiziert werden kann. Dem ist aber nur sehr beschränkt so.

Die Erfahrungen aus dem Diskurs um medizinische Qualität und Qualitätskontrolle in den letzten Jahren haben gezeigt, dass es nur schwer möglich ist, die damit zusammenhängenden Begriffe mit Inhalt zu füllen und auf eine gemeinsame Diskussionsebene zwischen Ärzten und Krankenversicherern zu gelangen. Noch komplexer wird es, wenn zudem die Erwartungen und Bedürfnisse der Patienten in den Diskussionsprozess eingebracht werden wollen. Die drei Blickwinkel sind so grundsätzlich verschieden, dass es wohl kaum gelingen wird, einen Konsens über Perspektiven und klare Regeln zur Qualitätsbeurteilung zu finden.

Heute setzt sich zudem immer mehr die Ansicht durch, dass die Anreize für alle drei erwähnten Akteure fundamental falsch gesetzt sind und dass ohne grundlegende Neudefinition der Anreizstrukturen nichts bewegt werden kann – weder bei den Kosten noch beim Nutzen. Die Qualitätsdiskussion ist zunächst immer mehr auch zu einer Kostendiskussion geworden und ist gegenwärtig im Begriff, sich zur Diskussion um Anreizstrukturen zu wandeln.

Vor diesem Hintergrund erstaunt es wenig, dass in den vergangenen Jahren aus den Reihen des Managed Care und insbesondere der Capitation-Modelle wiederholt Initiativen entwickelt worden sind, sich professionell der Frage der Wirksamkeit (medizinisch wie ökonomisch) medizinischer Massnahmen anzunehmen. Die meisten der heute gebräuchlichen oder projek-

tierten Systeme zur Qualitätsbemessung, wie EQUAM, SwissPEP, SIPA, QMN u.a., sind von Pionieren des Managed Care initiiert worden. Es kommt hinzu, dass gerade bei Versorgungsmodellen mit ärztlicher Budgetverantwortung der Vorwurf entkräftet werden wollte und musste, die nachgewiesenen Einsparungen würden auf Kosten der medizinischen Qualität erzielt. Dass dies nicht der Fall ist, wird heute kaum mehr bestritten (Eisenring, 2003, S. 23).

3.2 Gesetzliche Grundlagen

In der Botschaft des Bundesrates über die Revision der Krankenversicherung vom 6.11.1991 bezieht sich die medizinische Qualität sowohl auf die Behandlungsergebnisse als auch auf die Angemessenheit der Leistung und die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten. Die Leistungen sollten demgemäss in Qualitätsprogrammen überprüft werden. Diese Botschaft fand Eingang in die Diskussion um das neue Krankenversicherungsgesetz (KVG), das 1996 in Kraft trat.

In Art. 58 des KVG ist seither eine gesetzliche Verpflichtung zur Qualitätssicherung verankert. Diese Bestimmung kann auch als Ergänzung zu den Bestimmungen über die Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung angesehen werden: Notwendige Leistungen sollen allen Versicherten gewährleistet werden; überflüssige, unverhältnismässige oder von nicht dafür qualifizierten Personen erbrachte Leistungen sollen nicht mehr vergütet werden. Normen, Standards oder konkrete Vorgehensweisen werden allerdings nicht vorgegeben. Das KVG hat nicht ein vom Staat verordnetes Kontrollsystem schaffen wollen.

Die Verordnung zum KVG (Art. 77 KVV) verpflichtet die Leistungserbringer oder deren Verbände

- Konzepte und Programme über Qualitätsanforderungen und zur Qualitätsförderung ihrer Leistungen zu erarbeiten,
- mit den Versicherern entsprechende Vereinbarungen zu treffen,
- und diese in die Tarifverträge aufzunehmen.

Der Art. 77 der KVV verpflichtete die Vertragspartner, bereits auf den 1.1.1998 Qualitätssicherungsverträge abzuschliessen. Im Bericht des BSV vom Oktober 1999 kommen die Verfasser zum Schluss, „dass die Leistungserbringer die Ausarbeitung von Qualitätskonzepten und -programmen initiiert haben, dass formal und inhaltlich die Umsetzung jedoch noch weit von den in Art. 77 KVV definierten Anforderungen entfernt ist“. Meistens fehlen die geforderten Qualitätskonzepte und -programme, die zwingend Basis für die Vertragsverhandlungen sein müssten (BSV, 1999).

Eine weitere, aktuellere Bestandaufnahme über die Umsetzung von Art. 77 ist zwar durch das BSV geplant, doch wird zur Zeit „die Patientensicherheit als zentrales Element der Qualitätssicherung“ in den Vordergrund gestellt. Die dazu eingesetzte Expertengruppe hat im April

2001 einen Bericht mit Massnahmenvorschlägen erarbeitet (Experteninterview, e-Mail-Antwort von Manfred Langenegger, BSV Fachstelle Qualitätsmanagement, 21.8.03).

Vor rund zwei Jahren haben die Postulate aus dem KVG/KVV und damit die Diskussion rund um das medizinische Qualitätsmanagement eine neue Dimension erhalten. Diese Neuorientierung steht im Zusammenhang mit der immer häufigeren Infragestellung des Kontrahierungszwangs. Während KVG und KVV vorzugsweise auf Massnahmen und Prozesse zur Qualitätsförderung und -sicherung fokussieren, stehen nun zusätzlich auch Fragen der Qualitätsbemessung im Vordergrund. Die Problemstellung lautet gegenwärtig ganz direkt: Nach welchen Kriterien soll nach einem allfälligen Fall des Vertragszwangs über Erhalt oder Ablehnung eines Vertrags entschieden werden? Eine gewisse Einigkeit herrscht heute lediglich darüber, dass in dieser Situation neben ökonomischen auch qualitative Standards gesetzt werden müssten. Keine Einigkeit herrscht darüber, ob und wie weit die gesuchten Kriterien wirkungsvoll differenzieren und selektionieren sollen. Es ist gegenwärtig jedoch offen, ob es kürzer- bis mittelfristig zum Fall oder zu einer substantiellen Relativierung des Vertragszwangs kommen wird. Trotzdem sind die Indikatoren- und Kriteriensets bereits heute zu erarbeiten und auf ihre Tauglichkeit zu prüfen.

3.3 Qualität in der ambulanten Praxis – ein theoretischer Exkurs

3.3.1 Definitionen

Ausgehend von den USA und Japan ist das Qualitätsmanagement in der Industrie zu einem ausdifferenzierten, systematisch betriebenen Verfahren geworden, das Effektivität und Effizienz der Produktion optimiert, Wettbewerbsvorteile verschafft sowie Vertrauen und Zufriedenheit der Kunden sichert. Mit Begriffen wie *Kontinuierliche Qualitätsverbesserung* oder *Total Quality Management* werden nicht nur die Endprodukte der Fertigung, sondern sämtliche Rahmenbedingungen und Phasen des Produktionsablaufes kritisch überwacht und auch externen Kontrollen unterzogen.

Einrichtungen des Gesundheitswesens oder auch einzelne ärztliche Verrichtungen können aber nicht mit diesen rigiden Systemen beurteilt werden. Die besondere Art und Sensibilität der Patienten-Arzt-Beziehung bringen es mit sich, dass hier die Prozesse häufig individuell oder gar spontan verlaufen, meist weder vorhersehbar noch reproduzierbar. Anders als in der Industrie, deren Qualitätssicherung überwiegend an ökonomischen (heute auch ökologischen) Kriterien orientiert ist, müssen in der Medizin moralische, ethische, psychologische und soziale Dimensionen mitbedacht werden. Patientinnen und Patienten sind – anders als die Kunden in der Warenwelt – in den Prozess der medizinischen Leistungserbringung aktiv und passiv miteinbezogen, und sie müssen bei der Herstellung von Prozess- und Ergebnisqualität mitwirken. Das bedeutet für ärztliche Praxen, dass hier trotz der Verfügbarkeit perfekter Qualitätsmanagementsysteme wohl nie eine standardisierte Sicherung von Prozess- und Ergebnisqualität möglich sein wird.

Vor diesem Hintergrund sind unzählige, meist völlig untaugliche Definitionsversuche unternommen worden, die mal ganz auf den Patienten fokussieren („Qualität ist das, was die Patientenschaft als solche definiert“) bis zu ganz von extern diktierten Ansätzen („Qualität ist das, was die Lehrmeinung als solche definiert“). Am differenziertesten und heute gebräuchlichsten ist folgende Definition der US Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organisations:

„Medizinische Qualität ist der unter Anwendung des derzeitigen Wissens vom medizinischen Versorgungssystem erreichte Grad der Wahrscheinlichkeit, für den Patienten erwünschte Therapieresultate zu erzeugen und unerwünschte Behandlungsergebnisse zu vermeiden“.

Daraus stellen sich folgende Fragen:

- Ist das, was erreicht worden ist, gut genug?
- Welche Ziele sollen gesetzt werden?
- Mit welchen Mitteln sollen diese Ziele erreicht werden?
- Welche Prioritäten sollen gesetzt werden?
- Welche und wessen Massstäbe sollen angelegt werden?
- Wer entscheidet, was machbar und finanzierbar ist?

3.3.2 Kategorien der Qualität nach Donabedian

Breit akzeptiert ist der Vorschlag von A. Donabedian (1980), einem Begründer des modernen Qualitätsverständnisses in der Medizin.

Er bewertet die Qualität nach den Dimensionen Struktur, Prozess und Ergebnis: Die politischen und ökonomischen Faktoren, unter denen die ärztlichen Verrichtungen stattfinden, bestimmen die *Strukturqualität*. Diese beinhaltet die personelle und technische Ausstattung der Praxis, die Rahmenbedingungen der medizinischen Aus- und Weiterbildung, Genauigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation in der Krankengeschichte etc. Die Analyse der Strukturqualität allein kann im besten Fall eine Richtgrösse für die Qualitätsbeurteilung darstellen oder grobe Mängel aufzeigen.

Zur *Prozessqualität* zählt der grosse Komplex der Handlungen und Interaktionen, die sich zwischen Arzt, Patient und Praxisteam abspielen. Dazu gehören Gesprächsführung, Anamneseerhebung, Untersuchung, Medikamentenverordnung, Notfallorganisation etc. Der Prozess der Behandlung wird bestimmt durch die Persönlichkeit, das Wissen und die Einstellungen von Arzt und Patient sowie durch äussere Bedingungen (z.B. Zeit), Wertvorstellungen und ethische Aspekte.

Die *Ergebnisqualität* (outcome) beschreibt Veränderungen des gegenwärtigen oder zukünftigen Gesundheitszustandes des Patienten, die durch die medizinische Versorgung verursacht sind. Dabei kann der Begriff des Gesundheitszustandes auch Bereiche wie Zufriedenheit,

subjektive Befindlichkeit, Selbstkontrolle, Risikovermeidung etc. beinhalten (Bahrs et al., 2001).

Donabedians Ansatz, der stark die individuelle Nutzerperspektive betont, ist in den letzten Jahren um eine Definition der Versorgungsqualität für eine gegebene Population ergänzt worden. Campbell, Roland und Buetow postulieren eine Erweiterung der Qualitätskategorien um die Dimensionen *Gerechtigkeit* (erhält jeder die benötigte Behandlung?) und *Effizienz* (ist der Kosten-Nutzen-Effekt günstig?). Die Autoren wenden sich ab von der bisher in der Medizin üblichen Sichtweise eines Maximalnutzens für wenige und fragen, wie die Ressourcen für die versorgte Gesamtpopulation gesteuert werden kann, dass möglichst viele Patienten eine nachhaltige Versorgung mit den relevanten Behandlungsverfahren erhalten (Campbell et al., 1999).

3.3.3 Ist ärztliche Qualität messbar?

Im Gegensatz zur Qualitätsbemessung von industriellen Produkten und Herstellungsprozessen ist diese – wie schon die Definitionsfrage gezeigt hat – in der medizinischen Versorgung vieldimensional, unexakt sowie je nach Blickwinkel und zeitlich variabel. Doch wie in der Warenwelt ist es evident, dass das *Ergebnis* die gesuchte Qualität am genauesten beschreibt respektive abbildet. Dies ist auch der Grund, weshalb in den Kritiken an den verschiedenen Bemessungssystemen der ambulanten Medizin immer wieder moniert wird, die Outcome-Messung komme zu kurz, die Systeme seien vorwiegend auf Struktur- und Prozessqualität ausgelegt.

Die Erfahrung mit den drei Qualitätskategorien nach Donabedian zeigt, dass es bei den Outcome-Kriterien nur wenige geeignete und praktikable gibt. Am besten eignen sich subjektive Empfindungen und Befindlichkeiten seitens der Patienten. Diese Meinung wird auch von J. Szecsenyi und M. Pine geteilt (Experteninterview mit Szecsenyi am Qualitätsseminar der Bayerischen Landesärztekammer, 30./31.08.2003, München; Pine, 2001, S. 556ff). Die bekannteren Bemessungssysteme sind deshalb alle leicht bis stärker strukturlastig. Im Indikatorenset der AOK (siehe Abschnitt 3.5.4) integriert J. Szecsenyi nun neuerdings einige wenige auf Diagnosen oder Diagnosegruppen bezogene Outcome-Indikatoren, die prospektiv erhoben werden. Die Praktikabilität muss sich noch weisen. Auch EQUAM plant ähnliche Schritte.

Alle untersuchten Qualitätsbemessungssysteme integrieren eine Patientenbefragung in ihr Assessment. Dies ist auch der Grund, weshalb hier in der Beschreibung der gebräuchlichen Methoden drei ausgewählt wurden, die zwar die medizinische Qualität per se nicht abbilden, jedoch als Patientenbefragungen durchaus ihre Bedeutung haben.

Kaum ein Autor beharrt darauf, dass *medizinische Qualität* im eigentlichen Sinn messbar ist. Insbesondere Experten mit eigener Praxiserfahrung betonen die Multidimensionalität und damit mangelnde Praktikabilität einer eigentlichen Quantifizierung der Güte ärztlichen Handelns. Wenn – wie dargelegt – das Outcome die Qualität naturgemäss am besten abbildet,

andererseits aber in der ambulanten Medizin nur beschränkt schlüssig beurteilbar ist (siehe wieder: Pine, 2001, S. 556ff), so erweist es sich erfahrungsgemäss, dass die Qualitätsbemessung sozusagen eine Extrapolationsbetrachtung ist: Ein Assessment prüft diejenigen Kriterien, die einer Beurteilung oder gar Bemessung zugänglich sind (also vorzugsweise Struktur- und Prozessindikatoren), und schliesst aus der Erfüllung dieser Qualitätspostulate auf die Gesamtheit der ärztlichen Qualität respektive leitet daraus die Wahrscheinlichkeit ab, wie „gut“ die Praxis ihre Patienten versorgt. Dieses Extrapolationssystem setzt natürlich voraus, dass die Kriterien, bei aller Unvollständigkeit und Unvollkommenheit, möglichst zentrale und massgebliche Komponenten einer fiktiven Qualität beinhalten. Einzelne Autoren weisen mit Nachdruck darauf hin, dass auf diesem Weg „das gemessen wird, was gemessen werden kann, aber nicht das, was die Qualität letztlich ausmacht“. So läuft nach L.P. Casalino von der Stanford Coastside Medical Clinic ein Assessment die Gefahr, dass die Qualitätsbemessung in der Medizin auch völlig unbeabsichtigte, auch negative Konsequenzen auf die Versorgungsqualität haben kann. Dies ist dann der Fall, wenn der Arzt seinen Fokus schwergewichtig auf die Erfüllung der Qualitätserfordernisse legt und damit wesentliche Dimensionen seines ärztlichen Handelns, die sich nicht durch Standards abbilden lassen, vernachlässigt. Diese Gefahr ist akzentuiert in den USA, wo Organisationen und Unternehmungen die Gesundheitsversorgung aufgrund ihrer Bemessungssysteme „einkaufen“ (Lawrence et al., 1999, S. 1147-1150). Eine halbquantitative Qualitätsbeurteilung oder ein Rating muss sich bei der Systemplanung und der Erarbeitung der Kriterienets dieser Gefahr bewusst sein. Insbesondere muss die praktizierende Ärzteschaft schon von Beginn an in die System- und Kriterienentwicklung miteinbezogen werden, weil sonst – wie erwähnt – gemessen wird, was gemessen werden kann, und nicht das, was die ärztliche Qualität *ausmacht*.

3.3.4 Begriffsklärung: Guidelines, Indikatoren, Standards, Kriterien

In den diversen Systemen wie auch in der Literatur herrscht eine sehr uneinheitliche Handhabung der Parameter zur qualitativen Bewertung einer ärztlichen Verrichtung. Manche Autoren unterscheiden nicht zwischen den Begriffen *Kriterien*, *Standards* und *Indikatoren*. Im Hinblick auf den Beschrieb von insgesamt 13 Bemessungssystemen, soll diesbezüglich eine gewisse Ordnung geschaffen werden.

Der wohl strukturierteste und etablierteste Ansatz stammt von M. Marshall vom National Primary Care Research and Development Centre der Universität Manchester (Marshall et al., 2002). Seine Systematik wird von einer zunehmenden Zahl von Autoren übernommen. So basieren auch die Methodiken einiger hier zur Darstellung kommenden Bemessungssysteme auf diesen Definitionen (so *SIPA*, *EPA*, *SwissPEP*, *AOK*, *EQUAM*).

Marshall unterscheidet folgende Parameter:

Guidelines sind als klinische Handlungsanweisungen formulierte Empfehlungen für den ärztlichen Alltag, die je nach Entstehungsprozess einen unterschiedlichen Evidenzgrad (von

einfachen Meinungsäusserungen bis zu Studien nach den Prinzipien der Evidence based Medicine) aufweisen können.

Indikatoren sind (messbare) Grössen, die eine Aussagekraft über die Qualität der Versorgung in einem ausgewählten Bereich besitzen. Sie dienen als Hilfsmittel, um die Komplexität und nicht direkt abbildbare Realität auf leicht und wiederholt messbare Grössen zu reduzieren. Sie ermöglichen eine fragmentierte und praxisvergleichende Betrachtung der medizinischen Qualität. Die bekanntesten Indikatorensets sind diejenigen von *HEDIS* (vgl. Abschnitt 3.5.2) und *AOK* (vgl. Abschnitt 3.5.4).

Standards setzen die „Messlatten“ ausgewählter, geeigneter Indikatoren im Hinblick auf *minimal standards*, ein Rating oder eine Zertifizierung. Häufig wird der Begriff *Kriterien* synonym angewandt.

Klassisch ist die Erklärung anhand des Blutdruck-Managements: Die *Leitlinie* postuliert, dass im Fall der Messung eines erhöhten Blutdrucks der Patient wieder einbestellt werden soll. Der entsprechende *Indikator* stellt diejenige Fraktion der Patienten fest, für die nach Feststellung eines Bluthochdrucks (über 160/90 mm Hg) innerhalb von drei Monaten eine erneute Messung erfolgt ist. Der Indikator *zeigt die Qualität an*, leistet aber keine Beurteilung über das Qualitätsniveau. Und der *Standard* verlangt, dass 90 Prozent der Praxispatienten mit hohem Blutdruck innerhalb von drei Monaten erneut einer Messung unterzogen werden. Dieser Standard kann z.B. für eine Zertifizierung zu einem *Muss-Kriterium* erhoben werden.

Von dieser Systematik weicht von den bekannteren Methoden eigentlich nur *AGPAL* in seinem *Guide Toward Accreditation* ab (vgl. Abschnitt 3.5.3). Hier wird unterschieden zwischen *Standard* (alle Patienten erhalten rechtzeitig die notwendige Versorgung), untergeordnete *Kriterien* (z.B. die Praxis hat ein Triage-System zur dringenden Versorgung von Notfallpatienten) und schliesslich die den einzelnen Kriterien zugeordneten *Indikatoren* (1. das Team wurde für diese Triage ausgebildet; 2. die Praxismitarbeitenden können dringliche Notfälle, die sofortiger medizinischer Hilfe bedürfen, nennen; 3. die Praxis hat eine geschriebene Policy für den Umgang mit Notfällen).

Die Terminologie dieses Projektberichts basiert auf der Systematik von Marshall (ausser Kapitel *AGPAL*).

3.4 Schweiz: Systeme und Methoden zur Qualitätsbemessung

Im Folgenden werden wir die Referenzsysteme, die in der Schweiz praktiziert oder – teilweise – noch in der Projektphase stehen, in Zielsetzung, Systemaufbau, Bedeutung und Eignung für ein Qualitätsmonitoring darstellen. Es gibt viele, oft ganz partikuläre Ansätze, doch nur wenige etablierte Systeme. Nur eines ist von der Schweizerischen Akkreditierungsstelle als Zertifizierer akkreditiert worden. Die Auswahl richtete sich nach den Kriterien *Etabliertheit des Systems, Validierung der Indikatoren, Selektivität, Praktikabilität und Entwicklungs-*

fähigkeit. Mangels wissenschaftlicher Standards zur Beurteilung von Qualitätsbemessungssystemen erfolgt eine vorzugsweise qualitative Beurteilung der betrachteten Methoden anhand der gleichen Kriterien.

