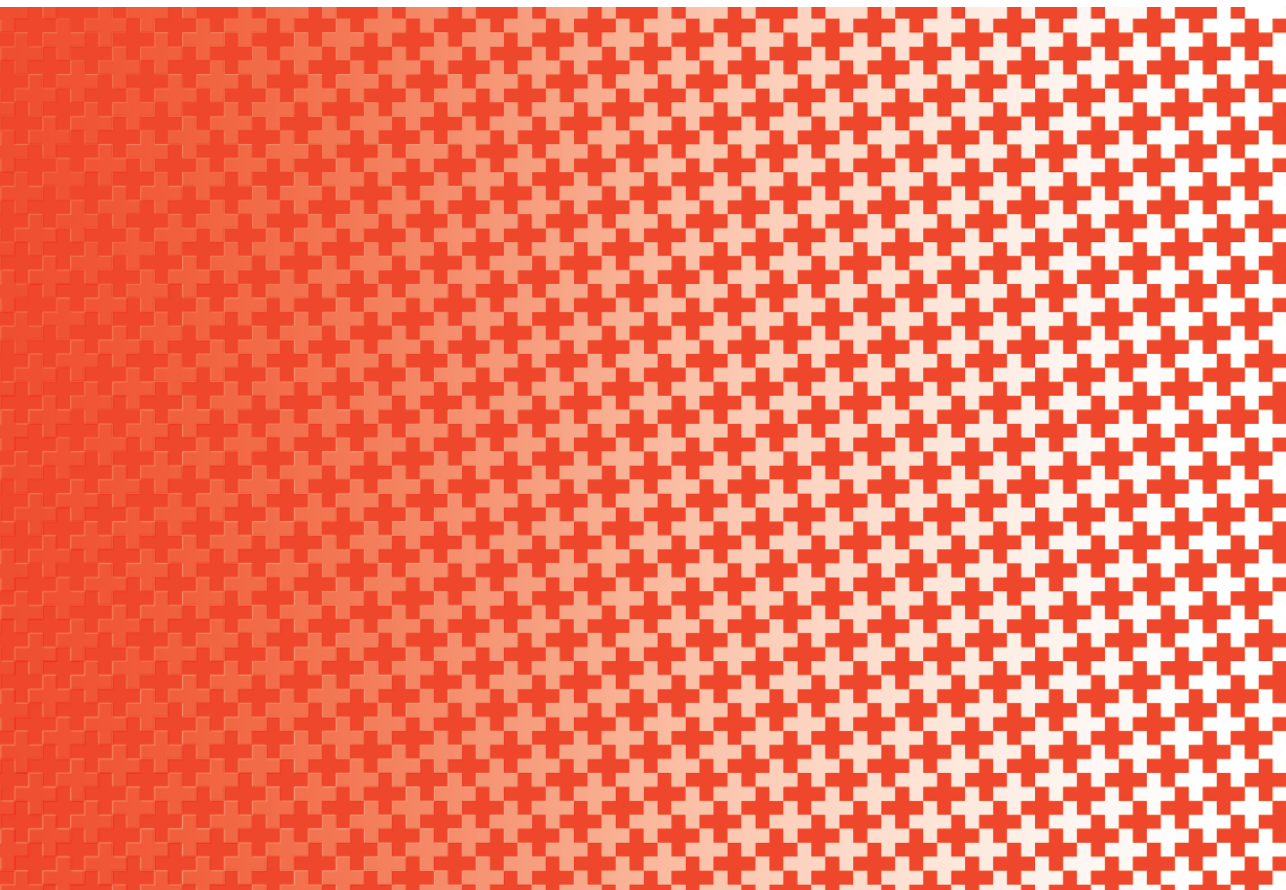


Nutzenorientierter Wettbewerb

im schweizerischen Gesundheitswesen: Möglichkeiten und Chancen



Elizabeth Olmsted Teisberg, Ph.D.
Darden Graduate School of Business
University of Virginia, USA

Nutzenorientierter Wettbewerb

im schweizerischen Gesundheitswesen: Möglichkeiten und Chancen

von Elizabeth Olmsted Teisberg, Ph.D.
Darden Graduate School of Business
University of Virginia, USA

Mit einem Vorwort von Urs Stoffel,
Präsident der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich AGZ

Herausgeber:

economiesuisse, Zürich (Schweiz);

Klinik Hirslanden AG, Zürich (Schweiz); Interpharma, Basel (Schweiz);

Schweizerischer Versicherungsverband SVV,

Zürich (Schweiz) und Swisscom IT Services AG, Bern (Schweiz)

Finanzierung:

economiesuisse, Zürich (Schweiz); Batten Institute, Darden Graduate School of

Business, University of Virginia, Charlottesville VA (USA); New England

Healthcare Institute, Cambridge MA (USA)

Gestaltung: Continue AG, Basel (Schweiz)

Druck: Effingerhof, Brugg (Schweiz)

Bezug: Bei den Herausgebern.

10. Juli 2008



interpharma^{ph}

hirslanden

ASA | SVV

Schweizerischer Versicherungsverband
Association Suisse d'Assurances
Associazione Svizzera d'Assicurazioni
Swiss Insurance Association



Inhalt

Vorwort	7
Zusammenfassung	9
Résumé	13
1 Das schweizerische Gesundheitssystem und sein Reformbedarf	17
1.1 Hintergrund der Untersuchung	17
1.2 Neudefinition von Wettbewerb im Gesundheitswesen	20
2 Das schweizerische Gesundheitssystem	26
2.1 Die Struktur des schweizerischen Gesundheitswesens	26
2.1.1 Krankenversicherungen	26
2.1.2 Zugang zur Versorgung	29
2.1.3 Gesundheitsversorgung	30
2.2 Das Niveau der schweizerischen Gesundheitsversorgung	30
3 Eine Neuorientierung des schweizerischen Gesundheitswesens	35
Grundsatz 1: Das Ziel ist der Nutzenzuwachs für den Patienten, nicht nur die Senkung der Kosten	35
Grundsatz 2: Der Wettbewerb muss sich am medizinischen Ergebnis orientieren	37
Grundsatz 3: Der Behandlungserfolg über den ganzen Behandlungszyklus hinweg soll im Zentrum des Wettbewerbs stehen	43
Grundsatz 4: Hohe medizinische Qualität führt zu enormen Effizienzsteigerungen	48
Grundsatz 5: Der Patientennutzen entsteht durch Erfahrung, Patientenzahlen und Lerneffekte auf Diagnoseebene	49
Grundsatz 6: Der Wettbewerb zur Verbesserung des Patientennutzens muss regional, national und international stattfinden	53
Grundsatz 7: Ergebnisdaten müssen breit verfügbar sein	56
Grundsatz 8: Nutzensteigernde Innovation muss sich lohnen	58
4 Der Reformpfad: unterstützende, hinderliche und ablenkende Faktoren	60
4.1 Reformunterstützende Faktoren	60
4.1.1 Reformtreiber	60
4.1.2 Eingeleitete Reformen als Bausteine für zukünftige Verbesserungen	61
4.1.3 Verhinderte Reformfehler	62
4.2 Herausforderungen für Reformen	64
4.2.1 Nicht überprüfte Annahme der hohen Leistungsqualität	64
4.2.2 Das Fehlen elektronischer Gesundheitsdossiers	65
4.2.3 Kantonale Partikularinteressen	66
4.3 Ablenkende Faktoren	67

5	Empfehlungen	69
	Empfehlung 1: Die Stärken des heutigen Systems sollen beibehalten werden	69
	Empfehlung 2: Die Messung und die Veröffentlichung risikobereinigter Ergebnisse nach ärztlichen Teams und Diagnosen haben für alle Beteiligten oberste Reformpriorität	70
	Empfehlung 3: Der Bund soll Ergebnismessungen aktiv unterstützen	72
	Empfehlung 4: Spitäler und Ärzteteams sollen die Versorgung nach Diagnosen und über den ganzen Behandlungszyklus hinweg organisieren	73
	Empfehlung 5: Krankenversicherer sollen in zwei Bereichen miteinander konkurrieren: beim Patientennutzen und bei der Messung der Gesundheit ihrer Mitglieder nach Behandlungsergebnissen	74
	Empfehlung 6: Die Eigenverantwortung fördern, nicht die Kostenverlagerung auf die Versicherten	77
	Empfehlung 7: Die Entwicklung elektronischer Gesundheitsdossiers, die dem Versicherten gehören und von ihm kontrolliert werden	78
	Empfehlung 8: Mit Kantonsgrenzen übergreifendem Wettbewerb im Inland international Patienten gewinnen	79
6	Anhang	81
6.1	Abbildungen	81
6.2	Literaturverzeichnis und Bibliografie	82
6.3	Abkürzungen	93
6.4	Glossar	94
6.5	Interviewte Personen in der Schweiz	99
6.6	Mitglieder der Arbeitsgruppe economiesuisse	101

Vorwort

Alle Umfragen bestätigen, dass für Schweizerinnen und Schweizer die Qualität der Leistungen im Gesundheitswesen weit mehr zählt als die Kosten. Gleichzeitig werden die ständig steigenden Gesundheitskosten beklagt. Die Bevölkerung setzt indes mehr auf Wettbewerb und Markt als auf mehr staatliche Regulierung.

Vor diesem Hintergrund analysiert Elizabeth Olmsted Teisberg, die Autorin der vorliegenden Studie, das Schweizer Gesundheitswesen und definiert den «Patientennutzen» als wichtigste Zielgrösse. Aus dieser Optik postuliert sie acht Empfehlungen zur Verbesserung des schweizerischen Gesundheitssystems.

Entscheidend sei, wie die Qualität der Gesundheitsversorgung bei gleichzeitig steigenden Kosten der Leistungserbringung erhalten oder verbessert werden könne. Elizabeth Olmsted Teisberg fordert die Leistungserbringer auf, endlich Qualitätsparameter für Krankheitsbilder zu erarbeiten und Ergebnisse risikobereinigt zu messen. Dabei soll die Ärzteschaft die Führung übernehmen.

An die Politik geht der Vorwurf, sich zu sehr auf absolute Kosten und Finanzierungssysteme zu konzentrieren und dabei zu vernachlässigen, dass Reformen, die eine Verbesserung des Gesundheitszustands der Patientinnen und Patienten zum Ziel haben, nicht zwingend mit steigenden Kosten einhergehen müssen. Ihrer Feststellung «Eine gesunde Wohnbevölkerung kostet weniger als eine kranke» kann ich nur zustimmen.

Die vorliegende Studie zeigt pragmatische und bemerkenswerte Lösungsansätze für eine Reform des schweizerischen Gesundheitswesens auf. Es ist beeindruckend, wie sich die Autorin der Studie mit den Besonderheiten des schweizerischen Gesundheitswesens vertraut gemacht hat und diese in acht Lösungsvorschläge einfliessen liess.

Als Ärzteschaft sollten wir die Herausforderungen dieser Studie unbedingt annehmen und die Empfehlungen umsetzen.



Urs Stoffel
Präsident der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich AGZ

Dank

Gerne möchte ich den vielen Personen danken, deren kluge, sorgfältige und freundliche Unterstützung zum guten Gelingen dieses Projekts beigetragen haben. Der Rahmen und die Ideen, die dieser Arbeit zugrunde liegen, wurden in Zusammenarbeit mit Michael E. Porter entwickelt. Diese sind auch in unseren gemeinsamen Publikationen *Redefining Health Care* (2006) und in *How Physicians Can Change the Future of Health Care* (2007) zu finden. Christopher Citron verdanken wir zahlreiche wertvolle Anregungen; er befasste sich unter anderem eingehend mit dem Schweizer Gesundheitswesen und unterstützte uns während unseres Besuchs in der Schweiz kompetent und engagiert. Des Weiteren leistete Stefan Brupbacher von *economiesuisse* grosse Hilfe, indem er mehrere wichtige Interviews und aufschlussreiche Diskussionen ermöglichte und uns seine Erkenntnisse und Einschätzungen wohlwollend vermittelte. Auch die Arbeitsgruppe von *economiesuisse* und weitere Personen, mit denen wir in der Schweiz Gespräche führen konnten, nahmen sich viel Zeit für uns und stellten uns ihr Know-how zur Verfügung; sie sind im Anhang und in der Bibliografie aufgeführt. Weitere Dankesgrüsse gehen an Regina Seitz, die verschiedene Schlüsseldokumente erstklassig übersetzte, und im Besonderen an meine Kollegin Helen Benet-Goodman, die bedeutende Inputs und Beiträge zur Forschungsarbeit lieferte und bei der Redaktion des Berichts stets hilfreich zur Seite stand.

In Anerkennung der Beiträge aller genannten Personen sind die im Bericht geäusserten Sichtweisen doch meine eigenen.

Die Studie wurde finanziert von: *economiesuisse* Zürich (Schweiz), Batten Institute; Darden Graduate School of Business; University of Virginia (USA), New England Healthcare Institute (USA). Für die Publikation geht der Dank an: Interpharma, Hirslanden, Swisscom, Schweizerischer Versicherungsverband.



Elizabeth Olmsted Teisberg

Zusammenfassung

Das Schweizer Gesundheitssystem hat bis anhin gute Dienste geleistet. Es steht aber aufgrund steigender Kosten, der Zunahme chronischer Krankheiten und einer alternden Bevölkerung unter wachsendem Druck. Per Gesetz wird jeder Bürger in der Schweiz verpflichtet, eine Grundversicherung abzuschliessen¹. Dadurch erhält er freien Zugang zu hoch qualifizierten Gesundheitsdienstleistungen, die laut Gesetz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein sollen. Infolge des Drucks auf das Gesundheitssystem zielt die Reformdiskussion vorwiegend auf die Kosten ab. Paradox ist dabei, dass sich die Kostenspirale immer schneller drehen wird, je mehr die Gesundheitsreform auf die Kostendämmung ausgerichtet wird.