Bemerkenswert ist in der Schweiz die zunehmende Tendenz, dass sich die bedeutenderen Systeme mit unterschiedlicher Zielsetzung nicht konkurrenzieren, sondern zu klareren Rollenzuweisungen und neuerdings auch Kooperationen finden. Keine Erwähnung finden in dieser Bestandesaufnahme Instrumentarien der Fachgesellschaften, die sich diagnosebezogen und guidelinegestützt mit den sehr fachspezifischen Fragen der Qualitätssicherung beschäftigen.

3.4.1 SwissPEP / Quali Doc – Schweizerisches Programm zur Evaluation der medizinischen Praxis

In Kürze

SwissPEP ist ein gut etabliertes System zur kontinuierlichen Qualitätsentwicklung mit Schwerpunkt in der Grundversorgung (Hausarztpraxen, Gruppenpraxen, Ärztenetze, HMO). Das Dienstleistungsangebot umfasst

- Praxisevaluation: Befragung der Patienten, Befragung des Praxisteam (Teil Quali Doc)
- prozessorientiertes Coaching der evaluierten Praxen auf Grund der Befragung mit dem Focus auf nachhaltige Interventionen und Verbesserungen

Mit Ausnahme der Befragungen nach Quali Doc handelt es sich nicht um ein eigentliches Bemessungs- oder Beurteilungssystem, sondern um eine pragmatische und international breit abgestützte Methode zur Qualitätsentwicklung.

Zielsetzung

Die Zielrichtung von SwissPEP / Quali Doc ist die Erfassung der ärztlichen Betreuungsqualität und darauf aufbauend die Induzierung von permanenten Lernprozessen. Damit sollen das Qualitätsbewusstsein, qualitätssichernde Massnahmen, die Eigenverantwortlichkeit sowie die Befindlichkeit der Partner in der ärztlichen Betreuung gefördert werden, dies nach dem Leitbild einer wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Grundversorgung.

Trägerschaft und Finanzierung

SwissPEP gehört zur Mehrheit (60%) der FMH und der SGAM (Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin) sowie zur Minderheit (40%) den beiden Hausärzten Dr. med. Beat Künzi und Dr. med. Walter Oswald, die als Initianten und Geschäftsführung dieses Unternehmens zeichnen. Die Evaluationen sowie die Prozessbegleitung werden von den evaluierten Teilnehmern finanziert.

Geschichte

SwissPEP – Institut für Qualität und Forschung im Gesundheitswesen, wurde 1999 gegründet. Die Basis für die Ausrichtung dieser Unternehmung liegt in der langjährigen aktiven Mitarbeit von B. Künzi bei *EQuip European Working Party and Quality in Family Practice* und in der Teilnahme an der EUROPEP Forschungsstudie 1994 – 1999.

Systembeschreibung

Die Initianten verstehen die Praxis als „lernende Organisation“. Kernanliegen sind Transparenz, Patientenbezogenheit, Kostenreduktion und Effizienzsteigerung. Das System ist modular aufgebaut. Sozusagen als Minimal- oder Einstiegsversion wird *Quali Doc 2001 Pur* angeboten, eine Patientenbefragung nach international validierten Indikatoren mit einer statistischen Auswertung, jedoch ohne Interpretation oder Begleitung der Verbesserungsprozesse.

Die Patientenbefragung Quali Doc basiert auf EUROPEP (Europäische Task Force on Patient Evaluation of General Practice), die ab 1994 als standardisiertes Instrument zur Evaluation von Grundversorgereinheiten entwickelt wurde und eine differenzierte Beurteilung der Patienten sowie von deren Prioritäten berücksichtigt. Über die Entwicklungsschritte Patienteprioritäten → Validierungsstudie → internationale Vergleichsstudie wurde in den darauf folgenden Jahren ein Beurteilungsinstrument geschaffen und in verschiedenen Ländern, u.a. in der Schweiz, geprüft und validiert. Ein Patientenfragebogen ermöglicht anhand von 23 Indikatoren eine Beurteilung der aus Patientensicht relevanten Bereiche hausärztlicher Betreuung. Eine Studie zeigt, dass Patienten mit hoher Zufriedenheit bessere Behandlungsergebnisse und einen günstigeren Krankheitsverlauf haben. Ergänzt wird die Patientenerhebung um Fragen zur Belastung des Praxisteam (BSV, 1999, S. 24 ff; Wensing et al., 2000; Künzi, 1999, S. 14f).

Wie erwähnt, liefert SwissPEP in dieser Minimalversion eine standardisierte statistische Auswertung der Erhebung. Höhere Versionen des SwissPEP-Angebots (*Quali Doc 2001 Standard und Quali Doc 2001 Plus*) beinhalten darüber hinaus einen Vergleich mit Benchmarks (90. Perzentile eines Vergleichskollektivs), ein Arbeitsbuch und einen Kursabend in Kleingruppen mit Besprechung und Interpretation der Resultate im Hinblick auf Verbesserungspotentiale bis zu Praxisbesuchen zur Verifizierung der Daten vor Ort mit einem individuellen, massgeschneiderten Coaching (Experteninterview mit Oswald & Künzi, beide SwissPEP, 24.7.03).

Reichweite und Stellenwert

Bisher wurden mit diesem Instrument über 280 Arztpraxen (Einzelpraxen, Netzwerke, Polikliniken, HMOs) aus allen Landesteilen evaluiert. Dazu wurden gegen 13'000 Patientenbefragungen ausgewertet. SwissPEP Quali Doc ist das in der Schweiz etablierteste System der Patientenerhebung und wird von der SGAM empfohlen. Auch EQUAM hat diese Befragung, ergänzt um einige spezifische Indikatoren für HMOs, in ihr Set von Qualitätsstandards aufgenommen (siehe Abschnitt 3.4.2).

Beurteilung

SwissPEP ist ein bewährtes und international abgestütztes System zur Qualitätsentwicklung und Qualitätsförderung, das auf eine Praxisevaluation und ein prozessorientiertes Coaching ausgerichtet ist. Die Patientenbefragung nach Quali Doc ist eine erweiterte und auf die Schweiz adaptierte Umsetzung der EUROPEP-Studie, der Daten aus bald 20 Ländern zu Vergleichszwecken verfügbar sind. Die Weiterentwicklung ist durch nationale und europäische Forschungsk Kooperationen gewährleistet (IMPROVE, EPA European Practice Assessment, siehe Abschnitt 3.5.1)

Die Praxisevaluation nach Quali Doc ist einfach und mit relativ geringem Aufwand durchführbar. Die Auswertung kann mit einem frei wählbaren Kollektiv verglichen werden. Gegen 70% der bisher teilnehmenden Ärzte empfehlen ihren Kollegen diese Evaluation.

SwissPEP Quali Doc ist kein Bemessungsinstrument für die ärztliche Qualität, das sich zur Differenzierung oder Selektionierung eignet. Wichtige Elemente dieses Instruments sind jedoch in andere Förderungs- oder in eigentliche Bemessungssysteme integriert worden. So hat sich etwa mit EQUAM eine Kooperation auf verschiedenen Ebenen entwickelt (siehe SIPA-Projekt, Abschnitt 3.4.3).

Kontakte / Adressen

SwissPEP – Institut für Qualität und Forschung im Gesundheitswesen
Dres. B. Künzi und W. Oswald
Mattenstrasse 9, Postfach, 3073 Gümligen
Tel. 031 951 69 69, info@swisspep.ch, www.swisspep.ch

3.4.2 EQUAM – Externe Qualitätskontrolle in der Medizin

In Kürze

EQUAM ist ein ausgereiftes, beim Bund akkreditiertes und zunehmend beachtetes System zur Qualitätsbeurteilung und Zertifizierung in der ambulanten Medizin. Als Initiative der Leitenden Ärzte von drei Managed Care-Organisationen hat sich der Fokus zunächst auf HMO-Praxen und Ärztenetzwerke gerichtet, doch wird zurzeit in Kooperation mit FMH und SwissPEP (vgl. Projekt SIPA, Abschnitt 3.4.3) intensiv an Indikatoren und Standards für konventionelle Einzelpraxen gearbeitet. Die rund 45 EQUAM-Qualitätsstandards, die aus dem HEDIS Indikatorensystem (vgl. Abschnitt 3.5.2) abgeleitet und unter Mitwirkung der Patientenschaft erarbeitet worden sind, gliedern sich in die Kategorien nach Donabedian (Struktur, Prozess, Ergebnis), wobei das Outcome in Form einer Patientenbefragung nach SwissPEP (vgl. Abschnitt 3.4.1) erhoben wird. Einzelne Standards sind im Hinblick auf die Zertifizierung als Muss-Kriterien formuliert, andere generieren je nach Erfüllungsgrad eine Punktzahl. Die Trägerschaft ist die unabhängige Stiftung EQUAM, eine Non-Profit-Institution, die sowohl im Stiftungsrat wie in den drei Fachgruppen *Standards*, *Zertifizierungen* und *Ombudsärzte* breit

abgestützt ist. Zurzeit sind insgesamt zehn HMO-Praxen und zwei Ärztenetze im Besitz des EQUAM-Qualitätszertifikates und unterziehen sich zweijährlich einem Audit.

Zielsetzung

Die oberste Zielsetzung der Stiftung wie des Zertifizierungssystems ist die regelmässige Bewertung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in den sich bewerbenden Praxen oder Netzwerken, um damit konsequente Qualitätsprozesse in Gang zu setzen und messbare Verbesserungen zu generieren. Mit diesem Ziel ist das Postulat zur weiterhin völligen Unabhängigkeit der Institution verbunden, ferner eine Breitenentwicklung des Labels EQUAM und die Ausdehnung der Instrumentarien auf Einzelpraxen. Die EQUAM-Standards differenzieren und diskriminieren, der Qualitätslevel für die Verleihung des Zertifikates wurde demgemäss bewusst relativ hoch angesetzt, ist jedoch keineswegs realitätsfremd. Im Zusammenhang mit der Diskussion um den Vertragszwang kann das EQUAM-System ein realistischer Lösungsansatz sein. Im Hinblick auf die Verbesserung der Transparenz für die Patientenschaft stehen geeignete und erprobte Instrumentarien zur Verfügung.

Trägerschaft und Finanzierung

Der EQUAM Stiftungsrat ist seit der Gründung 1999 kontinuierlich erweitert und damit immer breiter abgestützt worden. Heute hat er insgesamt zwölf Mitglieder, darunter Exponenten aus Ärzteschaft, BAG, santésuisse, Patientenorganisation, Patientenstelle, FMH, ferner zwei Juristen und einen Gesundheitsökonom. Der Ertrag, der um CHF 150'000 p.a. liegt, generiert sich zu rund 50 - 60 Prozent aus Zertifizierungseinnahmen und zum Rest aus Fund Raising. Im Weiteren arbeiten diverse Mitglieder des Stiftungsrates ehrenamtlich oder werden von ihren Instituten salarisiert.

Geschichte

Das Projekt EQUAM geht auf eine Initiative der drei Managed Care-Organisationen Sana-Care, MediX und Gesundheitsplan Basel zurück. 1998 wurde von deren Leitenden Ärzten die Vorstudie erstellt, im April 1999 erfolgte die Gründung der Stiftung. In drei Arbeitsgruppen wurden die noch heute aktiven Fachgruppen *Qualitätsstandards*, *Zertifizierungen* und *Ombudsärzte* aufgebaut.

Die Arbeitsgruppe *Qualitätsstandards* hat auf der inhaltlichen und strukturellen Basis des amerikanischen Indikatorensystems HEDIS 3.0 (vgl. Abschnitt 3.5.2) sowie aus den Qualitätskonzepten der Initianten 45 Qualitätsindikatoren erarbeitet und daraus das erste Set von HMO-Standards etabliert. Dieses initiale Set bildete die Grundlage für die ersten Zertifizierungsaudits sowie für die periodische Überarbeitung. Die neueste Version datiert vom 26.11.2003. Aus Exponenten der Hausarztsysteme ist im Frühjahr 2000 eine weitere Fachgruppe formiert worden, die sich mit den entsprechenden Qualitätsindikatoren beschäftigt hat. Ein erstes Kriterienset für Praxisnetze ist im September 2000 fertig gestellt worden. Auf Grund der

Erfahrungen mit den ersten Netz-Zertifizierungen wurde auch dieses Set bereits mehrmals überarbeitet respektive ergänzt. Auch hier datiert die letzte Version vom 26.11.2003.

Seit Anfang 2003 bildet EQUAM zusammen mit FMH und SwissPEP die Arbeitsgruppe SIPA (vgl. Abschnitt 3.4.3), die auf Basis der international validierten Indikatoren des European Practice Assessment (EPA, vgl. Kapitel 3.5.1) ein Indikatorenset für konventionelle Einzelpraxen erarbeitet hat. Zur Zeit der Berichtsabfassung wird ein Pilotversuch mit diesen Indikatoren in 30 Praxen ausgewertet. Die Entwicklung geht dahin, dass durch EQUAM daraus Qualitätsstandards für die Zertifizierung von Einzelpraxen abgeleitet werden.

Nach intensiver und kostspieliger Vorarbeit hat sich EQUAM selbst einer offiziellen Qualitätsprüfung unterzogen und ist im Januar 2003 durch die Schweizerische Akkreditierungsstelle (SAS) als Zertifizierungsstelle für Qualitätsmanagementsysteme in der ambulanten Medizin akkreditiert worden. Bereits ist der erste Wiederholungsaudit erfolgreich abgeschlossen worden.

Systembeschreibung

Das Rückgrat des EQUAM-Systems bilden die Sets von Qualitätsstandards für HMO-Zentren und für Ärztenetzwerke. Erstere bestehen aus rund 40 - 45 erprobten Standards, aufgeteilt nach Struktur-, Prozess- und Outcome-Qualität gemäss Donabedian (siehe Abschnitt 3.3.2). Die Erfüllung der Musskriterien sind eine *conditio sine qua non* für den Zertifikatserhalt. In den übrigen Standards können je nach Erfüllungsgrad Punkte generiert werden. Deren Summe muss eine minimale Punktzahl erreichen. Die Praxisnetz-Standards gliedern sich in solche, die das Netzwerk als Ganzes prüfen, sowie in Standards für die einzelnen Praxen des Netzes.

Ein unabhängiger und spezifisch erfahrener Arzt, der die Bedingungen der EQUAM für die Auditoren erfüllt und vom Stiftungsrat eingesetzt wird, prüft an einem gemeinsam festgelegten Tag zusammen mit dem Praxis- respektive Netzwerkleiter Standard für Standard. Ebenfalls gemeinsam werden auf der Basis der Prüfungsergebnisse die Zielsetzungen für den nächstfolgenden Audit festgelegt. Der Auditor beantragt dem Stiftungsrat respektive dessen Zertifizierungsausschuss auf Grund seiner Prüfung die Erteilung oder Verweigerung des EQUAM-Zertifikates.

Integrierter Bestandteil des EQUAM-Systems ist eine Patientenbefragung nach SwissPEP (vgl. Abschnitt 3.4.1). Der Prüfungsaudit wird alle zwei Jahre wiederholt, in den Zwischenjahren erfolgen die Patientenbefragung und die Nachprüfung besonders kritischer Indikatoren.

Eine weitere Besonderheit von EQUAM ist die *Ombudsärztestelle*. Die spezifischen Fragen und Probleme, die in Modellen des Managed Care auftreten, machten es wünschbar, einen eigenständigen und ebenfalls unabhängigen Ombudsarzt respektive eine Ombudsärztin einzusetzen. Das Vorhandensein dieser Institution ist eines der Qualitätsmerkmale der Stiftung EQUAM. Der Ombudsarzt steht schweizweit den Versicherten und Ärzten in Systemen des Managed Care bei Konflikten oder Uneinigkeiten in Fragen der medizinischen Versorgung zur

Verfügung. Er hat Empfehlungsbefugnisse, ist jedoch nicht mit Entscheidungskompetenzen ausgestattet. Zurzeit stehen zwei Ombudsärzte unter Vertrag.

Reichweite und Stellenwert

Das System EQUAM ist in der Verbreitung auch im vierten Jahr seiner Etablierung nach wie vor schwergewichtig auf die Modelle des Managed Care ausgerichtet und hier insbesondere auf die Zertifizierung von HMO-Zentren. Die Gründe dazu liegen in der Herkunft des Projekts (Initiative aus HMO-Kreisen), in der noch jungen Geschichte der medizinischen Qualitätssicherung ausserhalb des Managed Care und in der immer noch ablehnenden Haltung seitens eines Grossteils der Ärzteschaft gegenüber irgendwelchen Kontrollinstrumenten. Gewisse HMO-Anbieter erachten die Qualitätsansprüche der EQUAM-Standards auch als für ihre Modelle zu hoch. Heute sind zehn HMO-Praxen und zwei Ärztenetze zertifiziert und unterziehen sich zweijährlich einer Re-Zertifizierung. Der Durchbruch dieses bekannten und erprobten Instruments gelingt erst, wenn auch die konventionellen Einzelpraxen erreicht werden können. Die Kooperation FMH-EQUAM-SwissPEP im SIPA-Projekt (vgl. Abschnitt 3.4.3) und die damit verbundene Adaptierung der Standards an das international validierte EPA-System dürfte für eine eigentliche Breitenwirkung sorgen.

Beurteilung

EQUAM ist ein ausgereiftes, praktikables, seit Jahren bewährtes und stetig weiterentwickeltes Instrument zur Qualitätsförderung und -bemessung in der ambulanten Medizin. Es ist in der Schweiz das bekannteste und europaweit vorerst noch das einzige etablierte und funktionierende Gesamtsystem zur Zertifizierung ambulanter Praxen. EQUAM ist seit Januar 2003 beim Bundesamt für Metrologie und Akkreditierung als Zertifizierungsinstitut akkreditiert. Die zur Anwendung kommenden Indikatoren und Standards sind teils validiert, indem sie auf denjenigen des HEDIS-Sets (vgl. Abschnitt 3.5.2) und – neuerdings – auch auf denjenigen der SIPA-Initiative (vgl. Abschnitt 3.4.3) aufbauen. Die Patientenbefragung wird nach dem europäischen Standard EUROPEP/SwissPEP durchgeführt. Die Trägerschaft in Form der Stiftung EQUAM ist unabhängig, sehr breit abgestützt und unterzieht sich im Rahmen der Bundesakkreditierung selbst einer regelmässigen strengen Qualitätsprüfung. Nachteilig sind die noch einseitige Ausrichtung auf die Modelle des Managed Care und die zur Zeit noch vorhandene Struktur- und Prozesslastigkeit der Indikatoren. Bisweilen kritisch beurteilt wird die relativ hohe Qualitätsanforderung, die EQUAM auch schon das Prädikat „elitär“ eingetragen hat. Gewisse HMO-Anbieter haben sich vorwiegend aus diesem Grund bis heute nicht für dieses System entscheiden können. Insgesamt stellt EQUAM von den hier dargestellten und beurteilten Systemen dasjenige dar, das – nach einigen Weiterentwicklungsschritten – geeignet ist, eine differenzierende und selektionierende Qualitätsbewertung in der ambulanten Medizin zu ermöglichen.

Kontakte / Adressen

Felix Roth, lic. rer. pol., Geschäftsführer EQUAM-Stiftung, Postfach, 4002 Basel
office@equam.org, www.equam.org

3.4.3 SIPA – Schweizerische Initiative für Praxis-Assessment

In Kürze

Unter dem Namen EPA – European Practice Assessment läuft von 2001 – 2004 ein internationales Projekt mit Institutionen des Gesundheitswesens aus sechs Ländern, darunter der Schweiz. Das Ziel ist die Entwicklung eines Internationalen Sets von Indikatoren zur Qualitätsbeurteilung der *Strukturen* und der *Arbeitsorganisation* in der ärztlichen Grundversorgung (siehe EPA, Abschnitt 3.5.1).

SIPA ist gewissermassen der schweizerische Zweig dieses europäischen Systems und basiert auf den Indikatoren des EPA-Projekts. Das Kriterienset ist, was Strukturqualität und Arbeitsabläufe betrifft, demjenigen von EQUAM ähnlich, doch ergänzt EQUAM als akkreditierte Zertifizierungsstelle das SIPA-Set um einige wichtige Indikatoren aus der Prozessqualität. Teil des Assessments ist auch eine Patientenbefragung nach SwissPEP/Quali Doc (siehe Abschnitt 3.4.1). SIPA ist „work in progress“, per Mitte 2004 werden die Ergebnisse des Pilotversuchs mit rund 30 Praxen vorliegen.

Zielsetzung

Die Zielsetzung der Initiative ist die Ausarbeitung eines schweizerischen und international validierten Indikatoren-Sets zur Qualitätsbeurteilung von Strukturen und Abläufen in Hausarztpraxen. Das Projekt unterstützt damit den kontinuierlichen Qualitätsprozess in der ambulanten Gesundheitsversorgung. Darüber hinaus soll es als validiertes Instrument zur Dokumentation der Indikatoren dienen, dies im Sinne einer der Öffentlichkeit zugänglichen Ärztedatenbank (*Guide Santé*, siehe Abschnitt 3.4.7). Im Gegensatz zu EQUAM bezweckt SIPA nicht die Erteilung von Qualitätszertifikaten im Sinn einer selektionierenden Attestierung der Praxis- und Versorgungsqualität.

Trägerschaft und Finanzierung

Als schweizerischer Teil des europäischen Systems EPA ist SIPA ein Gemeinschaftsprojekt der FMH (siehe Abschnitt 3.4.9), der EQUAM (siehe Abschnitt 3.4.2) und der SwissPEP (siehe Abschnitt 3.4.1) und wird von diesen Organisationen insbesondere durch Zurverfügungstellung von Manpower getragen.

Geschichte

Basierend auf dem EPA-Projekt und in Koordination mit dessen Planung hat sich im Herbst 2002 aus Kreisen der FMH, EQUAM und SwissPEP das Projektteam SIPA formiert. Es besteht aus folgenden fünf Ärzten, die alle langjährige praktische Erfahrung in medizinischer Qualitätssicherung einbringen:

- Georg von Below (Qualitätsbeauftragter der FMH)
- Kurt Hess (EQUAM und SanaCare)
- Felix Huber (EQUAM und MediX)
- Beat Künzi (SwissPEP / Quali Doc)
- Florian Suter (EQUAM und Praxisnetz Frenkentaler)

Im Rahmen der zweiten Delphirunde sind die EPA-Indikatoren durch diese Arbeitsgruppe beurteilt, ergänzt und teils auf schweizerische Gegebenheiten adaptiert worden. Basierend auf diesem Set lief im August/September 2003 in fünf ausgewählten Praxen eine Durchführbarkeitsstudie, nach dieser Testung folgte mit dem Ziel der Validierung die Pilotstudie in 30 Arztpraxen (Experteninterview mit von Below, FMH, 28.07.2003).

Systembeschreibung

Zielsetzung, Indikatorenset und Projektablauf der SIPA sind auf das europäische EPA-Projekt (siehe Abschnitt 3.5.1) abgestimmt. Die EPA entwickelt seit 2001 ein validiertes Set von Qualitätsindikatoren, die sich auf die *Praxisstruktur* und die *Arbeitsabläufe* beziehen. Im Rahmen der Validierung sind bisher zwei Vernehmlassungen im Sinne von Delphirunden bei den sechs teilnehmenden Ländern durchgeführt worden.

Das EPA/SIPA-Instrument deckt folgende fünf Domänen ab:

- Infrastruktur der Praxis (allgemein und medizinisch)
- Personal (Zusammensetzung, Ausbildung, lernende Organisation)
- Informationsmanagement (Dokumentation, Austausch, Patienteneinbezug)
- Finanzmanagement (Planung, Monitoring, Verantwortlichkeit)
- Qualitätssystem und Risikomanagement (mit Patientenbefragung)

Für die Vortests sind durch das EPA-Projektteam folgende Fragebogen respektive Checklisten erstellt worden:

- Fragebogen für *ärztliche Leitung* (54 Indikatoren)
Beispiele: Praxiserreichbarkeit, Terminvergabe, Notfallorganisation, Fortbildung, Personalführung, Patienteneinbezug, Datenschutz, Finanzmanagement

- Fragebogen für die *Praxisärzte und -ärztinnen* (13 Indikatoren)
Beispiele: Arbeitsbelastung, Arbeitszufriedenheit (optional zusätzlich Maslach Burnout Inventory mit 22 Indikatoren)
- Fragebogen für übrige *Praxismitarbeitende* (21 Indikatoren)
Beispiele: Arbeitsbelastung, Arbeitszufriedenheit
- Fragebogen allgemeines *Praxisprofil* für die ärztliche Leitung (16 Indikatoren)
Beispiele: Art der Praxis, Mitarbeiterprofile, Weiterbildungsangebot
- *Checklist für die Praxisvisite* des Praxis-Besuchers (107 Indikatoren)
Beispiele: Praxiszugang, Ausrüstung, Notfallsets, Personalpolitik, Datenmanagement, Präventionsangebot, Qualitätsmanagement

Der Fragebogen für die Patienten nach EUROPEP/Quali Doc, der ebenfalls zum EPA/SIPA-Set gehört, wird für die Vortests nicht eingesetzt, da er bereits validiert ist.

Aus den Erfahrungen dieser Vortests wurde durch die Ländervertretungen und die EPA das Set für die Pilotstudie des Winters 2003/04 zusammengestellt.

Wie erwähnt, wird EQUAM als Zertifizierungsstelle aus dem EPA/SIPA-Set von zurzeit total 211 Indikatoren (ohne diejenigen der Patientenbefragung) eine beschränkte Auswahl von qualitätsrelevanten Indikatoren treffen. Die Auswahlentscheidung liegt beim Stiftungsrat. Eine Variierung der Auswahl von Jahr zu Jahr wird überlegt. Im Weiteren sind zum Zweck der EQUAM-Zertifizierung drei Domänen aus der Prozessqualität ergänzt worden: Mitarbeit in Qualitätszirkeln, Teilnahme an Programmen im Disease Management, Teilnahme an der Entwicklung von klinischen Leitlinien. Die Ergänzung um einige diagnosespezifische Outcome-Indikatoren wird zur Zeit geprüft.

Reichweite und Stellenwert

Die Reichweite dieses europäischen Instruments wird gross sein. Da es sich um validierte Indikatoren handelt, dürfte die Akzeptanz seitens der Akteure kein wesentliches Problem darstellen. So ist anzunehmen, dass das SIPA-Kriterienset die Basis für einen *Guide Santé* (siehe Abschnitt 3.4.7) bilden wird. Gegenwärtig scheinen die Exponenten des Projekts *Quali-med-net* (siehe Abschnitt 3.4.4) auch auf die SIPA-Indikatoren einschwenken zu wollen. Für den Sommer 2004 ist die Auswertung der Pilotstudie geplant. Bis zu einer eigentlichen Breitenwirkung werden jedoch noch mehrere Jahre vergehen.

Beurteilung

Das EPA/SIPA-Instrument wird, was die Qualitätsbeurteilung von *Praxisstrukturen* und *-abläufen* betrifft, wegen der internationalen Abstützung und der bereits fortgeschrittenen Validierung der Indikatoren voraussichtlich den europäischen Standard bilden. Bis dahin werden jedoch noch einige Jahre vergehen. Kritisch im Hinblick auf den Arbeitsaufwand der Evaluationen erscheint uns die Vielzahl der Kriterien. Für eine umfassendere Qualitätsbeur-

teilung der ambulanten Arztpraxen oder gar für eine Bemessung im Hinblick auf die Erteilung von Versichererverträgen eignet sich dieses System mindestens in der gegenwärtigen und kürzerfristig geplanten Ausgestaltung nicht. Dies ist aber auch nicht das Ziel dieses gross angelegten Projekts.

Kontakte / Adressen

Dr. med. Georg von Below, FMH, Verantwortlicher für die Qualitätssicherung, Leiter des SIPA-Vortests und der Pilotstudie

Dr. med. Beat Künzi, SwissPEP

Gerhard Kocher, Präsident der EQUAM-Stiftung

3.4.4 QMN – Quali-med-net

In Kürze

QMN – Quali-med-net ist ein Qualitätsentwicklungsprojekt für Einzelpraxen und Ärztenetze, das seit Anfang 2002 durch eine Arbeitsgruppe aus den Ärztenetzen argomed, thurcare, hawadoc und vhz/zmed durchgeführt wird. Das Projekt steht unter dem Patronat des Dachverbandes der Ärztenetzwerke *med-swiss.net* und befand sich bis Ende 2003 in der Konzept- und Vorprojektphase. Nachdem zunächst die Entwicklung eigener Qualitätsindikatoren vorgesehen war, wird nun für 2004 auf die Umsetzungsphase hin auf das SIPA-Indikatorenset (vgl. Abschnitt 3.4.3) gegriffen. Eine Mitarbeit in der SIPA-Projektgruppe mit FMH, EQUAM und SwissPEP ist vorgesehen. QMN zeichnet sich durch einen modulartigen Aufbau aus und versteht sich als prozess- und ergebnisorientiertes Modell zur Qualitätsentwicklung und –förderung in Netzwerken. Eine Zertifizierung ist nicht vorgesehen.

Zielsetzung

Mit dem Projekt QMN werden gemäss Projektplan vom Mai 2003 folgende Ziele verfolgt:

- Entwicklung eines Qualitätsmodells für Ärztenetzwerke von *med-swiss.net* zur Optimierung der Qualität für Netzärzte, Netzwerke, und deren Beziehung untereinander
- Einbringung in die politische Debatte vor dem Hintergrund der KVG-Revisionen und der „drohenden Aufhebung des Kontrahierungszwangs“
- Unterstützung von *med-swiss.net*-Ärztenetzen zur Qualifizierung für künftige Verträge
- Schaffung von Leistungstransparenz über Prozesse und Ergebnisse im Netzwerk
- Stärkung der Netzwerkbewegung unter dem Dach des *med-swiss.net*

Trägerschaft und Finanzierung

Das Projekt wird durch die erwähnten Ärztenetzwerke (argomed, thurcare, hawadoc, zmed), durch das Budget des *med-swiss.net* sowie durch Fund Raising (Versicherer, Pharma, FMH) getragen. Als Projektleiter amtiert Dr. med. Peter Christen von vhz/zmed.

Geschichte

Am 31.1.2002 konstituierte sich die Arbeitsgruppe Quali-med-net in einem Workshop zum Thema Netzwerkstandards und begann in der Folge mit der Erarbeitung eines Kriterienentwurfs, zunächst auf der Basis des wenig ehrgeizigen Quali-Z-Sets von zmed. Im Dezember 2002 wurde in einem weiteren Workshop das weitere Projektvorgehen für 2003 (Detailstudie) festgelegt. Im Sommer 2003 schwenkte die Projektgruppe auf das SIPA-Indikatorenset. Die künftige Mitarbeit in der SIPA-Projektgruppe von FMH, EQUAM und SwissPEP ist geplant, gegenwärtig nehmen einzelne Praxen von *med-swiss.net* an der SIPA-Pilotstudie teil.

Systembeschreibung

Durch den Entscheid, die SIPA-Indikatoren zu nutzen, fokussiert QMN auf die folgenden Domänen:

- Infrastruktur der Praxis (allgemein und medizinisch)
- Personal (Zusammensetzung, Ausbildung, lernende Organisation)
- Informationsmanagement (Dokumentation, Austausch, Patienteneinbezug)
- Finanzmanagement (Planung, Monitoring, Verantwortlichkeit)
- Qualitätssystem und Risikomanagement (mit Patientenbefragung)

Insgesamt besteht das von QMN genutzte SIPA-Set aus 211 Indikatoren, dies ohne diejenigen der SwissPEP-Patientenbefragung.

QMN versteht sich als „lernendes“ System, indem es eine neue Qualitätskultur etablieren möchte. Es geht primär um Schnittstellen-Optimierung in den Netzwerken sowie um eine Transparenz der Prozesse und Ergebnisse. Als Assessment steht zurzeit noch eine Selbstbeurteilung auf der EFQM-Basis (European Foundation of Quality Management) im Vordergrund, also einem Total Quality Management Ansatz aus der Wirtschaft, der letztlich dem bekannten Qualitätskreislauf entspricht (Ist-Analyse, Zieldefinition, Planung und Umsetzung von Veränderungen, Verlaufsbeobachtung anhand von Indikatoren, neue Ist-Analyse). Eine Zertifizierung ist nicht geplant, voraussichtlich wird hier die Kooperation mit EQUAM als Zertifizierer zum Tragen kommen.

Reichweite und Stellenwert

QMN ist noch nicht implementiert, zur Zeit laufen die Pilotversuche mit den SIPA-Indikatoren. Die Auswertung wird Mitte 2004 abgeschlossen sein. Durch die breite Abstützung seitens des Dachverbands *med-swiss.net* ist die Reichweite mindestens in der Projektphase gross.

Beurteilung

QMN – Quali-med-net ist ein noch junges, noch nicht etabliertes, gut strukturiertes und mit dem *med-swiss.net* breit abgestütztes Modell zur Optimierung der Qualität für Netzärzte, Netzwerke und deren Beziehungen untereinander. Es geht um prozess- und ergebnisorientierte Qualitätsentwicklung für Netzwerke im Sinne eines lernenden Systems. Ursprünglich haben die Initianten auf einen allfälligen Vertragswettbewerb und damit auf einen Vorteil der Netze von *med-swiss-net* gesetzt. Durch die Übernahme der recht ambitionösen SIPA-Indikatoren sind die Ziele breiter und umfassender geworden. Ein Netz-Zertifikat wird womöglich durch die Kooperation mit EQUAM geschaffen werden.

Kontakte / Adressen

Dr. med. Peter Christen, FMH für Allgemeinmedizin, Limmattalstrasse 177, 8049 Zürich,
Projektleiter
peterchristen@dplanet.ch

3.4.5 ARPAZ – Arbeitsgemeinschaft Patientenzufriedenheit, Vereinigung der Zürcher Internisten

In Kürze

ARPAZ ist ein Instrument zur Evaluation der Patientenzufriedenheit in der ambulanten Praxis. Die Fragen sind zusammen mit der Patientenschaft ausgewählt und gewichtet worden. Seine Anwendung beschränkt sich einstweilen auf einen kleineren Kreis von Zürcher Internisten. Die Indikatoren sind – im Gegensatz zu Quali Doc (siehe Abschnitt 3.4.1) nicht international validiert, doch validierten Systemen sehr ähnlich. Mit dieser Einschränkung eignet sich ARPAZ zur Integration in Bemessungssysteme der Praxisqualität.

Zielsetzung

Das Ziel ist die Evaluation der Patientenzufriedenheit sowie das Aufzeigen von entsprechenden Verbesserungspotentialen zur Förderung der Praxisqualität. Es soll der Patientenschaft zudem eine Bereitschaft zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit signalisiert werden. Insofern dient ARPAZ auch als Mittel zur Förderung der Mitverantwortlichkeit der Patientinnen und Patienten. Ferner kann dieses Instrument zum anonymen Vergleich mit Kollegen als Hinweis auf eigene Stärken und Schwächen dienen. Ein Rating und eine Benotung sind nicht beabsichtigt.

Trägerschaft und Finanzierung

Nach initialer Unterstützung durch Novartis wird ARPAZ heute durch die Vereinigung der Zürcher Internisten getragen. Die Vollkosten einer Evaluation mit 150 Fragebogen, deren Auswertung, dem Vergleich mit Kollegen und die Erstellung einer detaillierten Dokumentation betragen CHF 700. Für den teilnehmenden Arzt ist der Beitrag auf CHF 400 festgelegt worden. Die Differenz übernimmt die Vereinigung der Zürcher Internisten oder ein Sponsor.

Geschichte

Die Vereinigung der Zürcher Internisten hat 1994 in Zusammenarbeit mit dem Betriebswissenschaftlichen Institut der ETH Zürich die Entwicklung eines Systems zur Messung der Patientenzufriedenheit aufgenommen. Die Initiative geht auf die Herren Prof. Max Stäubli sowie Dr. med. Martin Häcki zurück. In eigenen Seminaren wurden die Fragen von den Patientinnen und Patienten formuliert und ausgewählt. Jede der insgesamt 27 Fragen wurde ebenfalls durch die Patientenschaft gewichtet, um sicherzustellen, dass das gefragt wird, was für eine gute ärztliche Betreuung aus Patientensicht für wesentlich erachtet wird. Es können zudem nach eigenem Ermessen freie Kommentare hinzugefügt werden.

Systembeschreibung

Kernstück von ARPAZ ist ein standardisierter geschlossener Fragebogen mit 27 von der Patientenschaft definierten und gewichteten Fragen. Die Erhebung kann von den Befragten durch freie Bemerkungen ergänzt werden. Die Fragen sind nach den vier Bereichen *Arzt*, *Personal*, *Betrieblicher Aspekt* und *Baulicher Aspekt* gegliedert. Jeder freiwillig teilnehmende Arzt erhält 150 Fragebogen, die er fortlaufend an sämtliche Patienten einer bestimmten Periode abgibt. Die Befragung erfolgt strikt anonym sowohl bezüglich des Arztes wie der Patienten. Aus diesem Grund wird sie von einem auf Evaluationen im Gesundheitswesen spezialisierten Unternehmen, der Firma MECON, durchgeführt. MECON nimmt die Anmeldung des teilnehmenden Arztes entgegen, gibt das Evaluationsmaterial ab, sammelt die Fragebogen ein und wertet sie aus. Jeder teilnehmende Arzt erhält nach durchgeführter Befragung eine detaillierte Dokumentation mit seinen Resultaten, dies auch im Vergleich zu seinen Kollegen. Dabei wird ein so genannter Unzufriedenheitsindex (0% = vollauf zufrieden, 100 % rundum unzufrieden) errechnet und in grafischer Form dargestellt. Ein Benchmarking zum Vergleich auch mit andern Ärztegruppierungen kann mitgeliefert werden. Ferner erhält er die abgetippten Kommentare seiner Patienten. Die Befragungen erfolgen im Zwei- bis Dreijahresrhythmus.

Reichweite und Stellenwert

Die Reichweite von ARPAZ ist nach Aussage von Herrn Dr. M. Häcki noch bescheiden, was teils auf die ungenügende Motivation seitens der Ärzteschaft zurückgeführt wird. Evaluationen sind bisher ausser in Zürich noch im Wallis, in der Region Biel, begrenzt auch im Kanton Basel Land und in der Ostschweiz durchgeführt worden. Die Anzahl bis Ende 2003 durchge-

fürter Evaluationen liegt zwischen 300 und 400, allein 78 im Geschäftsjahr 2002/03, davon fast alle im Kanton Zürich. Die Erwartungen für 2003/04 sind eher gedämpft, die Initianten rechnen mit rund 50 Evaluationen. Erfreulich ist dagegen die Akzeptanz bei den Patienten, liegt der Rücklauf der Fragebogen doch bei 60 Prozent.

Beurteilung

ARPAZ ist ein gutes, unkompliziertes, professionell aufgezo- genes und erprobtes Instrument zur Beurteilung der Patientenzufriedenheit sowie zur Selbsteinschätzung der teilnehmenden Ärzte im Kollegenvergleich. Im Gegensatz zu SwissPEP handelt es sich nicht um international validierte Indikatoren, jedoch ist hier der Fragebogen in Zusammenarbeit mit der Patientenschaft erstellt worden. Eine gewisse Validität darf deshalb diesem System zuge- sprochen werden. Es handelt sich um eine beispielhafte private Initiative von zwei Zürcher Internisten, die auch bei der beschränkten Reichweite und der Konzentration fast ausschliess- lich auf den Kanton Zürich, grosse Beachtung verdient. EQUAM anerkennt die Patienten- evaluation nach ARPAZ anstelle derjenigen nach SwissPEP.

Kontakte / Adressen

Dr. med. M. Häcki, Innere Medizin FMH, Gubelhangstrasse 6, 8050 Zürich,
mhaeck@datacomm.ch
Arbeitsgemeinschaft Patientenzufriedenheit, Postfach, 8099 Zürich

3.4.6 Helsana Ärzterating

In Kürze

Das Helsana Ärzterating ist ein ganzheitliches und komplexes System aus der Sicht eines Grossversicherers mit den Projektteilen *Kostendaten*, *Strukturdaten* und *Qualitätsdaten*. Der Hauptfokus liegt auf der Erhebung der Arztkostenindizes, die jedoch zur vertieften Interpre- tation und Plausibilisierung mit den Strukturdaten der Praxis und den Befragungsergebnissen aus einer Versichertenerhebung ergänzt und korreliert werden. Da die verfügbaren Kostendaten von santésuisse keine Zahlen über die Gesamtkosten (also inkl. Drittleistungen) aggregieren und zudem Praxisbesonderheiten und Zusammensetzung des Patientenguts nicht berücksich- tigen, ist diese Ergänzung mit Blick auf eine bessere Aussagefähigkeit des Zahlenmaterials notwendig und sinnvoll. Der Kostenteil wird im Kapitel 2 behandelt, hier wird nur der Qualitätsteil besprochen, der im Wesentlichen auf eine professionelle Versichertenerhebung auf Basis der Instrumente von SwissPEP und EQUAM beruht.

Zielsetzung

Siehe oben, Abschnitt 2.3.7

Trägerschaft und Finanzierung

Die Finanzierung erfolgt durch Helsana.

Geschichte

Siehe oben, Abschnitt 2.3.7

Systembeschreibung

Wie erwähnt umfasst das Helsana Ärzterating die drei Teile *Kostendaten*, *Strukturdaten* und *Qualitätsdaten*. Letztere werden in Form einer Versichertenbefragung erhoben. Helsana hat sich dabei weitgehend auf das validierte System EUROPEP/SwissPEP (vgl. Abschnitt 3.4.1) abgestützt und Ergänzungsfragen aus dem EQUAM-Set hinzugefügt. Die Fragebogen werden den ausgewählten Patienten per Post zugestellt, erfragt wird die subjektive Beurteilung über die ganze Periode der vergangenen 12 Monate. Die Auswertung wird durch die Universität Fribourg vorgenommen.