Eine gesunde Wohnbevölkerung kostet weniger als eine kranke. Darin bestehen die *Chancen und Möglichkeiten* einer Gesundheitsreform. Mangelnde Koordination, Verschwendung, Fehler und falsche Behandlungsmethoden führen zu ungenügenden Behandlungsergebnissen mit entsprechenden Kostenfolgen. Mit einer Reform der Gesundheitsversorgung, die sich darauf konzentriert, einen realen PATIENTENNUTZEN² zu schaffen, kann jedoch ein System entwickelt werden, das effektiv und effizient arbeitet und allen hochwertige Gesundheitsleistungen ermöglicht.

Die von Michael E. Porter und Elizabeth Olmsted Teisberg in *Redefining Health Care* (2006) formulierten Grundsätze fokussieren auf eine ergebnisorientierte und patientenzentrierte Gesundheitsversorgung unter ärztlicher Führung. Die Neustrukturierung der ärztlichen Versorgung mit dem Ziel, bessere Behandlungsergebnisse bzw. einen besseren Gesundheitszustand der Wohnbevölkerung zu erreichen, richtet die Interessen und Handlungen aller Akteure auf die gleichen Ziele aus und ermöglicht markante Verbesserungen.

Analysiert man das Schweizer Gesundheitswesen mit dem Fokus, den Patientennutzen zu fördern, ergeben sich acht Empfehlungen:

- 1. Im Schweizer Gesundheitswesen sind die obligatorische Krankenversicherung für die gesamte Wohnbevölkerung mit einem einheitlichen und grosszügigen Leistungspaket, die Kopfprämien und die Prämienverbilligungen für einkommensschwache Personen als gute Reformgrundlage beizubehalten.** Die allgemeine Versicherungspflicht ist ein wesentlicher Faktor für die Chancengleichheit (equity) und die Effizienz der Gesundheitsversorgung. Allerdings reicht sie nicht aus, um tief greifende und kontinuierliche Verbesserungen des Patientennutzens zu erreichen. Die Neudefinition der Gesundheitsversorgung wird zu einer Steigerung des Patientennutzens führen, dank der sich die Schweiz den für die gesamte Wohnbevölkerung freien Zugang zu hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen weiterhin leisten kann.

1 Obwohl im Folgenden aus Gründen der Leserlichkeit nur eine der zwei geschlechterspezifischen Bezeichnungen genannt wird, ist die zweite Bezeichnung in der Regel mitgemeint.

2 Einzelne grossbuchstabige Begriffe sind im Glossar ab Seite 94 definiert.

- 2. Die Schweiz muss RISIKOBEREINIGTE ERGEBNISMESSUNGEN sowohl nach Ärzteteams als auch nach Krankheitsbildern durchführen und die Ergebnisse veröffentlichen. Dies hat für alle Akteure im System kurzfristig oberste Reformpriorität.** Mit Ergebnismessungen lassen sich die Interessen aller Beteiligten auf das gemeinsame Ziel, den Patientennutzen zu verbessern, ausrichten. Diese Informationen sind auch als Entscheidungsgrundlage für Patienten und Mediziner notwendig. Informationen über Behandlungsergebnis und Behandlungskosten nach Ärzteteams und Krankheitsbildern sollten schrittweise erarbeitet und anschliessend veröffentlicht werden.
- 3. Der Bund muss Ergebnismessungen unterstützen, indem er die Entwicklung von Messmethoden und die Verbreitung der Ergebnisse fordert und fördert.** Nur so lässt sich das im KVG festgehaltene Ziel wirksamer, zweckmässiger und wirtschaftlich erbrachter Gesundheitsleistungen erreichen. Dafür öffentliche Gelder aufzuwenden, ist sinnvoll und wird helfen, anfängliche Bedenken und Widerstände zu überwinden. Berufsorganisationen und andere nichtstaatliche Gruppen können – unter Berücksichtigung ärztlicher Inputs und fachspezifischer Beiträge medizinischer Gesellschaften – Messverfahren entwickeln, Messungen durchführen und deren Ergebnisse analysieren.
- 4. Spitäler und Ärzteteams sollten die Gesundheitsversorgung entlang des Krankheitsverlaufs und über den gesamten BEHANDLUNGSZYKLUS hinweg organisieren.** Prozesse in den bestehenden Strukturen zu verbessern, ist sicherlich hilfreich. Soll das Gesundheitssystem aber deutlich wirksamer, zweckmässiger und wirtschaftlicher funktionieren, muss eine Versorgung nach Krankheitsbildern organisiert werden, das heisst auf jener Ebene, auf der aus Sicht des Patienten ein Nutzen entstehen kann. Dieses grundsätzliche Umdenken ist in einigen der weltweit führenden Spitäler bereits im Gange. Die Kantone, ihre Spitäler und die privaten Kliniken können hier ebenfalls eine führende Rolle übernehmen und damit die Gesundheitsversorgung neu definieren.
- 5. Der Wettbewerb unter den Krankenversicherungen sollte sich auf den Patientennutzen konzentrieren und dafür den Gesundheitszustand und die Behandlungsergebnisse ihrer Versicherten messen.** Die Kassenvielfalt schafft Mehrwert, wenn sich die Versicherungen nicht nur als Zahlstelle verstehen, sondern ihren Erfolg am Gesundheitszustand ihrer Mitglieder messen. Bei Versicherungen, die Mehrjahresverträge anbieten und die Behandlungsergebnisse ihrer Mitglieder messen, besteht der Anreiz, effiziente und rasche Behandlungen zu gewährleisten, statt die Versorgung aufzuschieben, um Kosten zu verlagern. In einem auf Patientennutzen fokussierten Wettbewerb werden Krankenversicherer im Gesundheitswesen zur Triebfeder von Innovationen und verbessern auf diese Weise sowohl individuelle Behandlungsergebnisse als auch die öffentliche Gesundheit.

6. Reformen sollen die Eigenverantwortung für die Gesundheit fördern, statt Kosten auf den Einzelnen zu verlagern. Versicherte sollen sich an der Reform beteiligen, indem sie für ihre Gesundheit Verantwortung übernehmen. Eine bessere Information zu Behandlungserfolgen, Disease Management und Kostentransparenz stärken die Eigenverantwortung wirksam. Obwohl sich gut informierte und in den Entscheidungsprozess eingebundene Patienten so verhalten, dass bessere Behandlungsergebnisse erreicht und geringere Kosten verursacht werden, und obwohl es zahlreiche Möglichkeiten gibt, wie die Informationslage optimiert oder eigenverantwortliches Handeln gestärkt werden kann, stehen solche Massnahmen im heutigen Gesundheitswesen noch nicht im Zentrum. Diskussionen um Eigenverantwortung enden rasch bei der Frage, wer für eine Behandlung zahlen muss und wie die Kosten auf die Versicherten überwältigt werden können. Es können jedoch alle Akteure des Gesundheitssystems zum Patientennutzen beitragen. Das Spektrum der Möglichkeiten umfasst beispielsweise hilfreiche Dienstleistungen und Informationen für Personen, die zwischen Behandlungsarten und Leistungserbringern wählen wollen, Dienstleistungen im Rahmen von Disease-Management-Programmen, welche die elektronische Überwachung von Patienten zu Hause und den Datenaustausch unter den Leistungserbringern ermöglichen, elektronische Gesundheitsdossiers im Besitz der Patienten, Gesundheitsschulungen, Beratungsleistungen und Hilfestellungen zur Verbesserung des Lebensstils sowie die Unterstützung durch Patientenorganisationen. Finanzielle Anreize, wie Prämienreduktionen und tiefere Selbstbehalte bei Erreichen bestimmter Gesundheitsziele, sind ebenfalls ein Weg, auch wenn diese Massnahmen weniger direkt zu einer besseren Gesundheit und Entscheidungsfindung beitragen.

7. Die Informations- und Kommunikationstechnologie (ICT) im Gesundheitsbereich, kurz E-Health, darf sich nicht auf die Vereinfachung administrativer Prozesse beschränken, sondern soll für die Umstellung auf ein nutzenorientiertes Gesundheitssystem eingesetzt und ausgeweitet werden. Die Informations- und Kommunikationstechnologie leistet einen zentralen Beitrag zur Strukturreform hin zu einer integrierten Gesundheitsversorgung über den Behandlungszyklus. Sie beinhaltet die Formulierung gemeinsamer Definitionen und Standards zur Messung und Analyse von Ergebnisdaten sowie die Vernetzung mit elektronischen Gesundheitsdossiers, um medizinische Entscheide zu erleichtern und die Fehlerquote zu senken. Dabei sind die Sicherheit und der Schutz von Patientendaten zu gewährleisten, ohne die Erhebungen und Vergleichsanalysen von Ergebnisdaten zu behindern. Wird E-Health für die Strukturreform eingesetzt und folglich die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Versorgung über den ganzen Behandlungszyklus hinweg verbessert, werden die ICT-Kosten durch die Zunahme des Patientennutzens mehr als wettgemacht. Keinen vergleichbaren Kosten-Nutzen-Gewinn ermöglicht die blosse technologische Aufrüstung des heutigen Gesundheitssystems. Werden obige Voraussetzungen erfüllt, sollten KVG-konforme finanzielle Anreize die Einführung von E-Health fördern. So werden interoperable ICT-Systeme in Kombination mit Ergebnismessungen die Strukturreform der auf Krankheitsbilder ausgerichteten Gesundheitsversorgung beschleunigen und den Patientennutzen erhöhen.

- 8. Die Reform soll den inländischen nutzenorientierten Wettbewerb zwischen allen Kantonen ermöglichen.** In diesem Wettbewerb können auch Patienten aus dem Ausland gewonnen werden. Ärzteteams sollen ihre Ergebnisse schweizweit, europaweit oder gar weltweit vergleichen können. Denn herausragende medizinische Qualität und wissenschaftliches Wissen sind keine lokalen Grössen. Ärzte, die Vergleiche vornehmen und ihr Team auf internationalem Niveau halten, werden die Behandlungsqualität und -ergebnisse ständig verbessern. Dies kommt direkt der Bevölkerung zugute und erlaubt es der Schweiz, ein internationales Renommee für hervorragende Gesundheitsdienstleistungen aufzubauen.

Die Schweiz ist in der beneidenswert komfortablen Lage, dass ihr Gesundheitssystem noch in keiner tiefen Krise steckt. Allerdings erlaubt die gegenwärtige Entwicklung keine umgehenden und kontinuierlichen Verbesserungen der medizinischen Qualität oder des Patientennutzens. Die Vorteile des Schweizer Gesundheitssystems – ein grosszügiger und einheitlicher Leistungskatalog, der obligatorische Versicherungsschutz finanziert über Kopfprämien und ergänzt durch Prämienverbilligungen für Einkommensschwache, der Auftrag zur Qualitätssicherung und der freie Zugang für alle ohne Wartelisten oder Rationierung – bilden eine starke Reformplattform. Mit obiger Reformagenda kann die Schweiz zum Vorzeigemodell für die Erbringung guter Gesundheitsdienstleistungen für ihre gesamte Wohnbevölkerung werden.

Résumé

Le système de santé suisse a jusqu'à présent fourni d'excellentes prestations, mais il fait face à la pression de plus en plus forte due à l'augmentation des coûts, à l'incidence croissante des maladies chroniques et au vieillissement de la population. La législation exige que tous les habitants aient une assurance-maladie de base et un accès à des soins de santé de grande qualité, efficaces, adéquats et économiques. En raison des pressions auxquelles le système est soumis, les débats sur les réformes ont tendance à porter essentiellement sur les coûts. Paradoxalement cependant, plus la réforme du système se concentrera sur la réduction des coûts, plus ceux-ci auront tendance à exploser.

Une population en bonne santé coûte moins cher qu'une population malade. C'est là que réside *les chances et le potentiel* d'une réforme du système de santé. En revanche, une coordination insuffisante, des gaspillages, des erreurs médicales et de mauvaises pratiques débouchent sur de mauvais résultats de santé, d'où découlent des coûts supplémentaires. Une réforme qui se focaliserait sur l'amélioration DE LA VALEUR AJOUTÉE POUR LES PATIENTS permettrait en revanche au système de santé de fournir des soins de haute qualité, efficaces et économiques à toute la société.

Lorsqu'ils ont formulé leurs principes, dans *Redefining Health Care* (2006), Michael E. Porter et Elizabeth Olmsted Teisberg ont suggéré que le système soit dirigé par les médecins, que les soins soient guidés sur les résultats et axés sur les besoins des patients. La réorientation des soins vers l'amélioration des résultats (c'est-à-dire une meilleure santé) permet de diriger les efforts de tous les acteurs vers un même objectif et d'aboutir à des améliorations considérables.