Reichweite und Stellenwert

Das Helsana Ärzterating ist ein versicherungseigenes Projekt und wird als System nur durch Helsana angewandt. Das einseitige Vorgehen, die Nutzung von Versicherungsstammdaten und die Kommunikation seitens Helsana sind ärztlicherseits teils heftig kritisiert worden. Die Akzeptanz seitens der Ärzteschaft reicht von positiver Kooperation bis zum offenen Boykott, dies mit auffälligen Unterschieden von Kanton zu Kanton. Der Rücklauf bei der Versicherten-erhebung betrug 27 Prozent.

Beurteilung

Der Qualitätsteil des Helsana Ärzterating entspricht weitgehend den Instrumenten von SwissPEP und EQUAM und wird in den entsprechenden Kapiteln einer Beurteilung unterzogen.

Kontakte / Adressen

Frau Eveline Wiederkehr-Steiger, Projektleiterin *Ärzterating*, Helsana Versicherungen AG, Stadelhoferstrasse 25, 8024 Zürich
eveline.wiederkehr@helsana.ch; www.helsana.ch

3.4.7 Guide Santé

Wegen des gegenwärtigen Projektstandes und der zurzeit ungewissen Zukunft des Projektes beschränken wir uns hier auf einige wesentliche Informationen.

In Kürze

Im Sommer 2001 formierten sich die massgeblichen Patienten- und Konsumentenorganisationen sowie einschlägige Medien zur Allianz Guide Santé. Mit dem Ziel, für die Patienten respektive Versicherten im Gesundheitsmarkt Transparenz und vermehrt auch Mitbestimmung zu schaffen, wollte die Allianz nach dem Muster des bekannten Guide Michelin ein Nachschlagewerk über die schweizerischen Ärztinnen und Ärzte erarbeiten. Dieser Guide Santé sollte Auskunft geben über die Ärztinnen und Ärzte und den Versicherten auf transparente Weise ihre Arztwahl erleichtern. Ende 2002 legte das Projektteam den Schlussbericht zum Vorprojekt vor, der eine Pilotstudie vom 15.01. bis 31.03.2003 mit rund 30 bis 40 Ärztinnen und Ärzten in verschiedenen Regionen vorsah. Die Pilotstudie konnte u.a. mangels Akzeptanz seitens der Ärzteschaft nicht durchgeführt werden. Die Allianz hat deshalb auf Antrag des Projektteams am 12.03.2003 entschieden, zwar grundsätzlich am Projektziel festzuhalten, den Realisierungsplan jedoch dahingehend zu ändern, dass der Pilot im Rahmen des SIPA-Projekts (siehe Abschnitt 3.4.3) mit den entsprechend validierten Indikatoren durchgeführt wird. Mindestens bis zum Vorliegen der Pilotergebnisse (ca. Sommer 2004) wird das Projekt Guide Santé ruhen.

Zielsetzung

Das Ziel der Allianz Guide Santé und damit des Projekts sah vor, die Patientenschaft zur „dritten Kraft im Gesundheitswesen“ – neben den Kassen und den Ärzten – zu machen. Für den geplanten Guide sollten u.a. systematisch Informationen über das ärztliche Leistungsangebot, die Praxiseinrichtung und die Patientenzufriedenheit erhoben und publiziert werden. Ferner war eine Qualitätsbeurteilung durch eine unabhängige Instanz vorgesehen. Als Basis dafür hatte das Projektteam EQUAM gewählt.

Trägerschaft und Finanzierung

Die Allianz Guide Santé, die sich am 31.10.2001 formierte, hat folgende Mitglieder:

- ACSI, Associazione consumatrici della Svizzera Italiana
- FRC, Fédération romande des consommateurs
- Konsumentenforum kf
- Patientenstelle Basel
- Patientenstelle Zentralschweiz
- Patientenstelle Zürich
- Stiftung für Konsumentenschutz SKS
- Zeitschriften: Beobachter, Bon à savoir, K-Tipp, Puls-Tipp und Saldo

Als Projektleiterin wurde Jacqueline Bachmann, Stiftung für Konsumentenschutz, bestimmt, das Projektteam besteht im übrigen aus Exponentinnen und Exponenten von EQUAM, SPO, MediX, FMH, santésuisse und Beobachter.

Das Vorprojekt ist im Februar 2002 dem BSV, der FMH und der santésuisse vorgelegt worden und fand hier grundsätzlich inhaltliche Zustimmung. FMH und santésuisse delegierten je einen

Mitarbeiter zur unentgeltlichen Mitarbeit ins Projektteam, santésuisse beteiligte sich mit einem zusätzlichen Beitrag von CHF 10'000. Die übrigen Organisationen leisteten ebenfalls unentgeltliche Arbeit im Gesamtbetrag von rund CHF 18'000. Das Bundesamt für Sozialversicherungen erteilte subsidiär Kostengutsprache für den Restbetrag gemäss Budget.

Geschichte

Nach der Gründung der Allianz Guide Santé am 31.10.2001 wurden diese und die Projektziele in der Pressekonferenz vom 21.11.2001 der Öffentlichkeit vorgestellt. In ihrer Sitzung vom 20.02.2002 genehmigte die Allianz das Konzept für das Vorprojekt und beauftragte das Projektteam mit der Umsetzung. Diese sah vor, geeignete Fragebogen zu erarbeiten, Pilotregionen zu definieren, Kontakte zur Ärzteschaft und Versicherern in diesen Regionen aufzubauen, die Fragebogen zu testen und die Finanzierung für den Pilotversuch sicherzustellen. Aus den eingangs aufgeführten Gründen ist es nicht gelungen, die Ärzteschaft sowie deren Verbände für eine Kooperation zu gewinnen. Im Übrigen wurden divergierende Zielvorstellungen innerhalb der Allianz identifiziert. Nach Vorliegen der Machbarkeitsstudie hat deshalb die Allianz am 12.03.2003 auf Antrag des Projektteams ein Moratorium bis zum Vorliegen der Ergebnisse aus der SIPA-Pilotstudie beschlossen. Es ist deshalb zu erwarten, dass die Allianz im Sommer 2004 erneut über den weiteren Verlauf des Projektes Guide Santé entscheidet.

Systembeschreibung

In Form einer Selbstdeklaration sollten die Ärztinnen und Ärzte die Transparenzindikatoren eines Fragebogens beantworten. Dieser verlangt Informationen über ausgewählte Struktureigenschaften der Praxis wie Erreichbarkeit, Einrichtung, Leistungsangebot, Spezialitäten, Ausbildung, Erfahrung etc. Im Weiteren war eine Erhebung der Patientenzufriedenheit vorgesehen, möglicherweise nach dem SwissPEP-Muster. Wieweit ergänzend noch ein unabhängiger Audit oder ein Assessment durchgeführt werden sollte, war zum Zeitpunkt des Moratoriumsentscheides unklar. Insbesondere divergierten die Meinungen in der Allianz, wie weit und in welcher Form der Guide eine Qualitätsbeurteilung durch eine unabhängige Instanz enthalten sollte.

Beurteilung

Die Ausgangslage, die zu dieser Initiative geführt hat, ist mit Bezug auf die Notwendigkeit einer ausreichenden Transparenz nach wie vor unverändert. Genügende und systematische Entscheidungsgrundlagen für die Wahl eines Arztes oder einer Ärztin sind der Patientenschaft nicht verfügbar. Spätestens im Sommer 2004 sollte die Allianz über den weiteren Projektverlauf entscheiden. Vorgängig ist u.E. jedoch eine Zielbereinigung sowie eine Straffung der Projektstruktur vorzunehmen. Ob sich in der angespannten Finanzsituation des Bundes Träger für die Wiederaufnahme finden, ist offen.

Kontakte / Adressen

Jacqueline Bachmann, Geschäftsführerin, Stiftung für Konsumentenschutz, Postfach, 3000 Bern 23

3.4.8 DIN ISO 9001 – Deutsche Industrie-Norm – International Organization for Standardization

In Kürze

Die DIN-Normen der ISO 9000-er Reihe werden gelegentlich im Zusammenhang mit Zertifizierungen von ambulanten Praxen genannt. Es handelt sich hier um ein professionelles, weit verbreitetes und allseits anerkanntes System zur Zertifizierung von organisatorischen Strukturen und Abläufen für Unternehmen und Organisationen aller Branchen und Grössen, das jedoch nichts mit ärztlicher Qualität oder medizinischem Qualitätsmanagement zu tun hat.

Zielsetzung

Als Ziele dieser Norm im eigentlichen Sinn werden aufgeführt: verbesserte Kundenorientierung, gesteigerte Konkurrenzfähigkeit, Nachweis der Sorgfaltspflicht in Haftungsfragen, neutraler Nachweis der Qualitätsfähigkeit, Transparenzherstellung innerhalb der Organisation, Optimierung komplexer Abläufe, Generierung von Prozessmessgrössen und -kennzahlen.

Trägerschaft und Finanzierung

In der Reihe der Deutschen Industrie-Norm (DIN) sind diverse nationale Normen zur Erstausgabe ISO 9001/2/3 zusammengefasst worden. Die Normenreihe versteht sich als Grundlage für ein umfassendes Führungssystem (Qualität, Umwelt, Arbeitssicherheit, Risk-Management). In der Schweiz bietet die Schweizerische Vereinigung für Qualitäts- und Managementsysteme (SQS) die Zertifizierungen u.a. nach ISO 9000 ff an, SQS ist dafür von der Schweizerischen Akkreditierungsstelle akkreditiert. Die SQS ist eine neutrale Non-Profit-Organisation, die sich durch Zertifizierungen und Publikationen finanziert.

Geschichte

1987 wurde die Erstausgabe der ISO 9000er Reihe erarbeitet, in der Folge kam es zu diversen Revisionen, erstmals 1994, letztmals im Jahr 2000 als umfassendste Revision der ganzen Normenreihe. Mit jeder Revision sind neue, zusätzliche Anforderungen zur Norm erhoben worden.

Systembeschreibung

Der umfassende Normenkatalog von ISO 9000ff ist die Grundlage für die Erstzertifizierung und die Wiederhol-Audits alle drei Jahre. Die Normen beziehen sich auf folgende Bereiche der Unternehmensführung: Führungsprozesse, Realisierungsprozesse, Prozessmanagement, Kundenorientierung, kontinuierliche Prozessverbesserungen, Qualitätsplanung, Zielsetzungsprozesse, Dokumentenarchitektur, interne Kommunikation.

Reichweite und Stellenwert

Die SQS-Zertifizierungen nach ISO 9000ff finden bei allen Branchen hohe Akzeptanz. ISO hat es geschafft, sich zu einem eigentlichen Label aufzubauen, das den zertifizierten Unternehmen messbare Konkurrenzvorteile verschafft. 2000 finden die Normen nach ISO 9000ff weltweit 700'000 Anwender, wovon 350'000 zertifiziert sind. Bereits haben sich auch diverse Spitäler und Heime und vereinzelt auch Arztpraxen nach dieser Norm zertifizieren lassen.

Beurteilung

Für die Zertifizierung von Prozessen der Unternehmensführung und Organisation dürfte die ISO 9000ff-Norm den Standard darstellen. Für die Bemessung oder Bewertung der medizinischen Qualität bildet dieses System aber keine Handhabe. Es ist noch unklar, ob dieses Gütesiegel in der Praxis aufgehängt werden darf, da es sich lediglich auf den organisatorischen Praxisablauf bezieht. Nach einem Urteil des Landgerichts Hamburg vom Juni 2001 ist der Hinweis auf die Zertifizierung nach ISO 9001 auf dem Praxisbriefpapier unzulässig, da der Patient mit dieser Werbung irreführt werden und das Gütesiegel mit der fachlichen Qualifikation des Arztes in Verbindung bringen könnte. Sich einer ISO-Zertifizierung zu unterziehen, würde jedoch mancher Praxis und manchem Spital gut anstehen.

Kontakte / Adressen

SQS – Schweizerische Vereinigung für Qualitäts- und Management-Systeme, Bernstrasse 103,
3052 Zollikofen
headoffice@sqs.ch; www.sqs.ch

3.4.9 Aktivitäten der FMH in der Qualitätssicherung

Nachdem sich die Aktivitäten der FMH bis Anfang der Neunzigerjahre im Wesentlichen auf die Vertretung der ureigensten ärztlichen Interessen und hier insbesondere auf die Besitzstandswahrung beschränkt hatten, hat sich dies unter dem Präsidium von Dr. med. H. H. Brunner sukzessive verändert. Zwar steht die Besitzstandswahrung immer noch ziemlich weit oben auf dem FMH-Banner, doch hat sich die thematische Ausrichtung deutlich geöffnet und versachlicht. Als ein zentraler Schwerpunkt sind die Postulate des medizinischen Qualitätsmanage-

ment aufgegriffen und zur Chefsache erklärt worden. Mit dem Ressort Qualitätsmanagement unter G.C. von Below drückt sich diese neue Akzentsetzung auch strukturell aus.

Die FMH hat bisher keine eigenen Programme zur Qualitätssicherung und -bemessung initiiert oder in Auftrag gegeben. Dagegen ist sie in diversen massgeblichen Projekten und Institutionen der Qualitätssicherung in den Personen von H.H. Brunner oder G.C. von Below vertreten. So werden mehrere der in diesem Bericht vorgestellten Systeme teils aktiv begleitet:

- SwissPEP* FMH ist mit einer Beteiligung von 60% der grösste Träger dieser Organisation und anerkennt offiziell die Instrumente zur Patientenbefragung nach EUROPEP respektive Quali Doc.
- EQUAM* H.H. Brunner ist Mitglied des Stiftungsrats und hier auch Mitglied des Zertifizierungsausschusses, die FMH hat zudem einen namhaften Sponsorbeitrag geleistet. Mit der Abgabe des FMH-Präsidiums per 1.7.2004 wird voraussichtlich ein anderer FMH-Exponent in den Stiftungsrat berufen.
- Guide Santé* In der Person von G.C. von Below ist die FMH im Projektteam vertreten.
- SIPA* Die Schweizerische Initiative für Praxis Assessment im Rahmen des EPA-Projekts ist eine Kooperation von FMH-SwissPEP-EQUAM. Die Federführung für die Erarbeitung der schweizerischen Indikatoren liegt bei G.C. von Below, der auch den Pilotversuch mit 30 Praxen leitet.
- QGW* Die Koordinationsgruppe Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen setzt sich aus Vertretern des BAG, BSV, BFS, der SDK, der FMH und der SAS (Federführung) zusammen. Die QGW wurde gegründet, um die Entwicklung im medizinischen Qualitätssektor zu verfolgen, zu koordinieren und zu fördern. Nach unseren Informationen ist sie inaktiv.
- SanaCERT* Zertifizierungsstelle, vorwiegend auf den stationären Bereich ausgerichtet, Gründung 2002. Die FMH ist im Stiftungsrat zur Zeit durch H.H. Brunner vertreten.

Gerade das Beispiel QGW illustriert die beträchtliche Zahl von Initiativen und Projekten, die von diversen Akteuren des Gesundheitswesens ergriffen und oft nicht konsequent realisiert werden.

Kontakte / Adressen

FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, Elfenstrasse 18, 3000 Bern 16
fmh@hin.ch, www.fmh.ch

Georg C. von Below, Leiter Stabstelle Qualitätsmanagement, gleiche Adresse
gcvonbel@hin.ch

3.5 Ausland: Systeme und Methoden zur Qualitätsbemessung

Im europäischen, australischen und amerikanischen Raum gibt es eine grosse Anzahl von Systemen mit unterschiedlicher Zielrichtung, Bedeutung und Etablierung. Fast in jedem Land sind in den vergangenen zehn Jahren Initiativen für solche Projekte ergriffen worden, teils aus der Ärzteschaft, teils von Versicherern, seltener auch von Regierungsseite. Geradezu gewaltig ist die Modellvielfalt in den USA, wo jedes grössere Unternehmen zum Leistungseinkauf auf eigene Bewertungssysteme baut, zumeist jedoch auf Basis des HEDIS-Indikatorensets. Die Auswahl der hier vorgestellten Systeme richtete sich, wie im schweizerischen Teil, nach den Kriterien *Etabliertheit des Systems*, *Validierung der Indikatoren*, *Selektivität*, *Praktikabilität* und *Entwicklungsfähigkeit*. Es kommen exemplarische Instrumente zur Darstellung, die stellvertretend für viele ähnliche Initiativen stehen. So haben wir bei den Zertifizierungssystemen das professionelle und gut eingeführte AGPAL aus Australien gewählt, obwohl in diversen andern Ländern ganz ähnliche Ansätze in Gebrauch oder Vorbereitung sind, so in Schottland, Grossbritannien, Schweden und Finnland. Die Auswahl ist mit Experten aus dem Kreis des medizinischen Qualitätsmanagements und am 2. Oktober 2003 auch mit dem Auftraggeber abgesprochen worden.

3.5.1 EPA – European Practice Assessment

Wir verweisen in diesem Abschnitt auf die ausführlicheren Informationen unter *SIPA* (Abschnitt 3.4.3). *SIPA* ist der schweizerische Teil des EPA-Projekts und richtet sich in Zielsetzung, Inhalt und Struktur nach der europäischen Initiative.

In Kürze

Seit 2001 läuft unter dem Namen EPA – European Practice Assessment ein internationales Projekt mit Institutionen des Gesundheitswesens aus sechs Ländern (Niederlande, Deutschland, Belgien, Grossbritannien, Frankreich, Schweiz). Das Ziel, das 2004 erreicht werden soll, ist die Entwicklung eines Internationalen Sets von Indikatoren zur Qualitätsbeurteilung der *Strukturen* und der *Arbeitsorganisation* in der ärztlichen Grundversorgung. In Weiterentwicklung des holländischen Modells der Praxisvisitationen von P. van den Hombergh und unter Berücksichtigung der Indikatorenansammlungen und Visitationenmethoden der Teilnehmerländer soll ein gemeinsames europäisches Zertifizierungsinstrument geschaffen und erprobt werden. In zwei Delphi-Runden wurde bisher das umfassende Indikatorenset verfeinert und validiert, zur Zeit finden in allen sechs Ländern Pilotversuche mit je rund 30 – 40 Praxen statt.

Zielsetzung

Das Projekt, das zunächst auf drei Jahre angelegt ist, hat folgende Ziele:

- Etablierung eines erprobten, länderübergreifenden Sets von Methoden und Indikatoren zur Praxiszertifizierung (das Instrument soll nach Projektende den Akteuren der Teilnehmerländer zur Verfügung stehen)
- Vergleich von Indikatordaten aus Praxen der Grundversorgung (die Datenanalyse soll Informationen über die Positionierung der einzelnen Länder liefern)

Das Projekt, das massgeblich von der *Bertelsmann Stiftung* getragen wird, will damit den kontinuierlichen Qualitätsprozess in der ambulanten Gesundheitsversorgung unterstützen. Darüber hinaus soll es als validiertes Instrument zur öffentlichen Dokumentation der Indikatoren dienen, dies im Sinne einer Ärztedatenbank.

Trägerschaft und Finanzierung

Die Finanzierung generiert sich aus diversen, teils universitären Institutionen der Teilnehmerländer sowie aus Fund Raising durch die *Bertelsmann Stiftung*. Die länderübergreifende Projektkoordination und Datenanalyse wird vom Centre for Quality of Care Research (WOK) der Universitäten Nijmegen und Maastricht unter Leitung von Prof. Dr. R. Grol wahrgenommen. Weitere beteiligte Forschungsinstitute sind das AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen in Göttingen, die Institute für Allgemeinmedizin an den Universitäten Heidelberg (Prof. Dr. J. Szecsenyi) und Kiel (Prof. Dr. F.M. Gerlach) sowie SwissPEP Institute for Quality and Research in Healthcare (Dr. B. Künzi).

Letztere Institution bildet zusammen mit FMH und EQUAM das Projektteam SIPA – Schweizerische Initiative für Praxis Assessment (vgl. Abschnitt 3.4.3), das den schweizerischen Teil des EPA-Projekts koordiniert.

Geschichte

Grundlage zur EPA-Initiative war das Praxisvisitationsmodell, das 1998 von P. van den Hombergh von der holländischen WOK entwickelt worden ist. Dabei wird anhand eines Indikatorenkatalogs in einer Praxisvisitation das Management der Arztpraxis begutachtet. Die Instrumente sind Patientenbefragung, Arzt- und Personalbefragung, Praxis-Selbstassessment, Audit, Feedback-Report und anschliessende Teambesprechung. Die Methode verfolgt grundsätzlich einen edukativen Ansatz, indem mögliche Schwachstellen deutlich gemacht und Qualitätsprozesse eingeleitet werden.

Mit der Verleihung des Carl-Bertelsmann-Preises 2000 *Reformen im Gesundheitswesen* machte die *Bertelsmann Stiftung* auf diesen interessanten Reformansatz in den Niederlanden aufmerksam. Bereits 2001 schlossen sich die erwähnten Institutionen aus sechs Ländern zur Arbeitsgemeinschaft TOPAS (European Taskforce on Practice Assessment) zusammen und

initiierten das EPA-Projekt. Zurzeit wird das – wie erwähnt – in mehreren Validierungsrunden erarbeitete Indikatorenset auf die Praktikabilität geprüft.

Systembeschreibung

Das EPA-Instrument deckt folgende fünf Domänen ab:

- Infrastruktur der Praxis (allgemein und medizinisch)
- Personal (Zusammensetzung, Ausbildung, lernende Organisation)
- Informationsmanagement (Dokumentation, Austausch, Patienteneinbezug)
- Finanzmanagement (Planung, Monitoring, Verantwortlichkeit)
- Qualitätssystem und Risikomanagement (mit Patientenbefragung)

Die Instrumente der Praxisbeurteilung sind:

- Selbstassessment der Praxis
- schriftliche Befragung Arzt/MPAs/Patienten
- Praxisvisitation
- Feedback des Gesamtassessments (Report, Teambesprechung, Zielidentifikation)

Insgesamt kommen 211 Indikatoren zur Anwendung, dies ohne diejenigen der EUROPEP-Patientenbefragung.

Das System sowie die Gruppierung der Indikatoren werden unter SIPA (vgl. Abschnitt 3.4.3) näher beschrieben.

Reichweite und Stellenwert

Bereits die internationale Zusammenarbeit, die Bedeutung der beteiligten Institutionen sowie die Partnerschaft mit der *Bertelsmann Stiftung* verdeutlichen den Stellenwert dieses einmaligen europäischen Projekts. Die Reichweite wird gross sein. Da es sich um validierte Indikatoren handelt, dürfte die Kooperation seitens der Akteure – mindestens für die Pilotphase – kein grundsätzliches Problem darstellen. Für den Sommer 2004 ist die Auswertung der Pilotstudie geplant. Bis zu einer eigentlichen Breitenwirkung werden jedoch noch mehrere Jahre vergehen. Wieweit sich hier die Komplexität der Methodik, die Strukturlastigkeit und die Vielzahl der Indikatoren auf die Praktikabilität und die Akzeptanz durch die Leistungserbringer auswirken wird, dürfte sich erst mittel- bis längerfristig klären.

Beurteilung

Das EPA-Instrument wird, was die Qualitätsbeurteilung von *Praxisstrukturen* und *-abläufen* betrifft, wegen der internationalen Abstützung, der Finanzierung und der bereits fortgeschrittenen Validierung der Indikatoren nach unserer Einschätzung den europäischen Standard

bilden. Kritisch im Hinblick auf den Arbeitsaufwand der Evaluationen erscheint uns die Vielzahl der Kriterien. Ebenso kritisch beurteilen wir die Beschränkung auf Strukturen, Abläufe und Organisation. Für eine umfassendere Qualitätsbeurteilung der ambulanten Arztpraxen oder gar für eine Bemessung im Hinblick auf die Erteilung respektive Verweigerung von Versichererverträgen eignet sich dieses System mindestens in der gegenwärtigen und kürzerfristig geplanten Ausgestaltung nicht. Es ist zudem abzuwarten, wieweit die Ergänzung um einen Zertifizierungsteil von der Basis akzeptiert wird.

In der Zusammenarbeit des schweizerischen Teils SIPA im Kreis von EQUAM, SwissPEP und FMH zeigt sich eine erfreuliche Konvergenz der diversen Systeme, die im wohlthuenden Gegensatz zur gegenseitigen Konkurrenzierung zwischen vielen methodischen Ansätzen in den USA steht.

Kontakte / Adressen

Dr. Maaïke GH Dautzenberg, Centre for Quality of Care Research (WOK), Universiteit Maastricht, P.O. Box 616, NL-6200 MD Maastricht
maaike.dautzenberg@hag.unimaas.nl

Dr. med. Beat Künzi, SwissPEP – Institut für Qualität und Forschung im Gesundheitswesen, Mattenstrasse 9, Postfach, 3073 Gümligen
www.swisspep.ch, info@swisspep.ch

Dr. Henrik Brinkmann, Bertelsmann Stiftung, Carl-Bertelsmann-Strasse 256, D-33311 Gütersloh,
henrik.brinkmann@bertelsmann.de
Projekt-Webpage: www.praxisassessment.org

3.5.2 HEDIS – Health Plan Employer Data and Information Set

In Kürze

Das amerikanische HEDIS ist ein Projekt des National Committee for Quality Assurance (NCQA) und gilt als das wohl bekannteste Indikatorensystem zur qualitativen Bewertung von Managed Care-Organisationen. Es wurde ursprünglich zum Zweck der Transparenz für die Leistungseinkäufer von Gesundheitsorganisationen geschaffen. Anhand eines öffentlich zugänglichen Ratings können die Einkäufer wie die Patienten überprüfen, mit welcher Qualifikation eine Organisation abgeschnitten hat. Als Indikatorensammlung mit Schwerpunkt auf der Analyse von Administrativdaten ist HEDIS nur beschränkt für die Beurteilung der medizinischen Versorgungsqualität von Einzelpraxen oder Netzwerken geeignet, doch es bildet auch heute häufig die Basis für Praxisbewertungs- und -zertifizierungssysteme (Scanlon, 1999).

Zielsetzung

Erste Zielsetzung von HEDIS ist nach wie vor die Bewertung von Managed Care-Organisationen wie HMO, IPA etc. als Entscheidungshilfe für die Leistungseinkäufer der US-Unternehmen. Im Zuge der mittlerweile drei Überarbeitungen der Indikatoren-Sets, insbesondere in HEDIS 3.0 (1997), hat sich das System zunehmend von den administrativlastigen Leistungsmaßstäben zu mehr prozessorientierten Qualitätsindikatoren gewandelt (Beispiele: Durchimpfungsraten, Krebs-Screening, Asthma-Behandlung etc.). Es zielt damit vermehrt auch auf die Rolle einer Orientierungshilfe für die Versicherten sowie auch auf die Funktion einer qualitativen Selbstkontrolle der beurteilten Health Plans.

Trägerschaft und Finanzierung

Die Verantwortung für das Indikatorensystem und die Geschäftsaktivitäten von HEDIS liegt seit 1992 beim NCQA, einer privaten Non-Profit-Organisation mit dem Ziel einer generellen Qualitätsverbesserung der medizinischen Versorgung. Die Finanzierung basiert auf diversen Quellen wie Regierungsaufträgen, Sponsorenbeiträgen, Publikationen und Akkreditierungen von Gesundheitsorganisationen.

Geschichte

HEDIS ist 1989 als private Initiative gegründet worden, das erste Set von Qualitätsindikatoren (HEDIS 1.0) wurde 1991 veröffentlicht. Das H von HEDIS stand damals noch für *HMO*, erst mit der Verbreiterung der Zweckbestimmung wurde dies durch *Health Plan* ersetzt. 1992 wurde HEDIS von NCQA übernommen, Ende 1993 erfolgte die Publikation der überarbeiteten Indikatoren HEDIS 2.0, 1997 diejenige von HEDIS 3.0 mit vermehrter Berücksichtigung von Prozessindikatoren. Gegenwärtig wird an der Version 4.0 gearbeitet.

Systembeschreibung

Ursprünglich mit der erklärten Zielsetzung, die Leistungen von Gesundheitsplänen für die Leistungseinkäufer transparent zu machen, fokussiert HEDIS auch heute noch – nach mehreren Überarbeitungen – weit mehr auf die Managed Care-Organisationen als auf die Bewertung von Einzelpraxen respektive Leistungserbringern. Es ist in der aktuellen Version (HEDIS 3.0) ein umfassendes Referenzsystem für Informationen zu den fünf Themenbereichen *Prävention, Akutbehandlungen, Chronische Erkrankungen, Ärztliche Qualität und Qualifikation, Servicequalität*. Innerhalb des Bereiches Chronische Erkrankungen gibt es Indikatoren zu Hypercholesterinämie, Diabetes, Asthma und Postinfarktmedikation. Die periodisch vorgenommenen Bewertungen der Managed Care-Organisationen beruhen weitestgehend auf Selbstdeklaration, doch haben mit der sukzessiven Weiterentwicklung des Systems beschränkt auch unabhängige Audits Eingang gefunden. Die Resultate der Bewertungen sind in Form eines „Sterne-Ratings“ öffentlich zugänglich und werden von der NCQA jeden Herbst im Hinblick auf den Leistungseinkauf fürs Folgejahr publiziert.

Reichweite und Stellenwert

Wie erwähnt, handelt es sich bei HEDIS um das bekannteste und breitest angewandte Indikatorensystem zur Beurteilung der medizinischen Versorgungsqualität. Die NCQA, die den Gesundheitsorganisationen Akkreditierungen erteilt, nutzt HEDIS zu diesem Zweck seit 1991. 1996 wurden bereits über 330 Health Plans nach diesem System bewertet, mehr als 50 Prozent der grösseren und grossen Unternehmungen basierten ihre Entscheide über den Leistungseinkauf auf der HEDIS-Methodik. 1999 benutzen fast 90 Prozent aller Health Plans in ihrem Qualitätsmanagement und -monitoring mindestens teilweise die HEDIS-Indikatoren.

Beurteilung

HEDIS ist ein guter, weit verbreiteter und allseits anerkannter standardisierter Katalog von Qualitätsindikatoren mit Fokus auf der Beurteilung von Organisationen des Managed Care. Viele Zertifizierungsstellen, so das NCQA, aber auch EQUAM (vgl. Abschnitt 3.4.2), legen ihren Zertifizierungs-Audits oder den Praxis Assessments eine geeignete Auswahl von Qualitätsindikatoren des HEDIS-Sets zugrunde oder haben diese weiterentwickelt. HEDIS selber ist weder Zertifizierer noch Anbieter von Lösungen im Qualitätsmanagement. Kritik an HEDIS betrifft vor allem die starke Ausrichtung auf Gesundheitsorganisationen sowie die damit verbundene Administrativlastigkeit der Indikatoren. Als Beurteilungsmethode für ärztliche Praxen oder Netzwerke ist HEDIS wenig geeignet, doch ist für solche Zwecke der HEDIS-Indikatorenkatalog nutzbringend. Die Auswahl geeigneter Indikatoren sowie das „Setzen der Messlatte“, d.h. die Definition der Qualitätsstandards ist Sache der Zertifizierungsstellen.

Kontakte / Adressen

NCQA, 2000 L Street, NW, Suite 500, Washington, DC 20036
E-Mail customersupport@ncqa.org
www.ncqa.org, www.healthchoices.org, www.hedis.org

3.5.3 AGPAL – Australian General Practice Accreditation Limited

In Kürze

AGPAL ist die von den massgeblichen medizinischen und allgemeinmedizinischen Verbänden Australiens getragene Zertifizierungsstelle (im angelsächsischen Sprachraum wird unser Begriff der Zertifizierung mit Akkreditierung bezeichnet) für ambulante Praxen der Grundversorgung. Es handelt sich um ein professionelles, hoch entwickeltes und seit zehn Jahren etabliertes System mit 15 Qualitätsstandards, die sich je in eine unterschiedliche Anzahl von Kriterien und weiter in zahlreiche Indikatoren untergliedern. Letztere bestehen aus key-indicators (Muss-Indikatoren) und non-key-indicators. Die Zielsetzung ist die kontinuierliche Qualitätsentwicklung durch Ingangsetzung von nachhaltigen Prozessen und die Erteilung von Qualitätszertifikaten auf Grund eines systematischen Assessments durch jeweils zwei

„surveyors“. Das Assessment umfasst folgende Teile: Interview mit dem ärztlichen Leiter, Interview mit ärztlichen und nicht-ärztlichen Mitarbeitenden, Beurteilung von Betrieb und Einrichtung der Praxis, Kontrolle der Krankengeschichtenführung, Patientenbefragung und Bewertung der Dokumente und Handbücher. Integrierter Teil einer Zertifizierung ist auch die Überprüfung der Zielerreichung (aus letztem Assessment) und die gemeinsame Formulierung von Zielen (im Hinblick auf das nächstfolgende Assessment). Das Zertifikat muss alle drei Jahre erneuert werden.

Ziele

In *A Guide Toward Accreditation* der AGPAL wird die Zielsetzung dieser Initiative wie folgt umschrieben: „*The role of accreditation is to recognise and encourage continuing quality improvement in general practice. It is designed to be an educative, not a punitive process.*“ Entsprechend diesem Leitsatz besteht ein Assessment schwergewichtig aus diversen Interviews und einer gemeinsamen Zielvereinbarung. Trotzdem steht ein grosses Set von Standards, Kriterien und Indikatoren im Mittelpunkt, die eine umfangreiche Vorbereitung auf das Zertifizierungs-Assessment und die Bereitstellung zahlreicher Dokumentationen erfordern. Eine Entscheidung für oder wider den Erhalt von Kassenverträgen ist auf Grund von AGPAL nicht vorgesehen.

Trägerschaft und Finanzierung

Folgende Organisationen sind Mitglieder von AGPAL und tragen damit deren Aktivitäten mit: Royal Australian College of General Practitioners (RACGP), Australien Medical Association (AMA), Australien Divisions of General Practice (ADGP), Rural Doctor's Association of Australia (RDAA), Australian Association of General Practitioners (AAGP), Australien Association of Practice Managers (AAPM) u.a. Die Finanzierung von AGPAL generiert sich aus den Zertifizierungen der angemeldeten Praxen, aus Beiträgen der erwähnten Organisationen und Verbände sowie aus Fund Raising.

Geschichte

Anfang der Neunzigerjahre wurden in Arbeitsgruppen die Standards, Kriterien und Indikatoren erarbeitet und anschliessend von den Trägerorganisationen ratifiziert. 1994 erfolgte ein Feldversuch durch das Royal Australian College of General Practitioners RACGP mit 199 Praxen, im gleichen Jahr führte die Division of General Practice ADGP Demonstrations-assessments in 500 Praxen durch. Diese Pilotversuche attestierten dem System, dass es gute Praxen identifizieren kann, zuverlässige Prüfungen durch die Surveyors ermöglicht, eine gute Akzeptanz hat und in den Anforderungen erreichbar ist. Gegenwärtig ist die Version 2 aus dem Jahr 2000 in Gebrauch.

Systembeschreibung

Das AGPAL-System besteht aus 15 Qualitätsstandards aus allen Gebieten der Grundversorgung und Praxisführung, deren Einhaltung durch die Surveyors geprüft wird. Die Standards sind schwergewichtig aus der Kategorie der Strukturqualität. Jeder Standard setzt sich aus einer unterschiedlichen Anzahl von Kriterien zusammen, jedes Kriterium hat diverse Indikatoren, die für die Surveyor gleichsam die Checklist für das Assessment darstellen. Dabei wird zwischen key-indicators und non-key-indicators unterschieden. Die Erfüllung aller key-indicators bedeutet, dass ein Kriterium erfüllt ist, die Erfüllung aller Kriterien und damit der Standards berechtigen zur Full Accreditation. Sofern ein bis mehrere Standards nicht erreicht werden, können die Surveyors eine Periode von 3 - 12 Monaten festlegen, innerhalb welcher das Versäumte nachgeliefert werden muss. Bis dahin darf das Label Conditional Accreditation geführt werden.

Dem externen Assessment geht ein internes voraus, das die Vollständigkeit der Dokumentationen und die Bereitschaft zum externen Assessment prüft. Dieses wird gemeinsam vereinbart, durch zwei Surveyors durchgeführt und dauert rund vier Stunden. In dieser Zeit sichten die Surveyors die bereitgestellten Unterlagen, die vorgängig durchgeführte Patientenbefragung und diverse zufällig ausgewählte Krankengeschichten. Sie führen strukturierte Interviews mit der Praxisleitung und Mitarbeitenden durch und beurteilen Praxiseinrichtungen und -abläufe. Schliesslich werden die im letzten Assessment gesetzten Ziele auf ihre Erfüllung geprüft, gemeinsam werden neue Ziele formuliert. Nach Abschluss des Assessments verfassen die beiden Surveyors gemeinsam einen Bericht und ihre Empfehlung an das AGPAL Accreditation Review Committee, das seine Entscheidung innerhalb von acht Wochen der Praxis bekannt gibt. Innerhalb von drei Jahren muss ein neues Assessment stattgefunden haben, ansonsten verliert die Praxis das Zertifikat.

Die Surveyors werden nach festgelegten Kriterien ausgewählt und unterziehen sich den Aus- und Weiterbildungskursen der AGPAL. Sie rekrutieren sich aus praktizierenden Ärztinnen und Ärzten und werden für ihren Einsatz in den Assessments honoriert. Die zu prüfende Praxis wird vorgängig über die Wahl ihrer Surveyors informiert und hat ein Vetorecht.

Stellenwert und Verbreitung

Aus den vorliegenden Unterlagen ist die quantitative Verbreitung von AGPAL nicht ersichtlich. Sicher ist, dass es sich in Australien um das best eingeführte und verbreitetste System für Praxen der Grundversorgung handelt. Angeblich sind 80 Prozent der zertifizierten Praxen nach AGPAL geprüft. Wie viele aller Praxen sich einem solchen freiwilligen Assessment unterziehen, konnte nicht eruiert werden.

Bedeutung

„A Guide Toward Accreditation“ von AGPAL ist ein ausgereiftes, breit erprobtes und auch selektionierendes System zur Qualitätsbemessung und findet im internationalen Vergleich zu

Recht grosse Anerkennung. Es darf deshalb in der vorliegenden Bestandesaufnahme nicht unbeachtet bleiben. Aus zahlreichen von uns geprüften Systemansätzen aus diversen Ländern, seien es private oder institutionelle Initiativen, besticht es durch seine Professionalität, die klare Systematik und die gute Etablierung, AGPAL ist in Australien ein Label. In vielen Elementen ähnelt es EQUAM, geht jedoch in der Strukturanalyse deutlich weiter und fokussiert etwas weniger auf konkrete Aspekte der Prozessqualität. Die Ergebnisqualität wird, wie in praktisch allen bekannteren Systemen, vorzugsweise in Form von Befragungen zur Zufriedenheit erhoben. Ob die beschriebenen recht komplexen Assessments in lediglich vier Stunden durchgeführt werden können, scheint fraglich. Es ist zu vermuten, dass einzelne Kriterien und Indikatoren eher stichprobenweise kontrolliert werden. Der Aufwand für ein Assessment ist u.E. überdurchschnittlich. Bei Anpassung und Ausweitung der Indikatoren dürfte sich AGPAL als Instrument des Qualitätsmonitoring auch in der Schweiz eignen.

Kontakte

www.agpal.com.au

3.5.4 AOK – Qualitätsindikatoren

In Kürze

Die AOK ist der grösste Krankenversicherer Deutschlands, gegen ein Drittel der deutschen Bevölkerung ist AOK-versichert. Im Auftrag des AOK-Bundesverbandes erarbeitet das AQUA-Institut unter Prof. Szecsenyi Indikatorensets zur Förderung und Bewertung der Qualität in Arztnetzen mit Budgetverantwortung.

Zielsetzung

Ziel der AOK-Initiative respektive des AQUA-Projekts ist das Identifizieren derjenigen Strukturen, Prozesse und Ergebnisse, welche die Qualität eines Arztnetzes beschreiben. Die AOK will damit auch ein Instrument etablieren, um Vorgaben zur Sicherung und Förderung der medizinischen Qualität in den Kooperationsverträgen zu verankern. Durch die Indikatoren soll es den Partnern ermöglicht werden, ein gemeinsames Verständnis von Qualität im Sinn eines abgestimmten Koordinatensystems zu entwickeln und daraus konkrete Handlungsschritte abzuleiten. Die Qualitätsindikatoren können laut AOK zu einer wichtigen Voraussetzung werden, wenn es um neue, leistungsorientierte Vergütungsformen, verstärkten Vertragswettbewerb und mehr dezentrale integrierte Versorgungsmodelle geht. Die Arztnetze stellen in diesem Projekt ein geeignetes Erprobungsfeld dar, weil hier die Voraussetzungen für die Kooperation besser sind als in der konventionellen Versorgung (Hoberg, 2002; Schmacke, 2002).

Trägerschaft und Finanzierung

Das Projekt ist eine Initiative der AOK und wird von dieser vollumfänglich finanziert. Auftragnehmer ist das AQUA-Institut (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen), dessen Institutsleiter Prof. Dr. med. Dipl. Soz. Joachim Szecsenyi gleichzeitig als Projektleiter zeichnet. Die Projektgruppe besteht im übrigen aus 23 Vertretern des Bundesverbandes und der Länder der AOK. Die Merkmale der Praxisnetze und die Qualitätsindikatoren wurden von einer Arbeitsgruppe bei AQUA durch zahlreiche internationale Experten entwickelt und diskutiert.