L'analyse du système de santé suisse axée sur l'amélioration de la valeur ajoutée pour les patient-e-s mène aux huit recommandations suivantes:

- 1. Le système de santé suisse dispose de bonnes bases – qu'il s'agit de préserver – en vue de mener des réformes: couverture d'assurance obligatoire, catalogue de prestations uniforme et généreux, primes par tête, subventions aux personnes à faibles revenus.** La couverture universelle est cruciale pour assurer l'égalité des chances (equity) et l'efficacité, mais elle ne peut pas à elle seule contribuer à améliorer en profondeur et de manière continue la valeur ajoutée du système pour les patients. Une redéfinition de l'approvisionnement en soins permettrait d'accroître ce bénéfice, de sorte que la Suisse pourrait continuer à financer des soins de haute qualité pour tous ses habitants.
- 2. La Suisse doit mesurer DES RÉSULTATS AJUSTÉS SUR LES RISQUES par équipe clinique et par pathologie et les rendre publics. Il s'agit de la réforme prioritaire principale à court terme pour tous les acteurs.** Le fait de mesurer les résultats aura pour effet de focaliser les intérêts de tous les acteurs sur l'objectif commun: l'amélioration de la valeur ajoutée pour les patients. Ces informations sont également indispensables en tant que base de décision pour les patients et les médecins. Les informations sur les résultats et les coûts des traitements par équipes cliniques et pathologies devraient être élaborées par étapes, puis ensuite publiées.

- 3. La Confédération doit promouvoir la mesure des résultats en exigeant et en encourageant l'élaboration des méthodes adéquates et la diffusion des résultats.** C'est le seul moyen d'atteindre l'objectif fixé dans la LAMal, à savoir fournir des soins efficaces, adéquats et économiques. Le financement public se justifie, car il contribuera à surmonter les hésitations et résistances initiales. Les organisations professionnelles et les autres associations non-gouvernementales peuvent, avec le concours de médecins et d'organisations médicales, élaborer les méthodes de mesure, les mettre en œuvre et analyser les résultats.
- 4. Les hôpitaux et les équipes médicales doivent réorganiser les prestations de soins autour des pathologies et pour l'ensemble du CYCLE DE SOINS.** L'amélioration des processus au sein des structures existantes est utile. Mais si l'on veut améliorer nettement l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des soins, il faut réorganiser ces derniers autour des pathologies, c'est-à-dire au niveau où la valeur ajoutée bénéficie au patient. Ce changement fondamental a déjà été lancé dans certains hôpitaux de renommée mondiale. Les cantons, leurs hôpitaux ainsi que les hôpitaux privés, peuvent prendre la tête de ce processus et redéfinir ainsi le système.
- 5. Les assureurs maladie doivent se faire concurrence au niveau de la valeur ajoutée pour les patients. A cet effet, ils doivent mesurer la santé de leurs assurés et les résultats des soins.** La multiplicité des caisses maladie, caractéristique du système de santé suisse, peut constituer un atout si les assureurs maladie ne se contentent pas de payer, mais s'ils mesurent leur succès à l'aune de la santé de leurs membres. Les assureurs maladie proposant des contrats sur plusieurs années et mesurant l'état de santé de leurs membres seront incités à favoriser les traitements efficaces et précoces plutôt qu'à retarder les soins en espérant reporter les coûts sur d'autres. Si la concurrence porte sur la valeur ajoutée pour les patients, les assureurs maladie deviendront le moteur de l'innovation et contribueront à améliorer tant les résultats des soins au niveau individuel que la santé publique en général.
- 6. La réforme doit encourager la responsabilité individuelle, plutôt que chercher à répartir les coûts sur les individus.** Les assurés doivent participer à la réforme en assumant leurs responsabilités en matière de santé. L'amélioration de l'information sur les traitements efficaces, la gestion des traitements (disease management) et la transparence des coûts sont de bons moyens de renforcer cette responsabilité individuelle. Des patients bien informés et impliqués dans les processus de décision se comportent de manière à améliorer les résultats et à réduire les dépenses. Pourtant, bien qu'il existe mille possibilités d'améliorer l'information et la responsabilité individuelle, ces éléments ne sont pas au centre du système de santé actuel. Les débats sur la responsabilité individuelle ont tendance à se confiner à la question de savoir qui doit payer un traitement et comment répartir les coûts sur assurés. Or, tous les acteurs peuvent contribuer à augmenter la valeur ajoutée que les patients retirent du système de santé. Diverses approches sont possibles, par exemple: informations facilitant le choix entre différents traitements et entre différentes équipes cliniques, surveillance à domicile et communication entre les

prestataires dans le cadre d'un programme de gestion du traitement, éducation à la santé publique, fourniture d'un dossier médical personnel, conseils et soutien pour faire changer de mode de vie, organisations de patients. Des incitations financières, notamment des réductions de primes et de franchises lorsque l'assuré atteint les objectifs en termes de santé, peuvent compléter le dispositif, mais elles sont moins directement liées à l'amélioration de la santé et des choix.

- 7. Les technologies de l'information et de la communication (TIC), sous leur dénomination cybersanté ou E-Health, ne doivent pas se borner à simplifier les processus administratifs; leur large exploitation doit permettre de passer à un système de santé focalisé sur la valeur ajoutée pour les patients.** Pour que les TIC contribuent de manière prépondérante à la réforme des structures – c'est-à-dire passer à un système de soins intégrés sur l'ensemble du cycle de traitement, faciliter les décisions et réduire le taux d'erreurs médicales – elles doivent formuler des standards de mesure et d'analyse des résultats et mettre en réseau les dossiers médicaux sous forme électronique. Pour autant, la sécurité et la protection des données des patients doivent être assurés sans que le prélèvement de données et la comparaison des résultats en soient entravés. Les coûts de la mise en place de TIC respectant ces principes seront plus que compensés par les avantages en termes de bénéfice pour les patients, si la cybersanté est mise en œuvre dans le cadre de réformes structurelles qui améliorent l'efficacité et la rentabilité sur l'ensemble du cycle de soins. L'exploitation des TIC aux seules fins d'informatiser le système actuel n'offre en revanche pas autant d'avantages. Si les conditions mentionnées sont remplies, l'adoption de la cybersanté peut être facilitée par des incitations financières conformes à la LAMal. Ainsi, l'utilisation des TIC, combinée à la mesure des résultats, aura pour effet d'accélérer la réforme structurelle du système autour des pathologies et d'augmenter la valeur ajoutée pour les patients.
- 8. La réforme doit provoquer une compétition entre tous les cantons.** Cette concurrence permettra aussi d'attirer des patients de l'étranger. Chaque équipe médicale doit comparer ses résultats à ceux d'autres équipes à l'échelle de la Suisse, de l'Europe et même du monde entier. En effet, l'excellence médicale et scientifique n'est pas locale. Les médecins qui feront ces comparaisons et maintiendront leur équipe au meilleur niveau international contribueront à améliorer en permanence la qualité des soins prodigués à leurs patients. A son tour, cette évolution profitera directement à la santé des citoyens suisses et permettra à notre pays de développer une réputation internationale d'excellence dans la santé.

La Suisse a la chance de ne pas devoir affronter encore de crise profonde de son système de santé. Mais l'évolution actuelle ne favorise pas les améliorations rapides et continues de la qualité des soins ou de la valeur ajoutée pour les patients. Les atouts du système de santé suisse – catalogue de prestations uniforme et généreux, assurance universelle obligatoire, primes par tête, réduction des primes pour les personnes à faibles revenus, mandat de qualité, accès pour tous sans listes d'attente et sans rationnement – forment une base solide pour procéder à des réformes. Le catalogue des propositions énumérées ci-dessus permettra à la Suisse de devenir un modèle d'excellence en matière de santé pour l'ensemble de sa population.

1 Das schweizerische Gesundheitssystem und sein Reformbedarf

In der Schweiz hat QUALITÄT einen hohen kulturellen Stellenwert. In dieser Tradition sieht Artikel 58 des KRANKENVERSICHERUNGSGESETZES (KVG) die Qualitätssicherung bei Leistungen in der Gesundheitsversorgung vor. Gleichzeitig besitzt die Schweiz aber auch ein relativ teures Gesundheitssystem. Wie Abbildung 1 zeigt, liegt sie mit ihren Gesundheitsausgaben pro Kopf nach den USA und Luxemburg an dritter Stelle aller OECD-Länder. Zudem haben – wie in anderen Ländern auch – die Gesundheitsausgaben in den vergangenen Jahren zugenommen (s. Abb. 2). Zwar ist die Zuwachsrates verhältnismässig moderat ausgefallen, doch es gibt keine Garantie dafür, dass dies in Zukunft so bleiben wird.

Angesichts dieser Situation stellt sich die Frage, wie die Qualität der Gesundheitsversorgung bei gleichzeitig steigenden Kosten der Leistungserbringung erhalten bzw. verbessert werden kann. Oder anders formuliert: Wie lässt sich ein hoher PATIENTENNUTZEN erreichen? Im Gesundheitswesen ist der Patientennutzen gleichbedeutend mit dem BEHANDLUNGSERGEBNIS pro Kosteneinheit. Betrachtet man nur die Kosten, so geht der Aspekt des Nutzenzuwachses, der durch verbesserte Behandlungsergebnisse entsteht, verloren. In *Redefining Health Care* beschreiben Michael E. Porter und Elizabeth Olmsted Teisberg (2006) einen systematischen Ansatz zur Nutzenverbesserung, der die Rolle der AKTEURE im Gesundheitswesen analysiert. Diese Neudefinition des Gesundheitswesens mit Fokus auf den Patientennutzen sollte dank dem in der Schweiz vorherrschenden Qualitätsbewusstsein auf fruchtbaren Boden stossen.

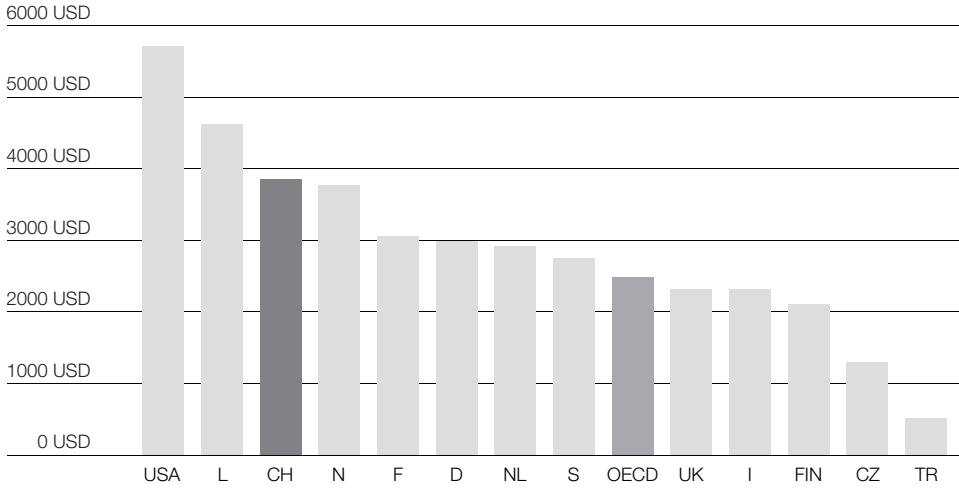
Die Beurteilung des Schweizer Gesundheitswesens aus der Perspektive von Porter und Teisberg zeigt dessen spezifische Stärken auf. Dazu gehören der freie Zugang zur Gesundheitsversorgung für die gesamte Wohnbevölkerung ohne Rationierung und der breite Leistungskatalog. Das Gesetz verlangt, dass von der Grundversorgung finanzierte Leistungen «wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich» sein müssen (WZW-Kriterien) (OECD und WHO 2006, 33). Damit verlange der Gesetzgeber nach Ansicht von Porter und Teisberg vom Gesundheitswesen die Schaffung eines hohen Patientennutzens. Wenn dieser Auftrag erfüllt werden soll, steht jedoch aufgrund der Beurteilung des Gesundheitswesens ein grosser struktureller Reformbedarf an. Bauen die Reformen auf den Stärken des bestehenden Systems auf, eröffnet sich ein enormes Potenzial, mit dem die Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssystems deutlich und nachhaltig gesteigert und die Wirksamkeit und die Zweckmässigkeit von Gesundheitsleistungen stark verbessert werden können.

1.1 Hintergrund der Untersuchung

Weltweit steckt die Gesundheitsversorgung in der Krise. Trotz hoher und steigender Gesundheitsausgaben gibt es grosse Qualitätsunterschiede, zahlreiche Behandlungsfehler und eine mangelnde Koordination. Grosse Teile der Weltbevölkerung haben nur

Abbildung 1 | **Pro-Kopf-Gesamtausgaben für Gesundheit und Prävention in ausgewählten OECD-Ländern, 2003**

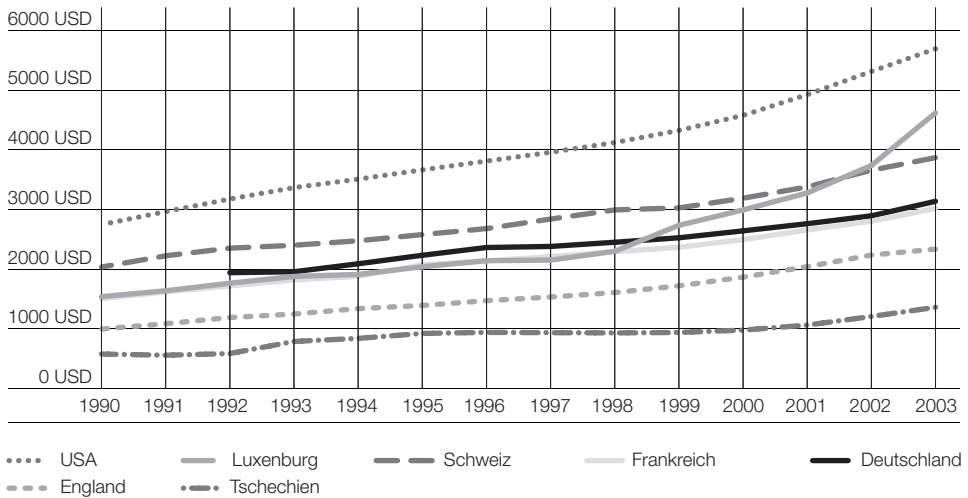
Ausgaben Pro-Kopf in Dollar



Daten für die Niederlande basieren auf einer Schätzung, Quelle: OECD (2006).