Geschichte

Der Auftrag des AOK-Bundesverbandes an das AQUA-Institut wurde im Januar 2001 erteilt. Die Projektziele und -eckwerte wurden in drei Workshops (März, August und Oktober 2001) mit den AOK-Vertretern erarbeitet. Diese Rahmenkonzepte wurden im Sommer 2001 mit einer Gruppe von Ärzten aus deutschen Praxisnetzen und einer Gruppe von Schweizer Netzexperten diskutiert. Jedes Projektthema wurde 2002 zudem der Begutachtung von sieben deutschen Experten unterzogen. Für alle ausgewählten Themengebiete sind bereits Indikatoren formuliert worden, doch handelt es sich bei diesem komplexen Projekt um ein dauerndes „work in progress“.

Systembeschreibung

Die vom AQUA-Institut entwickelten Qualitätsindikatoren umfassen folgende elf Indikatorensets:

- Netzbezogene Indikatoren (allgemeine Merkmale von Arztnetzen wie Arzt- und Versichertenfluktuation), Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten, mittlere Qualitätszirkel-Frequenz
- Krankheitsbezogene Indikatoren (bisher folgende sieben Krankheitsbilder: Hypertonie, Diabetes mellitus, Asthma, koronare Herzkrankheit, akute Rückenschmerzen, Alkoholabusus, Depression).
- Leistungsbezogene Indikatoren (Medikation, Labordiagnostik, Prävention)

Der Ansatz zur Identifikation der Indikatoren, den AQUA wählte, lehnt sich stark an die Systematik der kalifornischen RAND Corporation (RAND, 1997) und des englischen National Primary Care Research and Development Centre NPCRDC um M. Marshall und S. Campbell an (Marshall et al., 2002). Es wurde damit ein Mittelweg zwischen wissenschaftlicher Evidenz und strukturierter Bewertung durch Experten beschritten.

AQUA hat empfohlen, zunächst eine begrenzte Anzahl von diagnoseunabhängigen Indikatoren aus den Bereichen *Allgemeine Merkmale von Arztnetzen* und *Pharmakotherapie* auszuwählen und in den Pilot-Assessments der Ärztenetze zu erproben. Im Weiteren wird postuliert, die Indikatorensysteme in neue Fortbildungskonzepte einzubetten, deren Kern ein integriertes,

systematisches Qualitätszirkelprogramm anstelle der üblichen Einzelfortbildungen darstellt. Ob mit dieser Initiative mittel- bis längerfristig auch ein Zertifizierungssystem angepeilt werden soll, entzieht sich unseren Evaluationen, ist jedoch zu vermuten.

Beurteilung

Beim Projekt der AOK-Indikatoren handelt es sich um ein modernes, professionelles und breit abgestütztes System zur Qualitätsbewertung von Ärztenetzen mit Budgetverantwortung. Projektleitung, Projektteam und Expertengruppen rekrutieren sich alle aus dem Kern der erfahrenen europäischen Prominenz um das medizinische Qualitätsmanagement. Die Indikatoren umfassen sowohl allgemeine Struktureigenschaften des Netzes wie auch diagnosebezogene Guidelines respektive Disease Management Programme und können so über die Struktur- und Prozessqualität hinaus teilweise auch in der Ergebnisqualität angesiedelt werden. Das Gesamtprojekt befindet sich in der Erprobung. Nach unserer Beurteilung, die sich auf schweizerische Pragmatik und langjährige Erfahrungen mit praktikablen, realisierbaren Konzepten abstützt, handelt es sich hier um ein sehr umfassendes, komplexes und übermässig ambitiöses System, dies mit Bezug auf die Zielsetzungen, den Aufbau, die Vernetzung wie die Praktikabilität. Die zahlreichen diagnosebezogenen Indikatoren müssen zudem alle zwei bis drei Jahre nach dem gleichen Schema von Grund auf neu erarbeitet werden. Für einen breiten Einsatz zum kontinuierlichen Qualitätsmonitoring von Einzelpraxen eignet sich dieses System u.E. zurzeit noch nicht.

Kontakte / Adressen

Prof. Dr. med. Dipl. Soz. Joachim Szecsenyi, AQUA-Institut, Göttingen

3.6 Tabellarische Zusammenstellung und Vergleich

1. Teil	SwissPEP/ Quali Doc	EQAM	SIPA / (EPA)	HELSANA Ärzt rating	Guide Santé	QMN	AGPAL (Australien)	HEDIS (USA)	AOK (Deutschland)
Vision/ Zielsetzung/ Fokus	kontinuierliche Qualitätsentwicklung und Effizienzsteigerung durch 1) Patienten- und Teambefragung (Quali Doc) 2) darauf basierend Coaching zur Individualisierung von permanenten Qualitätsprozessen	Förderung von kontinuierlichen Qualitätsprozessen und Generierung von messbaren Verbesserungen durch periodische Bewertung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Zertifizierung, Gütesiegel)	schweizerisches, international validiertes Set von Qualitätsindikatoren basierend auf dem europäischen Projekt EPA zur Qualitätsbeurteilung von Struktur u. Organisation von Praxen	Gesamtsystem fokussiert auf die Erhebung der ärztlichen Kostendaten, adjuvanter Qualitätsteil auf Patientenbefragung beschränkt (entspricht dem Instrument von SwissPEP)	Transparenz / Mitbestimmung durch die Patientenschaft bei der Arztwahl (Strukturdaten, Patientenzufriedenheit, noch unklare Qualitätsbeurteilung)	Qualitätsentwicklungsprojekt für Ärztenetze und Einzelpraxen. Patronat: med-swiss.net. Ziel: Optimierung der Qualität der Ärzte, Netze, Schnittstellen	Kontinuierliche Qualitätsverbesserung durch Zertifizierung von ambulanten Praxen der Managed Care-Organisationen (Transparenz für Leistungseinkäufer). Häufige Basis für andere Indikatoren	bekanntes Indikatorensystem der NCQA zur qualitativen Bewertung von Managed Care-Organisationen (Transparenz für Leistungseinkäufer). Häufige Basis für andere Indikatoren	Indikatorenset zur Förderung und Bewertung der Qualität von Ärztenetzen mit Budgetverantwortung. Zielsetzung: Qualitätsvorgaben für Versicherungsverträge.
Zielgruppe	Grundversorgung (Einzel- und Gruppenpraxen, Ärztenetze, HMO)	bisher etabliert bei Managed Care-Modellen (HMO, Ärztenetze), zz. Ausweitung auf konventionelle Praxen (Koope-ration SIPA)	Praxen der ärztlichen Grundversorgung	Hauptziel sind ärztliche Praxen der Grundversorgung und der internen Medizin (Eignung breiter)	erste Phase: Grundversorger	Netzärzte und Ärztenetze von med-swiss.net	ambulante Praxen der medizinischen Grundversorgung, insb. Gruppenpraxen	Managed Care-Organisationen	In erster Phase Ärztenetze mit Budgetverantwortung (geeignetes Erprobungsfeld)
Funktion / System / Indikatoren	Patientenbefragung Quali Doc nach dem validierten Indikatorenset von Europep, Befragung zur Belastung des Praxisteam, statistische Auswertung, Evaluierung von Optimierungspotenzialen, massgeschneidertes Prozesscoaching	Qualitätsstandards (Soll und Muss) für HMO und Netze als Massstab für den Audit und die Zertifizierung (basierend auf den validierten Indikatoren von HEDIS und SIPA). Integriert ist die Patientenbefragung nach SwissPEP. Eigene Ombudsärztestelle	Die validierten Indikatoren umfassen Praxisinfrastruktur, Personal, Management, Kommunikation und Qualitätsmanagement. Einfache Erfassung durch Selbstdeklaration, Patientenbefragung und Praxisvisite (Auditor). Total 211 Indikatoren plus SwissPEP	Gesamtsystem umfasst die drei Teile Kostendaten, Strukturdaten, Qualitätsdaten. Letzterer ist eine Versichertenbefragung nach dem Schema SwissPEP und EQUAM	Transparenzindikatoren aus den Sets SIPA/EPA/EQUAM. Selbstdeklaration durch Ärzte. Patientenbefragung nach SwissPEP. Publikation vorgesehen (Qualitätsbeurteilung noch offen)	Assessment als Selbstdeklaration nach EFQM mit den SIPA-Indikatoren (Infrastruktur, Personal, Kommunikation, Finanzen, Qualitätsmanagement). Später evt. Zertifizierung durch EQUAM	komplexes System aus Soll- und Muss-Indikatoren. Assessment durch zwei „surveys“. Gemeinsame Überprüfung der Zielerreichung und Identifizierung neuer Ziele. Accreditation bei Erfüllung aller Bedingungen	Referenzsystem zu den validierten Indikatoren aus den 5 Themen Prävention, Akutbehandlung, Chronische Erkrankungen, Ärztliche Qualität, Servicequalität, Selbstdeklaration der Ärzte resp. Organisationen. Öffentliches „Sterne-Rating“	Qualitätsindikatoren umfassen netzbezogene, krankheitsbezogene (Asthma, Diabetes etc.) und leistungsbezogene Indikatoren, die in Assessments geprüft werden. Evt. eine Zertifizierung integriert werden.

2. Teil	SwissPEP/ Quali Doc	EQUAM	SIPA / (EPA)	HELSANA Ärzt rating	Guide Santé	QMN	AGPAL (Australien)	HEDIS (USA)	AOK (Deutschland)
Trägerschaft	60% FMH+SGAM, 40% die Hausärzte B.Künzi + W.Oswald (Initianten u. Geschäftsführung)	unabhängige Stiftung EQUAM, Stiftungsrat breit abgestützt (Ärzte, BSV, santésuisse, Patientenorgani- sationen, FMH etc.)	Als Schweizer Teil des EPA- Projekts getragen durch die Kooperation FMH, SwissPEP, EQUAM	Helsana	Allianz Guide Santé (Institutionen aus Kreisen von Patienten- und Konsumenten- schutz)	med-swiss.net, argomed, thurcare, hawadoc, zmed.	massgebliche Organisationen australischer ärztlicher Ver- bände	NCQA (National Committee for Quality Assurance)	AOK, Auftrag an AQUA-Institut (Institut für ange- wandte Qualitäts- förderung und Forschung im Gesundheitswesen)
Finanzierung	Honorare aus Befragungen, Auswertungen und Praxis-Coaching	EQUAM ist ein Non-Profit- Unter- nehmen, Einnahmen aus Zertifizierungen und Fund raising	Manpower durch FMH, SwissPEP, EQUAM, SanaCare	Helsana	Vorprojekt 2002 BSV und sas. Manpower durch FMH, EQUAM, Sana- Care etc.	Beiträge aus Trägerschaft, Assessments, Fund raising	aus Beiträgen der Verbände und aus den Zertifizierungen	NCQA (National Committee for Quality Assurance)	AOK
Etablierung	Gründung 1999. Quali Doc ist für die Patientenbefragung Goldstandard und als validiertes System auf Europep-Basis am weitesten verbreitet	Gründung 1999. Seit Januar 2003 beim Bund als Zertifizierungsstelle akkreditiert. Zunächst Fokus auf Managed Care, doch seit 2003 in Weiterentwicklung (konventionelle Praxen).	EPA-Start 2001, Schweizer Teil SIPA 2002. Kooperation FMH-SwissPEP- EQUAM seit Okt.2002. Z.z. befinden sich EPA und SIPA in der Pilotphase (30 Praxen)	Initiiert im Sommer 2001. Als klassischer Top-down- Ansatz teils schlechte Akzeptanz	Allianz Okt. 2001 gegründet. Vorprojekt Febr. 2002 abgeschlossen. Seit Mitte 2003 Mortatorium bis Vorliegen der Pilotresultate SIPA (auf Mitte 2004 erwartet)	Projektbeginn Januar 2002. Vorprojekt- Phase bis Ende 2003. Nutzung der SIPA- Indikatoren beschlossen. Teilnahme an Pilotprojekt	initiiert 1990, Feldversuche u. Validierung 1994 AGPAL ist in Australien das massgebliche Label	Das NCQA erteilt Akkreditierungen für Gesundheits- pläne seit 1991. Der Leistungs- einkauf von über 50% aller Gross- unternehmen basieren den Entscheid auf HEDIS	Auftragserteilung Januar 2001. Ex- pertenevaluation 2002. Projekt in Erprobung („work in progress“)
Reichweite / Bedeutung	Quali Doc: 280 Praxen und 13'000 Patientenbefra- gungen. Prozesscoaching noch im Aufbau	Bisher Fokus auf HMO (10 zertifi- ziert) und Ärzte- netze (2 zertifi- ziert). Einzel- praxen ab 2005	Breite Abstützung und Reichweite durch Einbettung ins europäische EPA-Projekt	Durch die Grösse von Helsana hohe Reichweite, falls genügende Akzeptanz	als Instrument für Transparenz über die ganze Ärzteschaft geplant	Ärztetzwerke von med- swiss.net	80% der zertifizierten Praxen sind nach AGPAL geprüft	Heute arbeiten rund 90% aller Health Plans mit den Indikatoren von HEDIS	Ärztetzetze mit AOK-V Vertrag, später auch Einzelpraxen vor- gesehen
Kooperation	Equip, EQUAM, SIPA/EPA, QMN, FMH, SGAM	SIPA/EPA, SwissPEP, Guide Santé	FMH, SwissPEP, EQUAM	Auswertung durch Uni Fribourg	BSV, FMH, sas, EQUAM, SwissPEP	noch keine ausserhalb med-swiss.net	alle grösseren ärztlichen Verbände	keine	AQUA-Institut (Prof.J. Szecsenyi)
Eignung für Q-Bemessung (Selektivität + Praktikabilität)	kein umfassendes System zur Quali- tätsbemessung. Als Patientenbefragung gut geeignet, ist Bestandteil der Systeme EQUAM, SIPA und AOK	bewährtes, gut eta- bliertes selektives Bemessungs- system für Managed Care, Set für konventionelle Einzelpraxen in Vorbereitung	Kein umfassendes System zur Quali- tätsbemessung. Indikatorenset für Struktur und Organisation (als Basis für ein Be- messungssystem gut geeignet)	Qualitätsteil als Patientenbefra- gung gut geig- net. Zu wenig umfassend für eine generellere Qualitätsbemes- sung, zu wenig selektiv	kein Qualitäts- bemessungs- system, sondern Instrument für Transparenz- schaffung (auf Basis der Indi- katoren SIPA und EQUAM)	Qualitäts- Förderungs- Instrument. Kein System zur Qualitäts- bemessung, kein Gütesiegel, sondern Indikatorenset	gut etabliertes, professionelles Zertifizierungs- system mit Schwerpunkt auf der Strukturqualität Selektiv und praktikabel	als Indikatoren- katalog des Managed Care nicht direkt für Qualitätsbemes- sung von Praxen und Netzwerken geeignet. Selektioniert nicht	Noch in Projektphase. In geplanter Version für Qualitätsbe- messung geeignet, jedoch sehr komplex und voraussichtlich zu aufwändig

4 Schlussbetrachtungen und Konsequenzen

4.1 Generelle Probleme der untersuchten Systeme

Die Recherchen und Evaluationen zeigen – nicht ganz unerwartet –, dass es weder für die Bemessung der Wirtschaftlichkeit noch für die Qualitätsbewertung gesamtheitliche, etablierte und allseits akzeptierte Methoden gibt, die sich bereits heute für ein breit angelegtes Monitoring der beiden Parameter Wirtschaftlichkeit und Qualität eignen. Im Qualitätsteil dürften nach gewissen Adaptierungen und Entwicklungsschritten die beiden Systeme EQUAM und AGPAL diesen Anforderungen sehr nahe kommen. Manche gebräuchlichen Systemansätze fokussieren aber mehr auf punktuelle oder partielle Aspekte, sei es, dass sie sich z.B. auf die Erhebung der Patientenzufriedenheit oder Indikatorenkataloge beschränken, die Wirtschaftlichkeit schwergewichtig aus dem Blickwinkel des Versicherungsrechts betrachten oder bei den ärztseits generierten Kosten die Folgekosten einer Behandlung oder Weiterweisung ausser acht lassen.

Es fällt weiter auf, dass kein einziges System in Gebrauch (oder wenigstens in der Projektphase) ist, das die beiden Postulate nach ökonomischer und qualitativ guter Versorgung in irgendeiner Form kombiniert. Entsprechend dem Konzept des Kosten-Nutzen-Denkens kann aber die Qualität nicht ohne den kritischen Blick auf die Wirtschaftlichkeit diskutiert werden, die Wirtschaftlichkeit lässt sich umgekehrt nur in Bezugsetzung zu einer relevanten Grösse der Qualität und unter systematischer Berücksichtigung der Morbidität beurteilen. Am nächsten kommt dieser Forderung, mindestens in der Projektanlage, das Helsana Ärzt rating, doch liegt hier das primäre Ziel unmissverständlich in einer Kostenbetrachtung; der Qualitätsteil beschränkt sich auf die Versichertenbefragung. Die top-down-Strategie seitens eines Grossversicherers stösst zudem auf viel Skepsis bis Ablehnung, wie dies in Deutschland auch die AOK erfahren muss. Ein umfassendes System, das den wechselseitigen inneren und äusseren Zusammenhang zwischen Wirtschaftlichkeit und Qualität, beides nach breit akzeptierten Definitionen, herzustellen vermag, gibt es zur Zeit nicht.

Die Untersuchungen zeigen im Weiteren, dass alle geprüften Methoden und Systeme die Begriffsinhalte *Wirtschaftlichkeit* und *Qualität* nach dem Prinzip des „pars pro toto“ behandeln: weil ausgewählte Strukturparameter und einige Prozesse einer ärztlichen Praxis anhand von durchaus geeigneten Indikatoren als gut befunden werden, schliesst man nach den Gesetzen der Wahrscheinlichkeit, dass die Chance ebenfalls gut ist, dass der betreffende Arzt eine qualitativ hoch stehende Medizin praktiziert; weil die in einer Praxis intern generierten Kosten je Konsultation überdurchschnittlich hoch sind, schliesst man nach den gleichen Gesetzen darauf, dass es sich um einen (zu) teuren Arzt handelt; wenn der Generica-Anteil in einer Praxis hoch ist, wird dies als Indiz für eine gesamthaft kostenbewusste Medizin gewertet. Die Urteile über die Wirtschaftlichkeit und die Qualität können also zwangsläufig nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit gefällt werden, die höher ist, je ausgefeilter und umfassender die Indikatorensysteme sind. Mit deren Komplexität steigt die Annäherung an die Realität und damit an die „Gerechtigkeit“ eines Bewertungssystems, es wird damit aber zunehmend unpraktikabel. Dabei kann die Ärzteschaft gleich an beiden Enden der Skala gegen irgend-

welche Kontrollen argumentieren: eine hoch komplexe, mehr oder weniger gerechte Methode mit ambitionierten Prozess- und Ergebnisindikatoren verursacht einen unverantwortbaren Aufwand, ein einfaches, gut praktikables System mit wenigen, einfachen Indikatoren bildet die Realität ungenügend ab. Die Kunst ist es, jene Indikatoren zu finden, die das abbilden, was gemessen werden soll (Prinzip der Validität). Das einfache, gerecht selektionierende und von allen Partnern gleichermaßen für aussagefähig befundene System gibt es ebenfalls nicht.

Schliesslich kann bei der Betrachtung der ausgewählten Systeme und Methoden festgestellt werden, dass ärztseits die Akzeptanz geringer ist, je eher ein top-down-Ansatz zugrunde liegt. Umgekehrt fällt auf, dass die auf ärztlichen Initiativen basierenden Systeme die höchste Akzeptanz und Verbreitung gefunden haben. Letztere sind aber tendenziell wieder den Versicherern suspekt, die von solchen Systemen, ihren Aufträgen entsprechend, eine gewisse differenzierende oder selektionierende Eigenschaft fordern. Der gleiche Diskurs kann zwischen Ärzten und Patienten und zwischen Patienten und Versicherern geführt werden. Ein Kompromiss-System, das den Interessen aller Partner dient und so allseits auf breite Akzeptanz stösst, existiert nicht. Die Idee eines Gütesiegels als entscheidende Grundlage für oder wider den Vertragsabschluss ist deshalb gegenwärtig unrealistisch und würde umgehend dazu führen, dass sich die Gerichte mit den Definitionen von Qualität und Wirtschaftlichkeit auseinandersetzen haben. Im Übrigen würden jene Ärzte benachteiligt, die schwierige und schlecht kooperierende Patienten behandeln.

Aus solchen Gründen und in Kenntnis der erwähnten Systembeschränkungen ziehen wir im Folgenden zunächst je ein *separates Fazit* zu den Evaluationen in den Teilen *Wirtschaftlichkeit* und *Qualität*. Anschliessend möchten wir alternative Wege diskutieren, um qualitätsfördernde und selektionierende Systeme trotz der Unvereinbarkeiten in den Systemzielen und -anforderungen pragmatisch zu etablieren. Dabei geht es nicht um Kompromissysteme, sondern um grundsätzlich andere Ansätze, die u.a. auf den Prinzipien der Anreizsetzung, der Verantwortlichkeitsdelegation und der Risikoverteilung beruhen. Die in diesem Bericht aufgeführten methodischen Ansätze haben in solchen Lösungen durchaus ihren Stellenwert.

4.2 Fazit aus den Evaluationen zum Teil Wirtschaftlichkeit

Seit Jahrzehnten besteht das Gebot der Wirtschaftlichkeit für freipraktizierende Ärzte, es ist fester Bestandteil der Gesetzgebung (siehe Abschnitt 2.3). *Wirtschaftlichkeit* verlangt nach einem optimalen Verhältnis von Input und Output. In der Arztpraxis ist damit das Verhältnis der erbrachten Leistungen zum gestifteten Nutzen gemeint. Leistungen verursachen Kosten, der Nutzen ist eine relative Grösse und schwierig zu erfassen. Das Gebot der Wirtschaftlichkeit ist bis heute kein zentraler Bestandteil des Berufsethos der Schweizer Ärzteschaft, das Streben nach maximaler Qualität steht im Vordergrund. Selten halten die verursachten Kosten die Ärzteschaft oder die Patienten davon ab, auf eine Massnahme zu verzichten. Die Ärzteschaft verfügt in der medizinischen Versorgung über das Behandlungsmonopol, die Einflussnahme von Nicht-Medizinern in ihren Kernbereich wird kaum toleriert.

Das Gesundheitswesen ist kein freier Markt, der nach den Gesetzen von Angebot und Nachfrage operiert, es ist stark reguliert. Die Ärzteschaft verrechnet ihre Leistungen den Patienten, diese sind aufgrund der Versicherungsdeckung am Preis der Leistungen nur marginal interessiert. In diesem regulierten Markt haben die Krankenversicherer den gesetzlichen Auftrag, die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes zu kontrollieren. Dieser Gesetzesauftrag wird, neben den eigenen Kontrollen der einzelnen Versicherungen, auch von *santésuisse*, dem Konkordat der Krankenversicherungen, wahrgenommen. Da Einzelfallprüfungen für eine breite Anwendung ungeeignet sind, setzt *santésuisse* für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit statistische Methoden ein. Damit wird der Konflikt zwischen Ärzteschaft und Versicherern praktisch unausweichlich: Die Ärzteschaft hat kein Verständnis für die Pauschalisierung ihrer Leistungen, für sie besteht ihre Arbeit aus Einzelkontakten mit Individuen, deren Leiden immer einzigartig ist. Ein Vergleich durch Dritte, bei dem sie einzig auf die Durchschnittskosten ihrer Fachkolleginnen reduziert werden, ist im Grunde inakzeptabel; das Gesetz verpflichtet sie jedoch zur Kooperation. Erschwerend wirkt, dass Ärzteschaft und Versicherer diametral unterschiedliche Vorstellungen davon haben, was „wirtschaftliche Arbeitsweise“ bedeutet: Die Ärzte sorgen sich um die eigenen Ressourcen, die Versicherer um diejenigen ihrer Prämienzahler (siehe Abschnitt 2.1.1), während die Situation der Versicherten paradox ist: Als Prämienzahler sind sie an einem möglichst kostengünstigen Gesundheitssystem interessiert, als Patienten erwarten sie maximale Leistungen.

Bei den statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch *santésuisse* fällt die Grosszahl der Ärztinnen und Ärzte nicht auf, ihre Durchschnittskosten bewegen sich innerhalb der akzeptierten Norm. Steht jemand im Verdacht der unwirtschaftlichen Praxisführung, kommt es zu Gesprächen zwischen den betroffenen Ärzten und den Vertretern von *santésuisse*. Meist findet sich eine aussergerichtliche Lösung: Entweder sind die höheren Kosten aufgrund von Praxisbesonderheiten gerechtfertigt oder die betroffenen Ärztinnen bemühen sich, künftig weniger Kosten zu generieren. Kommt es zu keiner Einigung, folgt der Gerichtsweg. Diese wenigen Gerichtsfälle erhalten in der Literatur zur Wirtschaftlichkeitsbemessung grosse Resonanz, die diversen Methoden der Wirtschaftlichkeitsprüfung werden schwergewichtig von der juristischen Warte aus betrachtet. Auch gelangen nur die polarisierenden Streitfälle an die Öffentlichkeit.

Was fehlt, ist eine sachliche transdisziplinäre Diskussion darüber, wie die Forderung nach einem (gesamt)wirtschaftlich sinnvollen Einsatz der medizinischen Leistungen zu erreichen ist.

Für Wirtschaftlichkeitsprüfungen wird in der Schweiz schwergewichtig die Methode des Arithmetischen Mittelwertvergleichs angewendet. Diese ist vom Bundesgericht und vom EVG akzeptiert. Die Methode der mittleren Abweichung und die Analysemethoden von Schmid können durchaus auch beweistauglich sein. Die für das EVG zentrale normative Bedeutung des arithmetischen Mittelwerts (Gruppenfallwert) bleibt bei diesen Methoden mit der zusätzlichen Berücksichtigung der Standardabweichung erhalten.

Die gegenwärtig eingesetzten Methoden der Wirtschaftlichkeitsbemessung haben eindeutig Mängel (siehe auch Abschnitt 2.3):

- Die heutigen Methoden beruhen einzig auf Kostendaten.
- Praxisbesonderheiten wie Alter und Morbidität der Patienten werden zu wenig differenziert.
- Die Qualität der medizinischen Leistungen wird nicht berücksichtigt.
- Die direkten Arztkosten werden gegenüber den generierten Folgekosten zu stark gewichtet. (dieser Mangel wiegt noch schwerer, wenn man bedenkt, dass die direkten Kosten lediglich ca. 20% der Gesamtkosten ausmachen).
- Bei kleinen Facharztgruppen können keine Durchschnittskostenvergleiche durchgeführt werden.
- Durch Kenntnis der Methode werden die Ergebnisse für die Leistungserbringer manipulierbar.

Es stehen gegenwärtig keine patientenmixbereinigte Methoden der Wirtschaftlichkeitsprüfung zur Verfügung. Einzig das Helsana Ärzterating berücksichtigt systematisch Geschlecht und Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers. Der Thurgauer Morbiditätsindikator zieht den Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten mit ein, dies durch Zuordnung zu einem der sieben Morbiditätsgrade.

Der Einbezug von Eigenschaften des Patientenstammes einer Ärztin, eines Arztes in die Wirtschaftlichkeitsprüfung wäre wünschenswert. Eine baldige Einführung von Angaben die über das Geschlecht und Alter hinausgehen, ist aber in den kommenden Jahren nicht zu erwarten. Aus Gründen des Datenschutzes³⁹, wehrt sich die Ärzteschaft stark dagegen, den Versicherungen detaillierte Diagnosedaten zu übermitteln.

Trotzdem sind u.E. die heute angewandten Methoden, die auf dem Durchschnittskostenvergleich beruhen, geeignet, den gesetzlichen Auftrag der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu erfüllen, auch deshalb weil versucht wird, die bestehenden Mängel durch eine relativ grosszügige Beweisgrenze abzuschwächen. Im Verdachtsfall werden Praxisbesonderheiten bis zu einem bestimmten Mass durch das System berücksichtigt. Der grosse Vorteil des Durchschnittskostenvergleiches ist die relativ einfache Durchführung und ihre grosse Reichweite. Durch letzteres kommt der effektive Nutzen dieser Form der Wirtschaftlichkeitsprüfung erst richtig zum Tragen: Ihre präventive Wirkung. Durch die jährlich kommunizierten Kostendaten wird die Ärzteschaft daran erinnert, dass bei der medizinischen Behandlung auch die Kosten zu berücksichtigen sind, und dass bei Nichtbeachten des Wirtschaftlichkeitgebotes mit Sanktionen zu rechnen ist.

Mit dem Start von TARMED wird sich die Datenbasis für santésuisse etwas verbessern. Der Durchschnittskostenvergleich kann kantonsübergreifend durchgeführt werden und kann auch für die Auswertung der Daten von kleinen Kantonen und seltenen Spezialisierungen eingesetzt werden. Auch von den Trust-Centers wird zukünftig umfassendes Datenmaterial routinemässig bereitgestellt. Theoretisch erlaubt beides eine effizientere und breiter abgestützte Beurteilung

³⁹ Bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung wie auch im Qualitätsmanagement ist das Thema *Datenschutz* wichtig. Aufgrund des grossen Umfangs dieser Thematik können wir in diesem Bericht nicht näher darauf eingehen.

des ärztlichen Handelns. Ob die ärzteigenen Daten auch tatsächlich in die Diskussion einfließen werden oder nur intern zur Verfügung stehen, wird sich zeigen. Ein sachlicherer Umgang aller Akteure mit den ungeliebten Wirtschaftlichkeits-Zahlen wäre begrüssenswert.

Bei der Diskussion zur Aufhebung des Kontrahierungszwanges muss betont werden, dass – zumindest zum Beginn des Systemwechsels – eine Vertragsverweigerung einem Ausschluss aus der Kassenpraxis gleichzusetzen ist und einen schwerwiegenden Schritt darstellt, *der objektiv begründbar sein muss*. Dies wird schwierig, da die Kassen einen Arzt nicht einzig anhand der Durchschnittskosten unter Vertrag nehmen werden, sondern auch aufgrund weiterer, so genannt ‚weicher‘ Kriterien. „Ausschlüsse“ würden juristisch angefochten, dies mit der Gefahr einer Patt-Situation bzw. mit dem Erhalt des bestehenden Systems.

Obwohl bis zu einem bestimmten Grad wirksam, ist die Wirtschaftlichkeitsprüfung nur ein „Tropfen auf den heissen Stein“. Sie kann die Ärzte dazu bewegen, ihre Honorare nicht unkontrolliert zu erhöhen, sie kann aber keine *wirkliche* Anreizänderung bewirken.

Daher sehen wir bei den Managed Care-Ansätzen, insbesondere bei jenen auf der Basis von Capitation, die grössten Chancen für eine nachhaltige Kostenkontrolle:

- Die neue Anreizstruktur ist für die Ärzte auch aus gesellschaftlicher Sicht sinnvoll, denn es besteht ein echtes Interesse die veranlassten Kosten tief zu halten (gleichgerichtete Interessenlage).
- Die Managed Care-Anreize bewirken bei den Ärzten eine Effizienzsteigerung, weil die Leistungserbringer aus Eigeninteresse konsequenter zwischen Mitteleinsatz und zu erwartendem Outcome abwägen werden (keine unnötigen Behandlungen, Berücksichtigung von EBM).
- Managed Care beruht auf einer konstruktiven Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Versicherern.
- Die Kontrolle erfolgt durch Peers, dies zeigt bei den Ärzten bessere Wirkung als *top-down-Ansätze*.
- Gatekeeping verhindert unnötige Mehrfachuntersuchungen und Therapien.

Auch die Hausarztmodelle bewirken Kosteneinsparungen:

- Gatekeeping verhindert unnötige Mehrfachuntersuchungen und Therapien
- es besteht Kostentransparenz für den gesamten Behandlungsverlauf
- eine hohe Wirtschaftlichkeit ist ein deklariertes Netzziel
- auch hier besteht eine kooperative Zusammenarbeit Ärzteschaft und Versicherungen

Ähnlich wie beim Qualitätsmanagement könnten auch bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit Indikatoren erhoben werden. Mögliche Indikatoren wären die Teilnahme an einem Benchmarking, Teilnahme an Qualitätszirkeln, EBM-Kenntnisse, Generikafreundlichkeit, Teilnahme an Forschungsprojekten zur Wirtschaftlichkeit etc.

Im Interesse aller ist im konflikträchtigen Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Methoden und Ansätzen zu suchen, die aus der Konfrontation zwischen Ärzteschaft und Versicherern weg führen, denn (echte) Wirtschaftlichkeit im volkswirtschaftlichen Sinn, kann nur freiwillig von Ärzten erreicht werden. Den Ärztinnen und Ärzten müssen Anreize gegeben werden, um diesen Kulturwandel zu vollziehen.

Wirtschaftlichkeit kann im Gesundheitswesen nicht im streng ökonomischen Sinn verstanden und erhoben werden. Die maximale Leistung zu minimalen Kosten wird nicht angestrebt und ist kein Thema. Dies nur schon deshalb, weil Kosten und Nutzen nicht genau gemessen werden können. Mit dem Begriff *Wirtschaftlichkeit* wird vielmehr eine Behandlungsweise verstanden, die *auch* die Kosten einer Behandlung mitberücksichtigt und bei der die *Effizienz der Therapie* im Vordergrund steht und nicht die Einkommensoptimierung der Praxisärztin, des Praxisarztes. Vor diesem Hintergrund muss die Wirtschaftlichkeitskontrolle als Schutz vor massloser Honorierungspraxis von Monopolisten und weniger als *Ökonomisierung* des Gesundheitswesens verstanden werden.

Die Prüfpraxis zeigt auf, dass die Mehrzahl der Ärztinnen und Ärzte diesem Wirtschaftlichkeitsverständnis genüge tut. Durch eine andere Anreizstruktur wäre jedoch einiges mehr möglich.

4.3 Fazit aus den Evaluationen zum Teil Qualität

Erwartungsgemäss sind die Systeme und Methoden zur Qualitätsbemessung besser validiert und differenzierender aufgebaut als diejenigen zur ökonomischen Bewertung. Teils sind die Systeme bereits mehrjährig in Gebrauch und werden kontinuierlich weiterentwickelt. Am umfassendsten und mit Blick auf eine gleichermassen qualitätsfördernde wie selektionierende Wirkung präsentieren sich das australische *AGPAL* (vgl. Absatz 3.5.3) und das schweizerische *EQUAM* (vgl. Absatz 3.4.2). Beide fokussieren einstweilen jedoch noch auf spezifische Nutzerkreise, und beide haben sich noch nicht zu einem eigentlichen Label mit einer gewissen Unverzichtbarkeit entwickeln können. Der Grund liegt darin, dass das Führen dieser Gütesiegel mit keinerlei geldwerten Vorteilen verbunden ist, wenn man von einem gewissen PR-Effekt absieht. Erst wenn leistungsorientierte Vergütungsformen und ein gewisser Vertragswettbewerb politisch umgesetzt werden können, besteht ärzteseitig ein Anreiz zu einem solchen Effort. Beide Systeme, *AGPAL* und *EQUAM*, haben jedoch unbestreitbar das Potenzial, sich in einem solchen politischen Prozess als qualitätsfördernde Bewertungssysteme zu etablieren.

Im Gegensatz zu den USA, wo eine unübersichtliche Systemvielfalt und ein verwirrender Modellwettbewerb herrschen, zeigen sich insbesondere in der Schweiz eine bemerkenswerte Konvergenz und eine zunehmende Rollenklärung der etablierteren Systeme. Keines der betrachteten Systeme will und kann den Anspruch zur ultimativen Methodik des Qualitätsmanagements erheben, einige können jedoch integrierter Teil eines Gesamtsystems darstellen. Wenn auch alle hier beurteilten Methoden die Förderung der medizinischen Qualität als ihre prioritäre Zielsetzung nennen, so wird die Zielerreichung doch über sehr unterschiedliche

Strategien und Akzentsetzungen gesucht. *Quali Doc* und *ARPAZ* sind in erster Linie Methoden zur Erhebung der Patientenzufriedenheit. Der *Guide Santé* will für die Versicherten eine Transparenz im Prozess der Arztwahl erreichen. *SIPA* fördert die Qualitätsprozesse durch Bereitstellung validierter Indikatorensysteme. *EQUAM* definiert sich als Zertifizierungsstelle.

Noch bemerkenswerter ist, dass sich unter den einzelnen Systemanbietern eine zunehmende Zusammenarbeit und Arbeitsteilung entwickelt hat, die bereits heute zur Nutzung von Synergien führt. Exemplarisch sei hier auf die Kooperation *FMH-SwissPEP-EQUAM-Quali-med-net* verwiesen, die sich im Projekt *SIPA/EPA* manifestiert. So stellt *SIPA* im Rahmen des europäischen *EPA*-Projekts die validierten Indikatorensets bereit, prüft diese in Vor- und Pilotassessments und integriert die Befragungen nach *SwissPEP* respektive *EUROPEP*. Aus den geprüften Indikatoren der *SIPA*, teils auch der *AOK*, wählt *EQUAM* die für eine Zertifizierung geeigneten aus, ergänzt sie um einige Indikatoren der Prozess- und Ergebnisqualität und setzt die „Messlatten“ in Form von Standards für die Zertifikaterteilung. Teil der Zertifizierung ist auch die Befragung und Auswertung nach *SwissPEP*. Der Dachverband der Ärztenetzwerke (*med-swiss.net*), der seit Anfang 2002 an einem eigenen System zur Bemessung und Zertifizierung der Netze (*Quali-med-net*) arbeitet, ist inzwischen gleichermassen auf die Indikatoren der *SIPA* und damit auch auf die Kooperation mit den drei andern Institutionen eingeschwenkt. Ein entsprechender Konsortiumsvertrag zwischen den vier erwähnten Institutionen dürfte noch vor Mitte 2004 unterzeichnet werden.

Alle hier beurteilten Systeme der Qualitätsbemessung sind v.a. bottom-up-Initiativen, meist aus Kreisen des Managed Care. Etwas abseits steht diesbezüglich das *Helsana Ärzterating*, bedingt auch der *Guide Santé*. Gemeinsam ist den meisten der geprüften Systeme, dass sie die Aspekte der Outcome-Qualität auf die Erhebung der Patientenzufriedenheit einschränken. Die Gründe dazu sind dargelegt worden (vgl. Abschnitt 3.4). *ARPAZ* ist in seinen Assessments eher strukturlastig, während *EQUAM* einen ausgewogenen Mix aus Indikatoren respektive Standards aus der Struktur- und Prozessqualität präsentiert, ergänzt um die Outcome-Erhebung nach *SwissPEP*. Es wird gegenwärtig geprüft, wieweit in der nächstfolgenden *EQUAM*-Version noch einzelne diagnosebezogene Indikatoren der Ergebnisqualität ergänzt werden können, wie diese im Indikatorensystem der *AOK* bereits teilweise integriert sind.

4.4 Alternative

In unseren Ausführungen, insb. unter Abschnitt 4.1 (Generelle Probleme der untersuchten Systeme), haben wir auf die Schwierigkeiten einer gerechten, die Realität abbildenden, praktikablen und integrierten Beurteilung der ärztlichen Qualität und Wirtschaftlichkeit hingewiesen. Welche Wege, Systeme und Methoden zur Bewertung oder Beurteilung gewählt werden, es ist nicht zu erwarten, dass in absehbarer Zeit irgendwelche Indikatoren über geldwerte Vorteile oder gar über den Erhalt eines Versicherungsvertrags entscheiden werden. Es geht um tiefgreifende Unvereinbarkeiten in den Zielsetzungen und Systemanforderungen aus der Sicht der beteiligten Akteure, die auf dem Weg von Regulativen nicht überbrückt

werden können. Trotzdem sind die Postulate des KVG wie auch diverser Institutionen nach einer gleichermassen ökonomischen wie qualitativ guten medizinischen Versorgung real, aktuell und auch im ethischen Kontext imperativ.

Wenn solche realen Unvereinbarkeiten im Systemdesign den gleichermassen realen Postulaten nach einem wirksamen und transparenten Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsmonitoring gegenüberstehen, muss der *Grundsatz* der Forderung nach Bemessung kritisch überprüft werden. In diesem Fall liegt die Unvereinbarkeit wohl in der zugrundegelegten Fragestellung. Die Bewertung per se (oder gar ein Rating) kann nicht die oberste Zielsetzung darstellen, sondern ist lediglich ein Mittel, um eine ökonomische und qualitativ gute Medizin zu fördern (*Prozessoptimierung*) und unökonomische und qualitativ ungenügende Ärzte zu identifizieren (*Selektivität*). Mit welchen Mitteln diese Zielsetzungen erreicht werden, ist sachlich und politisch unwichtig. Die in diesem Bericht aufgeführten methodischen Ansätze und Lösungen können dabei durchaus integriert werden.

Wir möchten die Anforderungen an solche Strategien formulieren. Demgemäss geht es nicht mehr um eine *Bewertungsmethode*, sondern um ein *integriertes System* zur Erreichung der Ziele *Prozessoptimierung* und *Selektivität*. Dies setzt einen Kulturwandel voraus, wie er im Gesundheitswesen erst vor ein paar Jahren eingesetzt hat. Wir formulieren folgende Systemanforderungen:

- *Praktikabilität*
(einfach zu handhaben, einfache Assessments, vertretbarer Aufwand)
- *Differenzierung*
(valide mit Bezug auf Qualität und Wirtschaftlichkeit, reliabel, sensitiv, Anforderungen selektionieren)
- *Transparenz*
(Indikatoren öffentlich und gut verständlich, Erfassung der Gesamtkosten, Gatekeeping, Morbiditätsbezug)
- *Integrierte Betrachtung*
(Qualität und Wirtschaftlichkeit)
- *Förderung von Qualitätsprozessen*
(Kooperation / Arbeitsteilung zwischen den betrachteten Systemen: Indikatoren, Patientenerhebung, Zertifizierung, Coaching, Transparenz)
- *Anreize für Ärzte zu zielgerichtetem Verhalten*
(Freiwilligkeit, jedoch Vorteile aus ökonomischem Verhalten und guter medizinischer Qualität)
- *Anreize für Versicherte*
(Freiwilligkeit, jedoch Vorteile aus ökonomischem und systemkonformem Verhalten)
- *Benchmarking durch Versicherer / Managed Care-Organisationen*
(Top-down-Prinzip durch strategische Eckwerte)
- *Politischer Support*
(Erleichterungen auf dem Gesetzesweg, Vertragswettbewerb)

Es gibt solche Systeme ansatzweise bereits in der mittlerweile grossen Modellvielfalt des Managed Care, wo eine Anreizumkehr vorgedacht, erprobt und punktuell auch etabliert ist. Teils haben sich hier bereits auch Mechanismen der Selbstregulation von qualitativen und ökonomischen Parametern entwickelt. Doch auch in der Versorgung nach dem traditionellen Muster finden solche Postulate und Überlegungen immer mehr Eingang, weshalb wir die Systemevaluation nicht auf die Modelle des Managed Care im engeren Sinn beschränken dürfen.