Abbildung 2 | **Zunahme der Pro-Kopf-Gesamtausgaben für Gesundheit und Prävention in ausgewählten OECD-Ländern, 1990–2003**

Ausgaben Pro-Kopf in Dollar



Folgende Daten fehlen: Frankreich (2002), Deutschland (1992), Schweiz (1995) und UK (1997), Quelle: OECD (2006).

einen beschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung. In einigen Ländern äussert sich die Zugangsbeschränkung in langen Wartelisten oder in inadäquaten Behandlungsmöglichkeiten. Anderswo werden die Gesundheitsleistungen nicht durch Versicherungen gedeckt (Blendon et al. 2003). Trotz dieser Probleme konzentriert sich die politische Aufmerksamkeit primär auf die Gesundheitskosten. Die politischen Diskussionen kreisen um die Finanzierung der Gesundheitskosten und die Frage, ob Gesundheitssysteme privatwirtschaftlich oder staatlich organisiert werden sollen. Wichtiger wäre jedoch folgende Diskussion: **Wie können Länder den Patientennutzen und damit die Gesundheitsversorgung bzw. den Gesundheitszustand der gesamten Bevölkerung verbessern? Die Politik konzentriert sich zu sehr auf absolute Kosten und Finanzierungssysteme. Zentrale Reformen müssen jedoch den Gesundheitszustand der Patienten verbessern – unabhängig von Entscheidungen in Kosten- und Finanzierungsfragen.**

Trotz des Kostenanstiegs hat der Kostendruck in der Schweiz die Schmerzgrenze noch nicht erreicht, wie das in anderen Ländern der Fall ist. Die Schweiz hat mit Erfolg eine allgemeine Krankenversicherung mit breitem Leistungskatalog eingeführt und gewährt einkommensschwachen Personen Prämienverbilligungen. Laut einem von der OECD und der WHO gemeinsam herausgegebenen Bericht zum schweizerischen Gesundheitssystem beurteilten 86 Prozent der Schweizer Bevölkerung ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut (OECD und WHO 2006, 26). Die Lebenserwartung ist von 70,1 Jahren (1960) auf 80,2 Jahre (2002) gestiegen (OECD und WHO 2006, 25), und CHRONISCHE KRANKHEITEN haben keine epidemischen Ausmasse erreicht. So hat die Schweiz innerhalb der OECD beispielsweise eine der tiefsten Sterblichkeitsraten bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen (OECD und WHO 2006, 67). Beunruhigend ist aber, dass diese guten Ergebnisse möglicherweise gefährdet sind. So hat etwa der Anteil der übergewichtigen oder fettleibigen Erwachsenen in den vergangenen zehn Jahren um sieben Prozent auf über 37 Prozent (OECD und WHO 2006, 74) zugenommen. Viele Personen, die ihren Gesundheitszustand als gut bezeichnet haben, leiden an Gewichtsproblemen und haben damit ein zumindest erhöhtes Gesundheitsrisiko. Ein weiteres Indiz für zukünftige Gesundheitsprobleme ist die Anzahl übergewichtiger Kinder, die sich in den vergangenen zwanzig Jahren verdreifacht hat (OECD und WHO 2006, 75). Übergewicht, Bewegungsmangel und eine unausgewogene Ernährung werden in Zukunft den Druck auf die Gesundheitskosten erhöhen. Auch die Überalterung der Bevölkerung nimmt in der Schweiz – ähnlich wie in anderen Ländern – zu. Gemäss Schätzungen wird der Anteil der Bevölkerung über 65 Jahren zur Bevölkerung zwischen 19 und 64 Jahren (in Prozent) bis ins Jahr 2050 von 48,5 Prozent (2005) auf über 80 Prozent ansteigen (OECD und WHO 2006, 22). Diese Entwicklungen zeigen die dringende Notwendigkeit einer Systemkorrektur, bevor sich die Kosten aufblähen. Um das Schweizer Gesundheitswesen angesichts steigender Kosten zu schützen, muss der PATIENTENNUTZEN, das heisst die Behandlungsqualität pro Kosteneinheit verbessert werden.

In *Redefining Health Care* erarbeiteten Porter und Teisberg (2006) eine Theorie, eine Strategie und einen Rahmen, mit deren Hilfe die Chancen und Möglichkeiten des NUTZENORIENTIERTEN WETTBEWERBS im schweizerischen Gesundheitssystem analysiert werden können. So stellt der vorliegende Bericht als Erstes die von Porter und Teisberg vorge-

schlagene Neudefinition von Wettbewerb im Gesundheitswesen vor. Im zweiten Kapitel werden die Struktur und der Zustand des schweizerischen Gesundheitssystems beschrieben. Kapitel 3 verdeutlicht die acht Grundsätze des Modells von Porter und Teisberg, wendet sie auf die Schweiz an und zeigt Chancen und Möglichkeiten einer grundsätzlichen Reform auf. Kapitel 4 analysiert das Schweizer Reformumfeld und schält Vorteile, Herausforderungen und Hindernisse für eine Strukturreform im Gesundheitswesen heraus. Der Bericht schliesst im fünften Kapitel mit einem Aktionsplan, das heisst mit Empfehlungen für die Einführung des nutzenorientierten Wettbewerbs.

1.2 Neudefinition von Wettbewerb im Gesundheitswesen

Wettbewerb im Gesundheitswesen wird oft missverstanden. Im wirtschaftlichen Kontext bedeutet er keinen Alleingang oder kein Siegen und Verlieren, sondern das Schaffen von Mehrwert für die Konsumenten. Wettbewerb ist ein POSITIVSUMMENSPIEL: Ein besseres Produkt herzustellen oder eine bessere Dienstleistung anzubieten, schafft Mehrwert, aber auch effizientere Wege zur Behandlung einer Krankheit und die Verbesserung des individuellen Gesundheitszustands. Nutzenorientierter Wettbewerb, das heisst der Wettbewerb um medizinische Behandlungsergebnisse und Behandlungskosten, führt somit zu einer Verbesserung der erbrachten Gesundheitsdienstleistungen und zu besserer Gesundheit. Es geht *nicht* um das NULLSUMMENSPIEL einer KOSTENVERLAGERUNG, um die Beschränkung der Wahlfreiheit von Patienten, um RISIKOSELEKTION oder um Dienstleistungen nur für Wohlhabende.

Das Schaffen von Mehrwert ist für die meisten Wirtschaftszweige der zentrale Antrieb. Dabei führt Wettbewerb meist gleichzeitig zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit, weil bessere Produkte und Dienstleistungen zu geringeren Kosten angeboten werden. Eine Ausnahme scheint die Gesundheitsversorgung zu sein: Hier hat Wettbewerb bisher zu enttäuschenden Ergebnissen geführt, wie beispielsweise die gegenwärtigen Probleme in den USA deutlich zeigen. Und obwohl die meisten industrialisierten Länder einen besseren Zugang zur Gesundheitsversorgung für ihre ganze Bevölkerung und einen breiteren Leistungskatalog haben als die USA, leiden alle Gesundheitssysteme an Qualitätsproblemen, hohen Fehlerquoten und steigenden Kosten. Trotz enormer Bemühungen, die Gesundheitsversorgung zu reformieren und Fehlanreize zu korrigieren, halten sich diese Probleme hartnäckig. Das Problem liegt darin, dass Wettbewerb im Gesundheitswesen bisher falsch verstanden wurde. Denn Wettbewerb findet heute meistens nicht da statt, wo er für die Patienten Mehrwert schaffen würde. **Eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheitsversorgung setzt ein anderes Verständnis von Wettbewerb voraus. Unabhängig von der Finanzierungsart des Gesundheitswesens oder seiner privatwirtschaftlichen oder öffentlichen Organisation liegt der Schlüssel zum Reformerfolg im Fokus der Verbesserung des Patientennutzens.**

Heute setzt das Gesundheitssystem verzerrte Anreize, geht von verfehlten Annahmen aus und wird durch unglückliche Strategien und kontraproduktive Regulierungen gesteuert. Der Gewinn eines Akteurs ist der Verlust eines anderen Akteurs – das Primärsymptom eines Nullsummenspiels. Auch in jenen Ländern Europas mit einer EINHEITSKASSE wird die Ressourcenzuteilung oft durch diese dysfunktionale Art des Wettbewerbs bestimmt. Konzentrieren sich die Akteure im Gesundheitssystem nur auf die Nutzenaufteilung untereinander, ist das Resultat ein Nullsummenspiel, bei dem die Kosten zwischen den Akteuren verlagert werden, das Verhandlungsgewicht maximiert wird, die Wahlfreiheit eingeschränkt oder Leistungen gekürzt werden. **Somit wird der Wettbewerb dysfunktional, da er auf der falschen Ebene und am falschen Objekt stattfindet. Die Akteure des Gesundheitswesens sollten nicht punkto Kostenkontrolle oder Kostenverschiebung, sondern bei der Schaffung von Patientennutzen konkurrieren.**

Um das Gesundheitswesen zu reformieren, muss sich der Wettbewerb auf die Verbesserung des Patientennutzens ausrichten. Dieser wird durch medizinische Behandlungsergebnisse einerseits und durch Behandlungskosten andererseits definiert. Unter sonst gleich bleibenden Bedingungen kann der Patientennutzen entweder durch bessere Behandlungsergebnisse oder durch tiefere Behandlungskosten oder durch beides erfolgen. Er steigt, wenn eine Krankheit wirksam und wirtschaftlich behandelt wird oder wenn Patienten dank präventiven Massnahmen Krankheiten oder Unfälle vermeiden können. Der Nutzen für den Patienten wird auch während des gesamten Behandlungszyklus einer Krankheit geschaffen, doch die Gesundheitsversorgung ist heute zu stark auf medizinische Spezialgebiete, auf Einzelbehandlungen und auf bestimmte Krankheitsepisoden ausgerichtet. **In der Schweiz und in anderen Ländern ist deshalb eine tief greifende Strukturreform der Gesundheitsversorgung notwendig.**

Der Wettbewerb wird nur dann eine positive Wirkung haben, wenn er auf jener Ebene stattfindet, auf der ein Patientennutzen geschaffen wird. Er wird geschaffen, wenn das Krankheitsbild wirksam und effizient und der Patient mitfühlend behandelt wird. Ein Krankheitsbild (medical condition) wird in diesem Bericht als Kombination von Gesundheitsproblemen definiert, die am besten zusammen und integriert angegangen werden. Dies trifft sowohl für Krankheiten als auch für Verletzungen zu; Beispiele hierzu sind etwa Diabetes, Prostatakrebs, Rückenverletzungen, Schlaganfälle und Herzversagen. Auch das Auftreten von KOMORBIDITÄTEN bzw. verwandten Gesundheitsproblemen fällt unter diese Definition von Krankheitsbild, wie beispielsweise Diabetes mit gleichzeitigem Bluthochdruck und Gefässproblemen. Aus Patientensicht ist nicht die einzelne schulmedizinische Krankheit, sondern ihre Kombination als Krankheitsbild zu behandeln. Selbstverständlich hängen nicht alle zu einem gewissen Zeitpunkt auftretenden Leiden zusammen. So sind ein Geschwür und ein gebrochener Arm zwei gesondert zu behandelnde Gesundheitsprobleme, weil sie unabhängig voneinander auftreten und eine integrierte Behandlung das medizinische Ergebnis nicht verbessern würde.

Der produktive Wettbewerb muss auf der Ebene der Krankheitsbilder ansetzen, denn hier haben das Gesundheitspersonal und andere Leistungserbringer wie Arzneimittel- und Gerätehersteller direkten Einfluss auf die Behandlungsergebnisse. Findet der Wettbewerb hingegen nur auf der aggregierten Stufe von Spitälern oder Krankenkassen statt, so ist er nur indirekt an die Arbeit der einzelnen Leistungserbringer und medizinischen Teams gekoppelt.

Um den Patientennutzen spürbar zu verbessern, müssen Krankheitsbilder über den vollen BEHANDLUNGSZYKLUS erfasst und betrachtet werden. Dies umfasst die Prävention, die Risikobewertung und -überwachung, die Diagnose, die Vorbereitung und Behandlung, die Rehabilitation und die Langzeitbehandlung von chronisch kranken Personen. Sowohl während der Dauer des Behandlungszyklus als auch bei der Behandlung komplexer Krankheitsbilder ist eine bessere Koordination der Versorgung notwendig. Von einem im Team arbeitenden Spezialisten wird ein Diabetestpatient besser betreut als von mehreren, nicht vernetzt arbeitenden Spezialisten. Weder die heute vorherrschende Fragmentierung der Gesundheitsversorgung noch eine Ansammlung bestimmter Behandlungsverfahren zu spezialisierten «Gesundheitsfabriken» sind zukunftsfähig. Statt sich aus der ärztlichen Perspektive entlang medizinischer Fachgebiete zu organisieren, ist die Gesundheitsversorgung nach KRANKHEITSBILDERN aus Patientensicht zu organisieren. Im Unterschied zu heute erfordert die auf das Krankheitsbild ausgerichtete Gesundheitsversorgung eine Koordination über den gesamten Behandlungsablauf, wie ihn Patienten erleben. Diese Umstellung ist nicht einfach, doch sie erleichtert die notwendigen Schritte für eine Verbesserung des Patientennutzens.