In den meisten praktizierten Systemen und Netzwerken des Managed Care ist die ärztliche *Risikobeteiligung* noch sehr beschränkt ausgestaltet, doch ist hier ein sukzessives Umdenken festzustellen. Wenn wir solche, noch pionierhafte Netzwerke in Bezug auf obige Systemanforderungen prüfen, so stellen wir in vielen Punkten bereits eine gute Übereinstimmung fest und bei allen das Potenzial dazu. Entscheidend für die Etablierung neuer Systeme wird sein, wer von den Partnern im Gesundheitswesen ein Interesse hat, neue Anreize zu setzen. Denn die Ärzte- und die Patientenschaft sind sich sicher, durch eine Abkehr vom konventionellen System nur zu verlieren, und als Verlust werden die Übernahme von Budgetverantwortung respektive eine noch so moderate Einschränkung der freien Arztwahl gewertet.

Drei Aspekte dürfen in diesem Zusammenhang nicht unerwähnt bleiben. Die von uns in diesem Bericht verwendete Definition des Begriffs *Managed Care* ist weitest möglich gefasst und schliesst alle Steuerungsinstrumente und marktwirtschaftlichen Versorgungsmodelle mit ein, die nicht nach dem konventionellen, auf der Einzelleistungsverrechnung basierenden System funktionieren. Die Erkenntnis hat sich in den vergangenen Jahren durchgesetzt, dass die Kostenentwicklung mit dem konventionellen System kaum aufzuhalten ist. Es ist eine rein politische Entscheidung, ob man es bei dieser Erkenntnis belassen will. Wenn nicht, bleibt nur die Öffnung in Richtung neuer Systemansätze, dies in- und ausserhalb der bereits praktizierten Modelle des Managed Care. Wesentlich ist mit Blick auf die Realisierbarkeit und Akzeptanz irgendwelcher Systeme das Prinzip der Freiwilligkeit für Ärzte und Versicherte, in welchem System sie partizipieren wollen. Ein Nebeneinander des alten und eines oder mehrerer neuer Systeme muss möglich sein, die Entscheidung für eine kostenbewusstere Variante kann nur über eine geeignete Anreizsetzung gesteuert werden.

5 Abkürzungen

AAGP	Australian Association of General Practitioners
AAPM	Australien Association of Practice Managers
ADGP	Australien Divisions of General Practice
AGPAL	Australian General Practice Accreditation Limited
AMA	Australien Medical Association
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen
ARPAZ	Arbeitsgemeinschaft Patientenzufriedenheit, Vereinigung der Zürcher Internisten
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BIP	Bruttoinlandprodukt
BFS	Bundesamt für Statistik
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
DIN	Deutsche Industrie-Norm
DKV	Durchschnittskostenvergleich
EBM	Evidence based medicine
ETH	Eidgenössische Technische Hochschule
Equip	European Working Party and Quality in Family Practice
EQUAM	Externe Qualitätskontrolle in der Medizin
EUROPEP	Europäische Task Force on Patient Evaluation of General Practice
EPA	European Practice Assessment
EVG	Eidgenössisches Versicherungsgericht
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
HEDIS	Health Plan Employer Data and Information Set
HMO	Health Maintenance Organization
ISO	International Organization for Standardization
IPA	Individual Practice Association
KSK	Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung

MA	Methode der mittleren Abweichung
mm Hg	Millimeter Quecksilber, Mass für die Blutdruckmessung
MPA	Medizinische Praxisassistentin
NNT	Number Needed to Treat, Beriff aus EBM
NCQA	National Committee for Quality Assurance
NPCRDC	National Primary Care Research an Development Centre
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
QMN	Quali-med-net
QGW	Koordinationsgruppe Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen
pmpm	per member per month
PS	Methode des Perzentilensystems
RACGP	Royal Australien College of General Practitioners
RDAA	Rural Doctor's Association of Australia
REH	Repräsentative Einzelfallsprüfung mit Hochrechnung
RSS	Rechnungsstellerstatistik
SGK	Gesundheitskommission des Ständerates
SIPA	Schweizerische Initiative für Praxis-Assessment
SQS	Schweizerische Vereinigung für Qualitäts- und Managementsysteme
TMI	Thurgauer Morbiditätsindikator
TOPAS	European Taskforce on Practice Assessment
WHO	World Health Organization

6 Experten

Amstutz Roland, Fürsprecher, Leiter Projekt *Wirtschaftlichkeitskontrolle*, santésuisse, 3008 Bern

Beule Wolfgang, Diplom-Psychologe, Projektleiter *Patientenzufriedenheit*, Helsana Versicherungen AG, Stadelhoferstrasse 25, 8024 Zürich

D'Angelo Marco, lic.rer.pol., Leiter Datenpool, santésuisse, Römerstrasse 20, 4502 Solothurn

Christen Peter, Dr. med., FMH für Allgemeinmedizin, Limmattalstrasse 177, 8049 Zürich

Geser Guido, Regionenleiter/Geschäftsführer santésuisse Region Ost I, Löwenstrasse 29 8021 Zürich

Häcki Martin, Dr. med., FMH für Innere Medizin, Gubelhangstrasse 6, 8050 Zürich

Künzi Beat, Dr. med., FMH für Allgemeinmedizin, SwissPEP – Institut für Qualität und Forschung im Gesundheitswesen, Mattenstrasse 9, Postfach, 3073 Gümligen

Langenegger Manfred, lic.rer.pol., Leiter Fachstelle Qualitätsmanagement, Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern

Marti Christian, Dr. med., Geschäftsleiter Wintimed AG, Rosinliweg 44, 8400 Winterthur

Oswald Walter, Dr. med., SwissPEP – Institut für Qualität und Forschung im Gesundheitswesen, Mattenstrasse 9, Postfach, 3073 Gümligen

Philipp Urs, Dipl.Pharm. ETH, MHA, Geschäftsführer SanaCare, Lagerhausstrasse 11, 8401 Winterthur

Roth Felix, lic.rer.pol., Geschäftsführer EQUAM-Stiftung, Postfach, 4002 Basel

Schelling Johannes, Betriebsökonom FH, Kaufmännische Leitung TustX Management AG, Postfach 216, 8411 Winterthur

Schmid Heinz, Prof. Dr., Versicherungsmathematischer Experte, 4105 Biel

Szecsényi Joachim, Prof. Dr.med., Dipl.Soz., AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen

Wiederkehr-Steiger Eveline, EMBA HSG, Projektleiterin *Helsana Ärzterating*, Helsana Versicherungen AG, Stadelhoferstrasse 25, 8024 Zürich

von Below Georg C., Dr. med., Leiter Stabstelle Qualitätsmanagement, FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, Elfenstrasse 18, 3000 Bern 16

7 Literatur

- AGPAL. (2002). A guide toward accreditation.
- Arnold M., Lauterbach KW., et al. (eds) (1997). Managed care. Stuttgart: Schattauer.
- Bahrs O., Gerlach F., et al. (2001). Ärztliche Qualitätszirkel. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Bassi F., Preiswek G. (2003). Erläuterungen zur Jahresauswertung für das Hausarztmodell CareMed.
<http://www.sanacare.ch/web/pdf/Die%20Jahresauswertung%20der%20SanaCare.pdf>.
- Baumann P., Rembs E. (2000). Chance zur Datenparität nutzen! Schweizerische Ärztezeitung, 22, 1159-1161.
- BFS. (2003a). Gesundheitskosten in der Schweiz. Entwicklung von 1960 bis 2000. In: StatSanté. (ed). Neuchâtel: BFS.
- BFS. (2003b). Statistisches Jahrbuch der Schweiz. Zürich: Neue Zürcher Zeitung.
- Binder S., Schweinberger F. (1993). Methoden einer nachgehenden Ökonomiekontrolle. Soziale Sicherheit, 558-563.
- Breyer F., Zweifel P. (1999). Gesundheitsökonomie. Berlin: Springer.
- BSV. (1998). Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. Forschungsbericht 1/98.
- BSV. (1999). Qualitätssicherung – Bestandesaufnahme. 10, 24 ff.
- BSV. (2001). Statistik über die Krankenversicherung 2000. Bern: BBL.
- Buff R., Kappeler O., et al. (2002). Managed-Care-Entwicklung im Kanton Thurgau. Schweizerische Ärztezeitung, 51/52, 2830-2837.
- Bührer A., Eugster W., et al. (2003). Ist das Helsana-Ärzt rating signifikant? Schweizerische Ärztezeitung, 19, 960.
- Campbell N., Roland M., et al. (1999). Defining Quality of Care. Soc Sci Med, 51, 1611-1625.
- Dejung B. (2003). Die ganz grossen Fehler sind noch nicht gemacht worden. Schweizerische Ärztezeitung, 13, 567.
- Domenighetti G., Bisig B., et al. (1996). Consommation chirurgicale en Suisse et comparaison avec la France. Lausanne: Réalités sociales.
- Donabedian A. (1980). Exploration in quality assesment and monitoring. 1. The definition of quality an approaches to its assesment. Health Administration Press.
- Dubey A., Dufresne F. (2000). Etude du contrôle du caractère économique des traitements basé sur les statistiques du Concordat des assureurs maladie suisse. Lausanne.
- Dubs L. (2002). Die Kunst der Unterlassung. Unsorgfältige Studien fördern eine Maximalmedizin. NZZ, 29.
- Eisenring Ch. (2003). Kostendämpfung dank Managed Care; Risikobereinigte Ersparnisse von 10 bis 30 Prozent. NZZ, 23.
- Ess SM. (2002). Outcomes research and economic evaluation. Basel: Schwabe FMH.
- Eugster G. (2003). Wirtschaftlichkeitskontrolle ambulanter ärztlicher Leistungen mit statistischen Methoden. Bern: Haupt.

- Filler G., Hermanns PM. (2002). Die Wirtschaftlichkeitsprüfung in der Arztpraxis. Bern: Huber.
- GAESO. (2003). Ärzte werden für die umsichtige Betreuung von Langzeitkranken finanziell bestraft. Schweizerische Ärztezeitung, 50, 2664-2665.
- Geser G. (1997). Wirtschaftlichkeitskontrolle: Der Skalp ist Nebensache. Arzt & Praxis, 7-10.
- Gmür R. (2003). Fallkosten in der Psychotherapie. Schweizerische Ärztezeitung, 14, 638-642.
- Gnädinger M. (2003). Schwarze Schafe. Schweizerische Ärztezeitung, 13, 568-569.
- Grol R., Pringle M., et al. (2002). Measuring „goodness“ in individuals and healthcare systems. BMJ, 325, 704-707.
- Güntert B. (1998). Zwischen Rationalisierung und Rationierung – ökonomische oder politische Strategien zur rationalen Allokation von Gesundheitsgütern. In: Feuerstein G., Kuhlmann E. (Ed.), Rationierung im Gesundheitswesen. Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Güntert B. (2000). Qualitätsmanagementmodelle für das Gesundheitswesen; Referat an der 3. Jahrestagung des Landesinstituts für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW. Dortmund.
- Hasler N. (2002). Einkommensverhältnis der freien Ärzteschaft der Schweiz. Schweizerische Ärztezeitung, 46, 2481.
- Helsana. (2002). Fragebogen für Praxisärzte PDF 12.08.2002. Besonderheiten Arztpraxis. <http://www.helsana.ch/?wm=m%28148%29>.
- Helsana. (2003a). Projekt Ärzterating. <http://www.helsana.ch/?wm=m%28148%29>.
- Helsana. (2003b). Datenblatt Arztkosten 2002 PDF 14.07.2003. <http://www.helsana.ch/?wm=m%28148%29>.
- Hoberg R. (2002). Fachtagung „Qualitätsindikatoren“ der AOK. Köln: AOK.
- Huber F., Marti C., et al. (2002). Managed Care in der Schweiz. Schweizerische Ärztezeitung, 48, 2629.
- Kötter U. (2001). Wirtschaftlichkeitskontrolle – Ein Erfahrungsbericht aus Deutschland. In: Schaffhauser R., Kieser U. (Ed.), Wirtschaftlichkeitskontrolle in der Krankenversicherung. St. Gallen: Schriftenreihe des Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis IRP-HSG.
- Künzi B. (1999). Verbesserung der medizinischen Versorgung durch Einbezug der Patienten. Managed Care, 1, 14 f.
- KVG. (2003). Handbuch der Schweizerischen Krankenversicherung. Solothurn: santésuisse.
- Lauterbach KW., Schrappe M. (2001). Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Stuttgart: Schattauer.
- Lawrence P., Casalino MD. (1999). Half moon bay. The New England Journal of Medicine, 341, 1147-1150.
- Lehmann H. (2003). Managed Care. Kosten senken mit alternativen Krankenversicherungsformen? Zürich: Rüegger.
- Lenggenhager C. (2003). Schilderungen des Verhältnisses zwischen der santésuisse und der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Kanton St.Gallen aus Sicht eines Betroffenen. Schweizerische Ärztezeitung, 84, 635-637.

- Longchamp C., Golder L., et al. (2003). Das Sorgenbarometer 2003 der Credit Suisse. Credit Suisse. http://emagazine.credit-suisse.com/_product_documents/_articles/42416/Sorgenbarometer-2003-final.pdf.
- Luce B., Elixhauser A. (1990). Standards for socioeconomic evaluation of health care products and services. Berlin: Springer.
- Manning M. (2001). Physician profiling can help build a doctor-centered plan. *Managed Health Care Executive*, 43-44.
- Manser M (2003) Ärzt rating. Die Sicht der Helsana. Paper presented at Von der messbaren Qualität zur Outcome Messung. Novartis.
- Marshall M., Campbell S., et al. (2002). Quality indicators for general practice; The nuffield trust for research an policy studies in health services. Royal Society of Medicine Press.
- Nickerson. (1999). A methodology for choosing a physician profiling system: The case of first option health plan. *Journal of Health Care Finance*, 26, 5-8.
- Noth J., Spycher S. (2002). Auswirkungen der Einführung des santésuisse-Datenpools auf die Prüfung der Wirtschaftlichkeit von Leistungsbringern nach Artikel 56 KVG. Gutachten im Auftrag von santésuisse. Bern: Die Schweizer Krankenversicherer.
- Perrig C. (2002). Schwarze Schafe sind die Ausnahme. Interview mit R. Amstutz. *Infosantésuisse*, 5, 10-11.
- Philipp R. (2003). Wirtschaftlichkeitsprüfung. Warum nimmt die santésuisse nicht Stellung? *Schweizerische Ärztezeitung*, 13, 567-568.
- Pine M. (2001). Measuring and managing of clinical outcomes. *The managed health care handbook*, 4, 556 ff.
- RAND. (1997). Quality of Care for General Medical Conditions. A Review of the Literature and Quality Indicators. Santa Monica, CA: RAND Corporation.
- Reck R. (1993). Pauschalbeanstandungsverfahren im Kanton Zürich. *Schweizerische Ärztezeitung*, 27.
- Rickenbacher M. (2001). KSK-Statistik, Wirtschaftlichkeitsprüfung. *Schweizerische Ärztezeitung*, 10, 512.
- santésuisse. (2003). Handbuch der Schweizerischen Krankenversicherung. Solothurn: Die Schweizer Krankenversicherer.
- santésuisse. (2004). Zahlen und Fakten. http://www.santesuisse.ch/de/index.html?SID=1b693b5d0b1520efebad621b63b6b987&contentUrl=dyn_output.html%3Fcontent.vname%3Dportal.
- Scanlon., Chernew. (1999). Measuring and managed care enrollment. *HEDIS*, 13.
- Schmacke N. (2002). Qualitätsindikatoren für Arztnetze als Beitrag zur Innovation der medizinischen Versorgung. *Ärztezeitung*.
- Schmid H (1987) Finanzielle Anreize und fehlender Markt im Gesundheitswesen. Ein Schweizer Modell. Fischer.
- Schmid H. (2001). Überlegungen aus versicherungsmathematischer/statistischer Sicht. In: Schaffhauser R., Kieser U. (Ed.), *Wirtschaftlichkeitskontrolle in der Krankenversicherung*. St. Gallen: Schriftenreihe des Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtpraxis IRP-HSG.

- Schüpbach S., Müller S., et al. (2003). Schweizerische Sozialversicherungsstatistik 2003. Bundesamt für Sozialversicherungen.
http://www.bsv.admin.ch/publikat/svs/d/svs_2003_d.pdf.
- Schürer C. (2001). Honorarrückforderung wegen Überarztung bei ambulanter ärztlicher Behandlung – Materiellrechtliche Aspekte. In: Schaffhauser R., Kieser U. (Ed.), Wirtschaftlichkeitskontrolle in der Krankenversicherung. St. Gallen: Schriftenreihe des Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis IRP-HSG.
- Schürer C. (2001). Überarztung und deren Folgen. Krankenversicherung, 9, 8-9.
- Siegenthaler R., Geser G. (1997). Der Skalp ist Nebensache. Arzt & Praxis, 2, 7-10.
- Sommer JH., Gutzwiller F. (1986). Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit im schweizerischen Gesundheitswesen. Bern: Huber.
- Spöndlin R. (2003). Die Krankenkassen bitten einen Arzt zur Kasse. soziale medizin, 4, 12-13.
- Tagblatt. (2004). Ärzte müssen zurückzahlen.
http://www.tagblatt.ch/printartikel.cfm?pass_id=861375.
- Taylor M. (2000). one by one. Modern Healthcare, 1-4.
- Thommen J-P. (1992). Betriebswirtschaftslehre. Zürich: Thommen.
- TrustCenter. (2002). Aktuelles. www.newindex.ch/aktuelles.asp.
- trustX. (2004). Welche Informationen bietet mir der Praxisspiegel?
http://www.trustx.ch/d/ps_2.htm.
- Vogt U. (2003). Wirtschaftlichkeitsprüfung, um die schwarzen von den weissen Schafen zu trennen. Schweizerische Ärztezeitung, 3, 75-76.
- Wanders A-C., Heiniger M (2003) Demographisches Glossar Demos - Informationen aus der Demographie. Bundesamt für Statistik.
- Wensing M., Mainz J., et al. (2000). A standardized instrument for patients' evaluations of general practice care in europe. British Journal of General Practice.
- Wieland HP. (2003). Ist die Statistik der santésuisse "psychiatrietauglich"? Schweizerische Ärztezeitung, 22, 1170-1171.
- Wintimed. (2004). Entwicklung der Kosten 1996 - 2002 in unserem Kollektiv.
<http://www.wintimed.ch/inzahlen.htm>.
- Zweifel P., Felder S. (eds) (1996). Eine ökonomische Analyse des Alterungsprozesses. Haupt, Bern.

8 Verfasser

Claudia Eisenring, 1966, lic.phil.I, Pflegefachfrau AKP, arbeitet seit Januar 2003 im WIG als wissenschaftliche Mitarbeiterin. Während ihrem Studium an der Universität Zürich hat sie sich auf gesundheitswissenschaftliche Fragestellungen konzentriert, insbesondere im Bereich der Gesundheits- und Versicherungsökonomie (bei Prof. P. Zweifel) und Gesundheits- bzw. Medizinsoziologie (bei PD P.C. Meyer).

E-Mail: claudia.eisenring@zhwin.ch

Internet: www.wig.ch

Kurt Hess, 1943, Zürich, Dr.med. Universität Zürich et lic.oec. Universität St.Gallen, FMH für Allgemeinmedizin. Managementausbildung unter anderem an der Stanford University. 1992 Eintritt in die Pionier-HMO Zürich-Wiedikon als Grundversorger, 1997 Leitender Arzt. Mitaufbau der Praxis, weiterer HMO-Zentren sowie der Strukturen und Produkte der SanaCare AG, als deren Geschäftsleitungsmitglied er von 1994 bis 2002 verantwortlich für den Bereich HMO zeichnete. Mitinitiant der unabhängigen Stiftung EQUAM (Externe Qualitätskontrolle in der Medizin). Seit 2003 selbstständige Tätigkeit als Consultant und Leiter von Projekten und Studien im Gesundheitswesen.

E-Mail: kurt.hess@sanacare.ch

Internet: www.sanacare.ch, www.equam.ch