Die Neuorganisation der Gesundheitsversorgung nach Krankheitsbildern wird einen enormen Erkenntnisgewinn bringen, Qualität und Wirtschaftlichkeit zu verbessern und die Ressourcenverschwendung reduzieren. Dem gesetzlichen Auftrag entsprechend wird damit nicht nur die Qualität der Gesundheitsversorgung verbessert. Die Optimierungen sind sogar unter Berücksichtigung des demografischen Wandels finanzierbar.

Eine solche strategische Neuausrichtung ist machbar, auch wenn sie radikal erscheint. Es mutet paradox an, aber dieser Wandel, wenngleich radikal, kann von jedem einzelnen Akteur des Gesundheitssystems in seinem Wirkungsbereich initiiert und unterstützt werden. Ein per Gesetz oder Regierungsdekret verordneter «grosser Reformwurf» ist für die Umsetzung dieses Konzepts nicht nötig. Erforderlich ist aber, dass die Ärzte und andere Akteure das enorme Verbesserungspotenzial und die damit verbundenen Chancen erkennen und akzeptieren.

Als erster Schritt müssen RISIKOBEREINIGTE RESULTATE – also das Behandlungsergebnis und die Behandlungskosten – nach Krankheitsbild und Ärzteteams gemessen werden. Ohne Ergebnismessung wird gemeinhin angenommen, dass alle Behandlungen und Ärzte ungefähr gleich gut sind. Dem ist nicht so. Unterschiede bei Behandlungsverfahren und -ergebnissen sind ebenso gross wie die hartnäckigen Unterschiede in der Versorgungsqualität. Erst eine transparente Ergebnismessung der Qualität und der Behandlungskosten deckt die enormen Schwankungen auf. Erkennen dies die Beteiligten, werden sie motiviert, Veränderungen anzupacken. Der Wettbewerb zur Ver-

besserung von Behandlungsqualität und Kosteneffizienz verstärkt sich. Diese Dynamik lässt sich in international führenden Spitälern wie der Cleveland Clinic oder dem M. D. Anderson Cancer Center beobachten (Porter und Teisberg 2006, 175–176).

Auch Krankenversicherungen werden ihre Strategien überdenken und sich neu ausrichten müssen. Statt sich auf ihre Aufgabe als «Zahlstelle» zu beschränken, müssen sie sich zu echten Gesundheitsorganisationen entwickeln, die sich aktiv für den Patientennutzen einsetzen. Zur neuen Rolle der Versicherungen gehört, Versicherten die Wahl bezüglich Behandlungsalternativen und Behandlungsergebnissen zu ermöglichen, sie über den Behandlungszyklus ihres Krankheitsbilds zu informieren, DISEASE MANAGEMENT anzubieten, mit Ärzten Ergebnisvergleiche und Best Practices auszutauschen [ohne dabei die Einhaltung von BEHANDLUNGSPROZESSEN (PROCESS COMPLIANCE) vorzuschreiben] und administrative Prozesse zu vereinfachen. Statt über Risikoselektion oder möglichst tiefe Prämien zu konkurrieren, sollten sich Krankenversicherer über die Verbesserung der Behandlungsergebnisse ihrer Mitglieder messen.

Diese neue Rolle der Krankenversicherer können sich jene Personen nur schwer vorstellen, die mit diesen Einrichtungen schlechte Erfahrungen gemacht haben. Doch wie bei der Reorganisation der Leistungserbringer gibt es bereits Versicherungen, die solche Reformansätze praktizieren. So erbringt etwa Preferred Global Health in Europa und im Mittleren Osten Dienstleistungen für Patienten mit einer von 15 ausgewählten Krankheiten. Zwar ist Preferred Global Health keine Krankenversicherung, doch das Modell könnte auch für Versicherer interessant sein. Das Unternehmen verhilft den Patienten nicht nur zu einer hervorragenden medizinischen Behandlung, sondern berät und schult auch ihre Kunden, damit diese bei schweren Krankheiten ihren Gesundheitszustand und ihre Behandlungsergebnisse verbessern können. Preferred Global Health stellt einen persönlichen Care Manager zur Verfügung, der dem Kunden hilft, sich im hochkomplexen, fragmentierten und fehleranfälligen Gesundheitssystem zurechtzufinden, was sich letztlich auf das Behandlungsergebnis des Patienten positiv auswirkt (Preferred Global Health 2001). Ein weiteres Beispiel für eine Organisation, die Patienten darin unterstützt, Ärzteteams, die bei bestimmten Krankheiten hervorragende Ergebnisse erzielt haben, zu finden, ist United Resource Networks in den USA. Hier werden Patienten und überweisende Ärzte bei der Interpretation der Ergebnisdaten beraten, damit beide über die notwendigen Informationen für die Auswahl verfügen (Porter und Teisberg 2006, 247–250). Andere Krankenversicherer fördern die Organisation der Behandlung multimorbider Patienten entlang des Behandlungszyklus (Porter und Teisberg, 2006, 253–258). Einige Krankenversicherer messen zudem sowohl die Gesundheit ihrer Mitglieder als auch die Behandlungsergebnisse, um den Geschäftserfolg auf der Ebene der «erzielten Gesundheit» zu erfassen (Porter und Teisberg 2006, 253–258).

Der Wettbewerb zur Verbesserung des Patientennutzes wird in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung rasch zu Fortschritten führen. Die Voraussetzung dafür sind Informationen zu den Behandlungsergebnissen über den gesamten Behandlungszyklus hinweg. Dafür sind die einzelnen Ärzteteams und die unterschiedlichen Behandlungsansätze zu messen. Solche Messungen müssen risikobereinigt sein, das heißt, die unterschiedliche Risikostruktur der Patienten muss berücksichtigt werden. Die Informationen müssen zudem breit zugänglich sein. Damit werden sie zum entscheidenden

Katalysator für einen nutzenorientierten Wettbewerb. Wo solche Messungen und ihre Verbreitung erfolgten, verbesserte sich der PATIENTENNUTZEN rasch und substanziell (Porter und Teisberg 2006, 127–134; Porter und Teisberg 2007).

Die Messung und die Verbreitung risikobereinigter Ergebnisse schaffen Lernanreize und erlauben die Identifikation erfolgreicher Behandlungsmethoden. Dieser markante und kontinuierliche Erkenntnisgewinn fördert den Patientennutzen.

Der nutzenorientierte Wettbewerb entwickelt eine starke Sogkraft hin zur Veränderung der Gesundheitsversorgung. Versorgungsanalysen erachten implizit und fälschlicherweise oft medizinische Behandlungen als Zielwert der Gesundheitsversorgung. Das Ziel sollten aber bessere Behandlungsergebnisse und somit der bessere Gesundheitszustand und die bessere Lebensqualität sein. Gesundheit ist für alle Menschen ein zentraler Wert. Die Gesundheitsversorgung und die medizinischen Behandlungen hingegen haben an sich keinen Wert. Ihr Wert resultiert erst aus der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit, mit denen sie das erwünschte Ziel erreichen. Da das produzierte Gut nicht die Behandlung, sondern Gesundheit und Lebensqualität sind, senkt eine Qualitätssteigerung die Behandlungskosten besonders stark. Wirtschaftlichkeit kann sich also durch Qualitätsverbesserungen erhöhen. Eine bessere Qualität wiederum ergibt sich etwa aus einer erfolgreichen Prävention, aus genaueren Diagnosen, weniger Behandlungsfehlern und Komplikationen, aus schnelleren Rekonvalenzen und weniger invasiven Behandlungen, aus einem kürzeren Krankheitsverlauf, effizienteren Behandlungen und weniger Behinderungen. **Das Fortschreiten von Krankheiten zu verhindern, führt zu enormen Kosteneinsparungen. Oder einfach gesagt: Gesundheit ist billiger als Krankheit.** In der Schweiz und anderswo wird den Kosteneinsparungen durch die Verbesserung des Gesundheitszustands wie auch der Behandlungsmethoden eine zentrale Bedeutung zukommen, da das Aufkommen chronischer Krankheiten steigt.

Die Erhöhung des Patientennutzens muss Wegweiser für Reformen sein. Damit werden die unterschiedlichen Interessen der Akteure des Gesundheitswesens auf ein gemeinsames Ziel ausgerichtet und Anreize zu Kostenverlagerungen reduziert. Verbessert ein Gesundheitsteam den Gesundheitszustand einer Person, so gewinnen Ärzte, Patienten, Leistungserbringer, Prämien- und Steuerzahler, Familie und die Gesellschaft. **Mit einem Positivsummenspiel zur Verbesserung der medizinischen Ergebnisse können Gesundheitssysteme beim Gesundheitszustand der Bevölkerung und bei der Gesundheitsversorgung erstaunliche Fortschritte erzielen. Darum geht es bei einem Gesundheitssystem: Die Gesundheit von allen verbessern.** Ob der Wettbewerb zur Regulierung der Gesundheitsversorgung Sinn macht, wird kontrovers diskutiert. Zwar haben sich die Schweiz und die Niederlande mit der Idee des Wettbewerbs stärker angefreundet als die meisten anderen europäischen Länder. Ob sich der Wettbewerb für die Patienten und die öffentliche Gesundheit jedoch auszahlt, hängt entscheidend davon ab, ob es sich um einen kostenorientierten Nullsummen-Wettbewerb oder um einen nutzenorientierten Positivsummen-Wettbewerb handelt.

Die Messung risikobereinigter Behandlungsergebnisse, also die Messung der medizinischen Ergebnisse und der Kosten, ist entscheidend für den nutzenorientierten Ergebniswettbewerb. Ergebnismessungen werden oft damit begründet, dass Konsumenten dazu befähigt würden, Behandlungen selbst «einkaufen» zu können. Diese Begründung greift allerdings zu kurz und übersieht drei Punkte. Erstens ist mit der gegenwärtigen Organisation der Gesundheitsversorgung nach medizinischen Spezialgebieten eine Wahl nahezu unmöglich, da relevante Informationen fehlen. Jeder Behandlungszyklus ist in viele einzelne Behandlungsschritte zersplittert, auf deren Basis die Wahl einer integrierten Behandlung gar nicht möglich ist. Zweitens ist die Ärzteschaft das entscheidende Zielpublikum für Ergebnismessungen. Ärzte verbessern sich, wenn sie über risikobereinigte Behandlungsergebnisse Bescheid wissen. So verzeichnen Behandlungsgebiete wie die zystische Fibrose, Organtransplantationen, die koronare Herzchirurgie, Krebserkrankungen bei Kindern, Nierenkrankheiten im Endstadium und Diabetes, bei denen Ergebnismessungen durchgeführt und verbreitet werden, erstaunliche Fortschritte (Porter und Teisberg 2006, 127–134; Porter und Teisberg 2007). Drittens treibt die Messung und Verbreitung risikobereinigter Ergebnisse die Qualität der Versorgung für alle an, denn grosse Unterschiede werden untolerierbar, sobald Ergebnisse veröffentlicht werden. Mangelhafte Ergebnisse werfen beim einzelnen Patienten ein ungünstiges Licht auf das behandelnde Ärzteteam, selbst wenn die Behandlung für keine Patientengruppe oder Region schlechter scheint. So werden Anreize geschaffen, um bestmögliche Ergebnisse für alle Patienten zu erreichen.

2 Das schweizerische Gesundheitssystem

2.1 Die Struktur des schweizerischen Gesundheitswesens

Das Gesundheitssystem der Schweiz wird auf den drei Ebenen Bund, Kantone und Gemeinden geregelt. Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) schreibt den einzelnen Akteuren verschiedene Kompetenzen zu. Es nennt drei Ziele:

1. Die Stärkung der SOLIDARITÄT, indem für alle in der Schweiz wohnhaften Personen mit unterschiedlichen Krankheitsrisiken die gleiche Deckung gewährleistet wird,
2. die Eindämmung des Anstiegs der Gesundheitskosten und
3. die Qualitätssicherung (OECD und WHO 2006, 32).

Das dritte Ziel ist entscheidend. Die Schweiz hat den gesetzlichen Auftrag, eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen. Dieses Ziel zu erreichen, ist heute hauptsächlich Aufgabe der Kantone, die für die Umsetzung viel Freiraum besitzen. Das Potenzial, über Qualitätsverbesserungen die Gesamtkosten zu reduzieren, wurde bisher allerdings kaum genutzt. Der Gesetzauftrag einer qualitativ hoch stehenden Gesundheitsversorgung ist deshalb eine wichtige Grundlage für die Reform hin zum nutzenorientierten Wettbewerb.

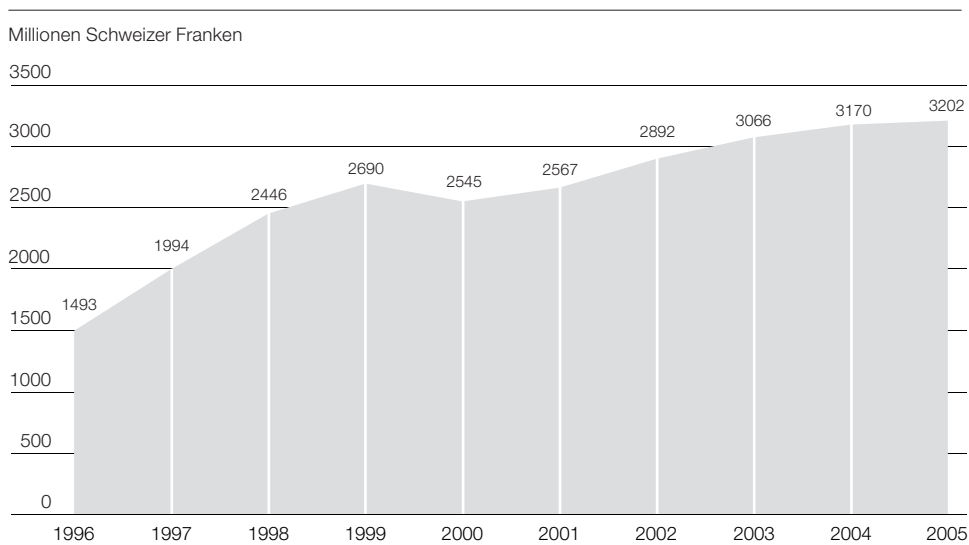
Der folgende kurze Überblick beschreibt weitere Faktoren des schweizerischen Gesundheitssystems, die Einfluss auf die Reformbemühungen hin zum nutzenorientierten Wettbewerb haben.

2.1.1 Krankenversicherungen

Für alle in der Schweiz wohnhaften Personen besteht die Pflicht, eine obligatorische Krankenversicherung abzuschliessen. Jede Person muss mindestens eine Grundversicherung abschliessen, womit die gesamte Wohnbevölkerung krankenversichert ist. Die Versicherten beteiligen sich über eine Kopfprämie an den Kosten. Machen die Krankenkassenprämien mehr als acht Prozent ihres Einkommens aus, werden sie von Bund und Kantonen über Prämienverbilligungen subventioniert (Civitas 2002). Zurzeit erhalten 41 Prozent der Schweizer Haushalte Prämienverbilligungen (OECD und WHO 2006, 99). Obschon die Krankenversicherungsprämien zwischen 1996 und 2005 jährlich um durchschnittlich 5,5 Prozent gestiegen sind (OECD und WHO 2006, 115), betrug die Zunahme der staatlichen Beiträge im gleichen Zeitraum durchschnittlich 10,6 Prozent (OECD und WHO 2006, 103). In absoluten Zahlen hat sich der Anteil der öffentlichen Hand mehr als verdoppelt, wie Abbildung 3 zeigt. Diese Zunahme der Kostenbelastung führte zu einer Konzentration der politischen Diskussion auf die Dämpfung der absoluten Kosten.

Das KVG wird mehrheitlich auf kantonaler Ebene umgesetzt. Wie in Deutschland, den USA und in geringerem Umfang in den Niederlanden kann der Versicherte seine Krankenversicherung selbst wählen. Verzichtet ein Einwohner auf den Abschluss einer Krankenversicherungspolice, teilt ihm der Kanton eine zu. Dass in der Schweiz die Ar-

Abbildung 3 | KVG-Prämienverbilligungen des Bundes, 1996–2005



Quelle: Bundesamt für Gesundheit BAG (2006). Zitiert in: OECD und WHO (2006).

beitgeber nicht in die Auswahl und Finanzierung von Krankenversicherungen involviert sind, ist ein Vorteil und verringert den administrativen Aufwand bzw. verhindert Fehlanreize. Dieser Vorteil wäre noch ausgeprägter, wenn die Konsumenten zwischen Versicherungsmodellen wählen könnten, die hinsichtlich der Gesundheitsförderung und der Qualität der Gesundheitsversorgung im Wettbewerb stünden. Heute beschränkt sich die Wahlfreiheit primär auf unterschiedliche Zahlungsstrukturen (v. a. die Franchisenhöhe), was jedoch geringeren Einfluss auf den Patientennutzen hat.

Die OBLIGATORISCHE KRANKENVERSICHERUNG bietet verschiedene Wahlmöglichkeiten. Die Prämien werden kantonal von den Krankenversicherungen festgelegt und vom Bund auf die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften überprüft (s. Abb. 4) (OECD und WHO 2006, 32f). In der Grundversicherung gibt es verschiedene gesetzlich festgelegte Franchisen, zwischen denen der Versicherte frei wählen kann (OECD und WHO 2006, 36). Eine Versicherung mit Wahlfranchise bietet niedrigere Grundprämien, dafür höhere Franchisen. Eine weitere Möglichkeit ist die BONUSVERSICHERUNG, bei der sich der Versicherte für fünf Jahre bindet und im ersten Jahr eine höhere Prämie bezahlt. Nimmt er keine Leistungen in Anspruch, so erhält er jährlich einen Prämienrabatt für jedes weitere Folgejahr. Der Rabatt beträgt im fünften Jahr maximal 55 Prozent. Ferner gibt es Policen mit HMO-MODELLEN. Dabei ist die Wahl der Leistungserbringer eingeschränkt. Auch hier sind die Prämien tiefer, die Reduktion beträgt hier allerdings höchstens 20 Prozent der ordentlichen Grundprämie (OECD und WHO 2006, 34).

Abbildung 4 | Besondere Versicherungsmodelle in der obligatorischen Krankengrundversicherung

	Ordentliche Grundversicherung	Versicherung mit wählbarer Franchise	Bonus-Versicherung	HMO-Versicherungen mit beschränkter Wahl an Leistungserbringer («Hausarzt-Modell»)
Prämienhöhe	Ordentliche Prämien werden von jedem KVG-Versicherer für jeden Kanton in wettbewerbsfähiger Höhe festgesetzt; innerhalb jedes Kantons können Versicherer maximal drei Prämienstufen in verschiedenen geographischen Zonen jedes Kantons anwenden.	Die Prämien müssen mindestens 50% der Prämie einer ordentlichen Versicherung betragen. Die Prämien werden umgekehrt proportional zur Franchise reduziert. Der maximale Rabatt beträgt je nach Franchise bei – Erwachsenen: CHF 160; 560; – Kindern (<18 J.): CHF 80; 160; 240; 320; 400; 480.	Jährliche Prämienrabatte, sofern während der Versicherungsdauer kein Rückerstattungsantrag erfolgt. Die erste Jahresprämie liegt 10% höher als bei der ordentlichen Versicherung. Dann können die Prämien nach 5 Jahren Laufzeit im Vergleich zur ordentlichen Versicherung um bis zu 45% gesenkt werden.	Prämienrabatte auf ordentliche Prämien werden von der Kasse festgelegt, dürfen jedoch nicht mehr als 20% betragen.
Selbstbehalt¹	Ordentliche Franchise: CHF 300 pro Jahr: – Versicherung mit Selbstbehalt: 10% der Heil- und Behandlungskosten, die die Franchise übersteigen. – Kostenbeteiligung: bei jedem Spitalaufenthalt CHF 10/Tag – Maximalbetrag: die Kostenbeteiligung von 10% darf einen jährlichen Gesamtbetrag von CHF 700 bei Erwachsenen und CHF 350 bei Kindern nicht übersteigen.	Franchisen: Krankenversicherer können Versicherungen mit fünf verschiedenen hohen Franchisen anbieten: – Erwachsene: CHF 500; 1000; 1500; 2000; 2500 – Kinder: CHF 100; 200; 300; 400; 500; 600. Versicherung mit Selbstbehalt, Kostenbeteiligung, und Maximalbetrag: wie in der Grundversicherung.	Wie in der Grundversicherung.	Wie in der Grundversicherung. Die Versicherer können Policen mit einer begrenzten Auswahl an Anbietern offerieren, die ganz oder teilweise von einer Kostenbeteiligung befreit sind.
Arzt-/Spitalwahl	Freie Wahl der Ärzte und Spitäler, die aufgrund des KVG Anspruch auf eine Rückerstattung haben.	Wie in der ordentlichen Krankenversicherung.	Wie in der ordentlichen Krankenversicherung.	Auf Leistungserbringer des Netzwerks beschränkt.

¹Bei der Kostenbeteiligung sind Ausnahmen für Grossfamilien, bei Mutterschaft, für Sozialhilfeempfänger, für Empfänger von Ergänzungsleistungen und IV-Rentner möglich. Die Prämienrabatte und -reduktionen gelten seit 2005.

Quellen: Colombo (2001); Bundesamt für Gesundheit BAG (2005). Zitiert in: OECD und WHO (2006).

Nebst diesen Optionen für die Grundversicherung können die Versicherten auch eine ZUSATZVERSICHERUNG abschliessen. Die Zusatzversicherung bietet einen höheren Versorgungsstandard bei stationären Aufenthalten (HOTELLERIEDIENSTE in privaten oder halbprivaten Zimmern) und übernimmt von der Grundversicherung nicht gedeckte Leistungen (z. B. Zahnbehandlungen) sowie Leistungen von Ärzten oder Spitälern, die nicht auf der kantonalen Liste stehen (OECD und WHO 2006, 39; Cueni 2006). Bei den Zusatzversicherungen dürfen die Krankenversicherer gewinnorientiert arbeiten. Für die Prämienbestimmung können sie das individuelle Risiko des Versicherten gewichten und – im Gegensatz zur obligatorischen Grundversicherung – einen Vertragsabschluss ablehnen. Die Kunden können für den Abschluss der Zusatzversicherung einen anderen Versicherer wählen als für die Grundversicherung (OECD und WHO 2006, 39).

Der Bund regelt die Krankenversicherungsprämien, die als KOPFPAUSCHALEN bemessen werden. 1993 wurde für die Dauer von zehn Jahren ein RISIKOAUSGLEICH für Krankenversicherer eingerichtet, da davon ausgegangen wurde, dass sich die Risiken unter den Versicherern innerhalb dieses Zeitraums gleichmässig verteilen würden. Da dies nicht eingetreten ist, verlängerte das Parlament die Massnahme 2005 um weitere fünf Jahre (OECD und WHO 2006, 37). Der Risikoausgleich soll den Anreiz zur Risikoselektion verringern. Da dieser Anreiz im bestehenden Ausgleich jedoch nur ungenügend ausgeschaltet wird, scheint die Risikoselektion weiterhin betrieben zu werden.

2.1.2 Zugang zur Versorgung

Zusätzlich zur Wahl des Versicherungsmodells können in der Schweiz wohnhafte Personen auch den Leistungserbringer innerhalb ihrer Kantons Grenzen wählen. Das KVG schreibt vor, dass alle Krankenversicherer, die Grundversicherungen anbieten, mit allen Anbietern von AMBULANTEN LEISTUNGEN innerhalb eines Kantons und mit allen Spitälern der kantonalen Spitalliste Verträge abschliessen müssen (Civitas 2002). Die Einführung der VERTRAGSFREIHEIT wird auf politischer Ebene seit Jahren diskutiert, aber bis heute dürfen nur Managed-Care-Versicherungsmodelle die Wahlfreiheit beschränken (OECD und WHO 2006, 151).

Das KVG deckt Leistungen ausserhalb des Wohnkantons eines Versicherten nur, wenn eine Behandlung im Wohnkanton nicht angeboten wird oder ein Notfall ausserhalb des Kantonsgebiets eintritt. Versicherten, die sich aus anderen Gründen ausserkantonale behandeln lassen wollen, wird nur der für die innerkantonale Behandlung geltende Tarif vergütet (OECD und WHO 2006, 60).

Das KVG schreibt des Weiteren vor, dass ärztliche Leistungen und Güter «wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich» (WZW-Kriterien) sein müssen (OECD und WHO 2006, 33). Kurative Leistungen werden durch die Grundversicherung gedeckt, sofern sie nicht ausdrücklich ausgeschlossen sind. Für die Deckung der Grundversicherung und für die Rückerstattung von Arzneimitteln, Laboranalysen und weiteren Mitteln und Gegenständen, die der Untersuchung oder Behandlung dienen, muss der Hersteller den Nachweis der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit seines Produkts erbringen. In den vergangenen Jahren wurden fünf provisorisch aufgenommene Methoden der Komplementärmedizin (Homöopathie, anthroposophische Medizin, Traditio-

nelle Chinesische Medizin, Neuraltherapie und Phytotherapie) vom Leistungskatalog der Grundversicherung ausgeschlossen. Ärztlich verschriebene homöopathische Arzneimittel werden jedoch weiterhin vergütet (Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana 2006). Der Leistungskatalog ist im internationalen Vergleich aber grosszügig. Die im Ausland gängige Rationierung über Globalbudgets, lange Wartelisten, die eingeschränkte Leistungsdeckung für Menschen ab einem bestimmten Alter, die unvollständige Grundversorgung oder über den Ausschluss privater Leistungserbringer kommt in der Schweiz kaum vor.

2.1.3 Gesundheitsversorgung

Sowohl der Bund, die Kantone wie auch die Gemeinden regulieren die Gesundheitsversorgung. Der Bund regelt die Berufsprüfungen für Ärzte und kann deren Zulassung beschränken. So wurde beispielsweise versucht, die Gesundheitskosten über einen dreijährigen, anschliessend verlängerten Zulassungsstopp für neue Arztpraxen zu senken; die Massnahme war jedoch wenig wirksam (OECD und WHO 2006, 121).

Die Kantone regulieren die Organisation der Gesundheitsversorgung. Sie entscheiden, welche Spitäler auf die Spitalliste kommen, das heisst, welche Spitäler Leistungen für Grundversicherte abrechnen dürfen. Die Kantone sind im Besitz öffentlicher Spitäler, die mit privaten Spitalern um die Aufnahme auf die Spitalliste konkurrenzieren, und bewilligen Spitalbauten und -ausbauten. Das KVG gibt kaum konkrete Vorgaben für die Spitalplanung, sondern überlässt es dem Ermessensspielraum der Kantone. Aus diesem Grund variiert die Spitalplanung von Kanton zu Kanton. Oft mangelt es an Transparenz bei den Entscheidungskriterien (OECD und WHO 2006, 47). Die Zuständigkeit für Pflegeheime, für die spitalexterne Krankenpflege durch private Organisationen (Spitex-Organisationen), für Haushaltshilfen und weitere Dienstleistungen für Behinderte und Betagte liegt bei den Gemeinden.

2.2 Das Niveau der schweizerischen Gesundheitsversorgung

Die Zufriedenheit über die Gesundheitsversorgung ist in der Schweiz zwar hoch, fällt aber nicht einhellig positiv aus. Die Schweizer Gesundheitsbefragung wies nach, dass 54 Prozent der Schweizer Wohnbevölkerung mit den medizinischen Leistungen zufrieden sind; in einer früheren Umfrage lag diese Zahl noch bei zwei Dritteln der Befragten (OECD und WHO 2006, 108, Tab. 3.9). Der OECD-Bericht erklärt die Zufriedenheit damit, dass lange Wartezeiten für eine Behandlung sehr selten seien (OECD und WHO 2006, 100). Die Schweiz verfügt zurzeit über 3,6 Ärzte und 10,7 Krankenpflegekräfte je 1000 Einwohner; der OECD-Durchschnitt liegt bei 2,9 bzw. 8,0 (OECD und WHO 2006, 41). Es gibt 3,9 Akutbetten je 1000 Einwohner; dieser Wert liegt leicht unter dem OECD-Durchschnitt von 4,1. Die Rate von 14,2 MRI-Anlagen je Million Einwohner ist hingegen fast doppelt so hoch wie der OECD-Durchschnitt von 7,7 MRI-Anlagen je Million Einwohner (OECD und WHO 2006, 41). Für die Zufriedenheit ist auch die freie Wahl der Leistungserbringer von Bedeutung: 72 Prozent der Befragten halten die Wahlfreiheit für «eher wichtig» oder «sehr wichtig» (OECD und WHO 2006, 110).

Die hohen Kosten schmälern jedoch die Zufriedenheit. In einer Umfrage äusserten 75 Prozent der schweizerischen Bevölkerung, dass die Prämien für die obligatorische Grundversicherung entweder «hoch» oder gar «zu hoch» seien (OECD und WHO 2006, 108). 87 Prozent der Befragten hielten die Höhe der Versicherungsprämien für «gelegentlich» oder sogar «immer Besorgnis erregend» (Longchamp et al. 2006). Die Höhe der Krankenkassenprämien ist jedoch nicht die einzige Sorge. 31,5 Prozent der gesamten Gesundheitskosten werden von Patienten direkt finanziert. Das ist der vierthöchste Wert aller OECD-Länder, deren Durchschnitt bei 19,8 Prozent liegt (OECD und WHO 2006, 98). Auch die Kostensteigerung gibt zunehmend Anlass zur Sorge. Hier ist wegen der steigenden Lebenserwartung, der Zunahme von Übergewicht und chronischen Krankheiten wenig Besserung in Sicht.

Diese Entwicklungen lassen darauf schliessen, dass die Schweiz gesundheitspolitisch an einem Scheideweg steht. Konzentrieren sich die Diskussionen weiterhin nur auf die Eindämmung der absoluten Kosten, so ist der Weg in Richtung Rationierung, sinkende Zufriedenheit sowie – ironischerweise – Kostenzunahme und Kostenverlagerung vorgezeichnet. Je stärker Reformen auf die Kostensenkung fokussieren, desto stärker blähen sich die Kosten auf – dies ist einer der scheinbaren Widersprüche der Gesundheitsversorgung. Das Paradox erklärt sich daher, dass ein schlechter Gesundheitszustand zwangsläufig teurer ist als ein guter Gesundheitszustand. Führen Massnahmen zur Senkung der Gesundheitskosten zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands von Patienten, erhöhen sich in der Folge die Gesamtkosten. Ein viel wirksamerer Ansatz besteht darin, mit einer Verbesserung der Behandlungsqualität die Kosten zu senken.

Allerdings gibt es in der Schweiz, wie in den meisten anderen Ländern auch, kaum Daten zur Behandlungsqualität (OECD und WHO 2006, 86). Die fehlenden Informationen zur Behandlungsqualität ergeben zusammen mit dem Vertrauen in den einmal gewählten Arzt den Eindruck, die Qualität sei hoch, auch wenn dieser Eindruck einer wissenschaftlichen Messung womöglich nicht standhalten würde. Auch in der Schweiz geht man von einer hohen Behandlungsqualität aus, so wie dies in den USA vor der Erfassung von Behandlungsergebnissen der Fall war. In einer kürzlich durchgeführten Umfrage hielten beispielsweise 95 Prozent der Befragten in der Schweiz die Qualität im Gesundheitswesen für «eher gut», «gut» oder «hervorragend» (Longchamp et al. 2006). Jene Daten, die zur Qualität der Schweizer Gesundheitsversorgung vorliegen, zeichnen jedoch ein differenzierteres Bild.

Die Mortalitätsraten für akute Myokardinfarkte liegen in der Schweiz niedriger als im OECD-Durchschnitt (7 gegenüber 23 Prozent) und für Asthma (0,2 gegenüber 0,8 Toden je 100 000 Einwohner); allerdings liegt die Schweiz bei der Anzahl Frauen, die eine Mammografie erhalten (27 gegenüber 61 Prozent, Alter 52 bis 69 Jahre), und dem Anteil Kinder mit einer MMR-Impfung (Masern, Mumps, Röteln) (68 gegenüber 89 Prozent) hinter dem OECD-Durchschnitt (Mattke et al. 2006; zit. in OECD und WHO 2006). Internationale Vergleichsdaten zur Fünfjahres-Überlebensrate für vier Krebsarten (Brust-, Prostata-, Dickdarm- und Lungenkrebs) weisen mit Überlebensraten in einer Spannweite von unter- bis überdurchschnittlich ebenfalls gemischte Resultate

aus (s. Abb. 5, 6, 7, 8). Eine ausgezeichnete Überlebensrate wurde nur bei Frauen mit Lungenkrebs verzeichnet.

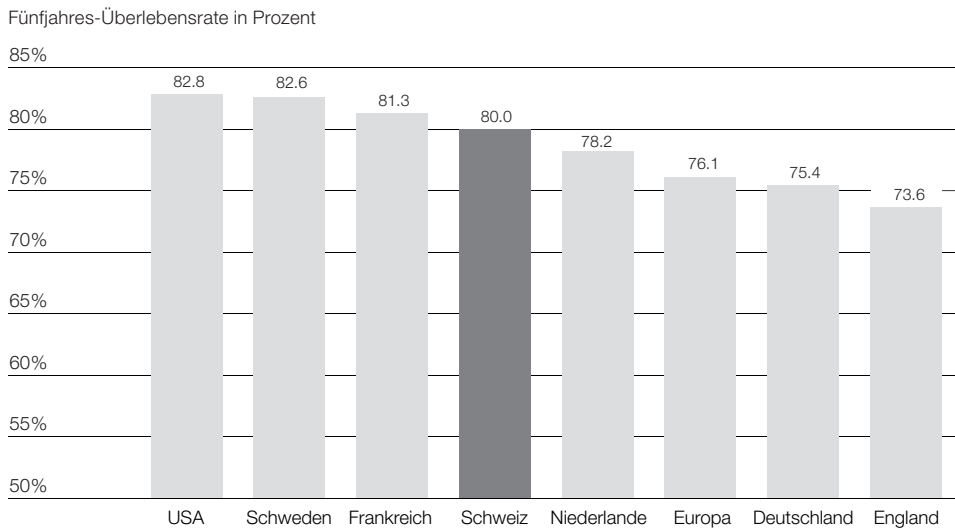
Todesfälle aufgrund vermeidbarer Behandlungsfehler werden für die industrialisierten Länder (ohne die USA) auf 400 bis 700 je Million Einwohner geschätzt (Eckbo 2005). Studien für die USA liegen mit 360 bis 675 Todesfällen je Million Einwohner in der gleichen Grössenordnung (Kohn et al. 2000; Healthgrades 2004). Die Quote medizinisch unerwünschter Ereignisse, die nicht notwendigerweise zum Tod führen, wird konservativ auf 3,2 bis 5,4 Prozent für die USA, 9 Prozent für Dänemark, 10,6 bis 16,6 Prozent für Australien, 10 bis 11,7 Prozent für Grossbritannien und noch höher für die Entwicklungsländer geschätzt (WHO 2002; Wilson et al. 1995). Mehrere Länder, darunter Kanada, Dänemark, die Niederlande, Schweden, Neuseeland und Frankreich, sind zum Schluss gekommen, dass ihr Gesundheitssystem mit schwerwiegenden Qualitätsmängeln behaftet ist (Applied Research and Analysis Directorate 2003; Michel 2004). Es ist unwahrscheinlich, dass die Schweiz keine solchen Probleme kennt.

Ein Indiz dafür liefert eine zwischen 1984 und 1996 in zehn Ländern durchgeführte Studie zu Spitalinfektionen, in der die Schweiz mit 11,6 Prozent die zweithöchste Infektionsrate ausgewiesen hat. Das ist zwar ein besserer Wert als Belgien (14,8 Prozent), aber schlechter als England (11,2 Prozent), Hongkong (10,5 Prozent), Litauen (9,2 Prozent), Frankreich (9 Prozent), Australien (8,8 Prozent), Spanien (8,6 Prozent), Norwegen (6,5 Prozent) und Deutschland (4,4 Prozent). Diese Daten sind aber relativ alt, und eine später durchgeführte Studie an zwei Schweizer Spitälern weist auf eine Senkung der Spitalinfektionen hin (Conen 2006).

Eine weitere in der Schweiz durchgeführte Untersuchung über unerwünschte Arzneimittelwirkungen nichtstationärer Patienten zeigt, dass 6,4 Prozent der in der Abteilung für Innere Medizin eines Spitals aufgenommenen Patienten bei der Aufnahme eine unerwünschte Arzneimittelwirkung aufwiesen und dies für 4,1 Prozent der Patienten der Hauptgrund für die Einlieferung gewesen sei (Lepori et al. 1999). Kürzlich begann Comparis auf seiner Website Infektions- und Fehlerraten sowie Zahlen zu ungeplanten Wiedereintritten für einzelne Spitäler aufzulisten und damit die Schwankungen zu illustrieren (Comparis 2007b).

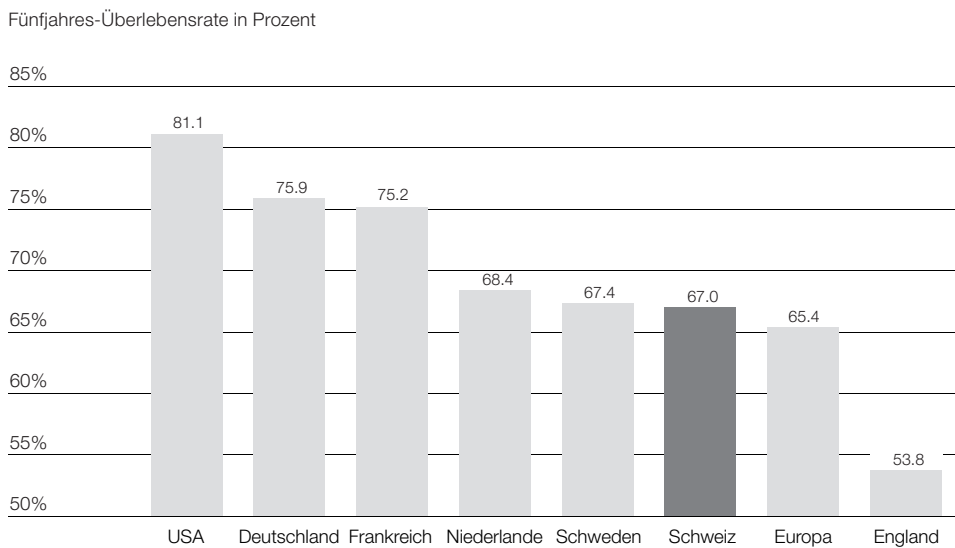
Obige Daten unterscheiden sich stark in Bezug auf das, was gemessen wird, wann gemessen wird und auf welcher Ebene die Messung erfolgte. Einen Schluss lassen die Daten aber zu. Auch in der Schweiz gibt es Unterschiede bei der Behandlungsqualität und den Behandlungsfehlern. Jüngere Studien lassen darauf schliessen, dass Qualitätsfragen heute in der Schweiz grössere Beachtung geschenkt wird. Obwohl der Vergleich von Comparis lediglich ein erster Schritt ist, ist er ein positives Indiz dafür, dass die Aufmerksamkeit von der Eindämmung der absoluten Kosten hin zur Verbesserung der Behandlungsqualität wächst. Der Vergleich ist zwar methodisch nicht ganz unproblematisch, weil die Daten direkt in den Spitälern erhoben und nach Krankheitsbild oder Ärzteteam aufgeschlüsselt werden müssten. Nimmt die Anzahl und Dauer der Wiedereintritte in Spitälern ab, geschehen weniger Fehler und Infektionen, dann werden auch die Pflegekosten sinken.

Abbildung 5 | Vergleich der Fünfjahres-Überlebensrate in ausgewählten OECD-Ländern, Brustkrebs



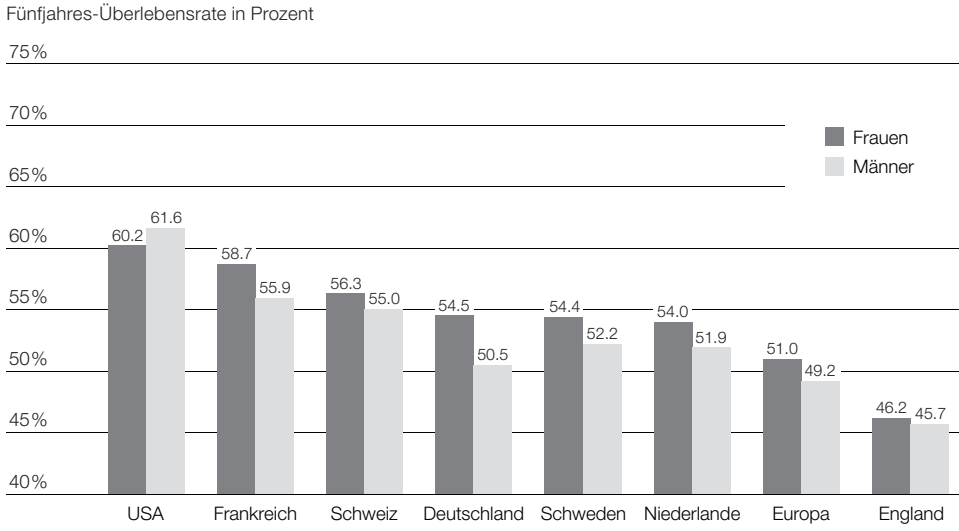
Anm.: europäische Daten für erste Krebsdiagnosen zwischen 1990-1994; US-amerikanische Daten für erste Krebsdiagnosen zwischen 1986 und 1988. Quelle: europäische Daten: EURO CARE (2003); US-amerikanische Daten: National Cancer Institute (2002). Zitiert in: National Auditing Office (2003).

Abbildung 6 | Vergleich der Fünfjahres-Überlebensrate in ausgewählten OECD-Ländern, Prostatakrebs



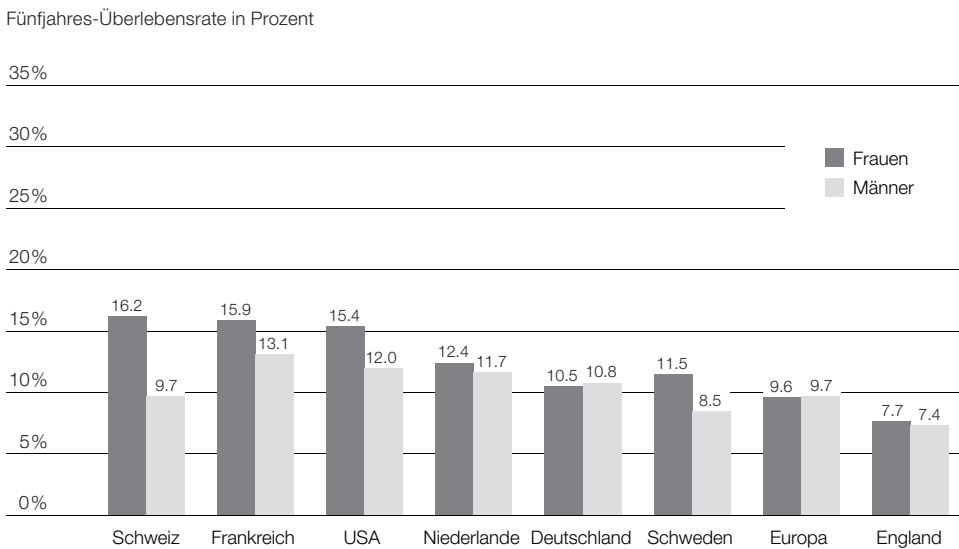
Anm.: europäische Daten für erste Krebsdiagnosen zwischen 1990-1994; US-amerikanische Daten für erste Krebsdiagnosen zwischen 1986 und 1988. Quelle: europäische Daten: EURO CARE (2003); US-amerikanische Daten: National Cancer Institute (2002). Zitiert in: National Auditing Office (2003).

Abbildung 7 | Vergleich der Fünfjahres-Überlebensrate in ausgewählten OECD-Ländern, Darmkrebs



Anm.: europäische Daten für erste Krebsdiagnosen zwischen 1990-1994; US-amerikanische Daten für erste Krebsdiagnosen zwischen 1986 und 1988. Quelle: europäische Daten: EURO CARE (2003); US-amerikanische Daten: National Cancer Institute (2002). Zitiert in: National Auditing Office (2003).

Abbildung 8 | Vergleich der Fünfjahres-Überlebensrate in ausgewählten OECD-Ländern, Lungenkrebs



Anm.: europäische Daten für erste Krebsdiagnosen zwischen 1990-1994; US-amerikanische Daten für erste Krebsdiagnosen zwischen 1986 und 1988. Quelle: europäische Daten: EURO CARE (2003); US-amerikanische Daten: National Cancer Institute (2002). Zitiert in: National Auditing Office (2003).

3 Eine Neuorientierung des schweizerischen Gesundheitswesens

Der Patientennutzen kann durch einen strategischen Rahmen, der den Wettbewerb auf der richtigen Ebene fördert, verbessert werden. Im Zentrum stehen die Prävention und die Behandlung nach Krankheitsbild. *Redefining Health Care* (Porter und Teisberg 2006) basiert auf acht Grundsätzen für einen nutzenorientierten Wettbewerb. Diese Grundsätze geben die Reformrichtung vor und richten die Interessen aller Beteiligten auf dasselbe Ziel – den Patientennutzen – aus. Die Beachtung dieser Grundsätze eröffnet dem nutzenorientierten Ergebniswettbewerb innerhalb des schweizerischen Gesundheitswesens ein grosses Verbesserungspotenzial.

Grundsatz 1: Das Ziel ist der Nutzenzuwachs für den Patienten, nicht nur die Senkung der Kosten.

Die Gesundheitsversorgung muss für den Patienten Nutzen schaffen. Dieser wird durch die Qualität der medizinischen Behandlung und ihrer Kosten berechnet. Wären möglichst tiefe Kosten das alleinige Ziel, so wären Schmerzmittel und Mitgefühl die billigsten und wirksamsten Behandlungsmethoden. Die Kostenreduktion allein kann also offensichtlich nicht das Ziel sein. Trotzdem dreht sich die Gesundheitsdiskussion fast ausschliesslich um die Kostenfrage. Steht diese Frage aber im Mittelpunkt, so werden die Ausgaben häufig nur zwischen den Betroffenen und den Leistungserbringern hin und her geschoben. Damit werden die Nachteile einer fragmentierten und mangelhaft organisierten Gesundheitsversorgung und einer fehlenden Fokussierung auf die Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität multipliziert. Kommunikationsdefizite, wuchernde Bürokratie und Kunstfehler werden begünstigt. Als Folge davon führen Kostenverlagerungen nicht zu weniger Ausgaben, sondern lassen die Gesundheitskosten weiter ansteigen. Selbstredend verbessert die Kostenverlagerung den Patientennutzen nicht. Um diesen zu erhöhen, müssten Kosteneinsparungen die Folge von Effizienzsteigerungen sein und nicht von Kostenverlagerungen, Rationierung oder Qualitätseinbussen.

Der Patientennutzen wird über die Art der Behandlung einer Krankheit geschaffen. In der Schweiz geschieht die Versorgung wie überall auf der Welt ärztzentriert und wird traditionell nach medizinischen Spezialgebieten organisiert. Die Krankenversicherer entschädigen die Leistungserbringer für einzelne Handlungen oder Leistungen und für jeden Behandlungsschritt. Aus Patientensicht ist das eine extreme Fragmentierung. Ein Patient mit einem komplexen Leiden muss verschiedene, kaum vernetzt arbeitende Ärzte konsultieren. Dabei verrechnet jeder Spezialist seine Leistungen gesondert, auch wenn aus Perspektive des Patienten stets die gleiche Krankheit behandelt wird. Der Patientennutzen wird aber nur durch die Behandlung des *ganzen* Krankheitsbildes geschaffen. Um den Fokus auf diese Ebene zu verlagern, ist eine grundlegende Neuorientierung der Gesundheitsversorgung hin zur integrierten Versorgung über den gesamten Behandlungszyklus erforderlich. Nur auf dieser Ebene kann der Patientennutzen verbessert werden. Dazu müssen Versicherer und Ärzte die Behandlungsergebnisse nach Krankheitsbildern und über den ganzen Behandlungszyklus hinweg erfassen und messen.

Führende Organisationen sind hier bereits aktiv. Die Cleveland Clinic in den USA etwa strebt die Verbesserung des Patientennutzens explizit als zentrales Unternehmensziel an. Statt sich auf ihrem internationalen Renommee auszuruhen, hat die Klinik vor einigen Jahren begonnen, die Behandlungsergebnisse *jeder* Leistung zu messen, um sich sowohl intern zu verbessern, als auch öffentlich zugängliche Daten zur Behandlungsqualität bereitzustellen (Porter und Teisberg, 2006, 387–395). Um vernetzte Behandlungseinheiten einzurichten, begann die Klinik im Jahr 2007 mit einer internen Reorganisation, die das Personal und die Infrastruktur umfasste. Diese konzentrieren sich auf Krankheitsbilder, wie sie sich aus der Sicht des Patienten ergeben (Cosgrove 2007). Novo Nordisk ist ein anderes Beispiel: Das Unternehmen konzentriert sich auf Produkte und Leistungen für Diabetespatienten und versucht die Behandlungsergebnisse der eigenen Produkte über den gesamten Behandlungszyklus hinweg zu verbessern. Die Firma entwickelt auf der Basis von Indikatoren eine Art «Barometer», um in über 20 Ländern das Wissen über die Wirksamkeit von Massnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustands von Diabetespatienten zu vergleichen und zu optimieren. Mit diesem Vorgehen soll die Diabetesbehandlung weltweit rasch verbessert und effizienter gestaltet werden (Wolffhechel 2007; Novo Nordisk 2007).

Ein neuartiges Versorgungsmodell, das den Patientennutzen verbessert, offeriert auch MedGate in Basel. MedGate bietet seinen 2,5 Millionen Mitgliedern eine telefonische Beratung rund um die Uhr an sieben Tagen in der Woche. 45 Ärzte und 20 Krankenpfleger oder Praxisassistenten bearbeiten täglich bis zu 1600 Patientenkontakte, meistens via Telefon und Internet (Medgate 2007d). Traditionell beschränkt sich die Telemedizin hauptsächlich auf den Triagevorgang. In der Folge müssen die meisten Anrufer anschließend eine Arztpraxis aufsuchen. Anders bei Medgate: Hier nimmt ein Krankenpfleger den ersten Anruf entgegen und platziert den Patienten in eine elektronische Warteschlange für ein Gespräch mit einem zuständigen Arzt. Nur etwa 10 Prozent der Anrufer brauchen sofortige klinische Hilfe; 35 Prozent erhalten einen Termin für einen Arztbesuch. Damit können geschätzte 55 Prozent der Anrufer allein mit telefonischer Beratung behandelt werden; ein Arztbesuch erübrigt sich. Die Kosten sinken damit um bis zu 21 Prozent (Fischer 2006; Medgate 2007c). Für seine Arbeit hat der Medgate-Arzt unmittelbaren Zugang zum Gesundheitsdossier, das ab der ersten Kontaktaufnahme geführt wird, und zu einer umfassenden Datenbank, die ihn beim Diagnoseentscheid und der Therapieanweisung unterstützt. Die unkomplizierte Kontaktaufnahme bei diesem Verfahren und seine Effizienz kommen Patienten und Ärzten zugute. Für Patienten mit chronischen Krankheiten oder mit Mehrfachverschreibungen von Medikamenten verbessert dieses schnelle und gut dokumentierte System die Betreuung. Zur Qualitätssicherung und -verbesserung misst Medgate die Behandlungsergebnisse und -fehler. Besonders beachtet wird die exakte Diagnosestellung. Obwohl sich Medgate gegenwärtig nur auf bestimmte Behandlungsphasen konzentriert, könnte dieses Modell die vernetzte Behandlung über den ganzen Behandlungszyklus hinweg ankurbeln.

Die Pionierleistung des Institute for Healthcare Improvement (IHI) zur Reduktion unnötiger Todesfälle durch medizinische Behandlungen illustriert die Bedeutung des weltweit nötigen Strukturwandels in der Gesundheitsversorgung. Selbst einfache Verände-

rungen, die eine grosse Anzahl Leben retten könnten, erfordern erhebliche Anstrengungen, da die Ausrichtung auf den Patientennutzen noch wenig verbreitet ist. Die «5 Million Lives Campaign» etwa nennt zwölf Prozessänderungen, mit denen Fehlerquoten gesenkt und Behandlungsprotokolle neuen medizinischen Erkenntnissen (medical evidence) angepasst werden (Institute for Healthcare Improvement 2006). Diese Prozesse (zum Beispiel Massnahmen zur Reduktion von Spitalinfekten oder Arzneimittel-Unverträglichkeiten) erfordern weder modernste Technik noch grosse finanzielle Investitionen. Nötig sind Schulung, Aufmerksamkeit und Motivation; Faktoren also, die das IHI fördert. Die vom IHI unterstützten Veränderungen verbessern nicht nur die Sicherheit, sondern senken infolge einer Reduktion der medizinischen Fehler und Komplikationen auch die Gesundheitskosten. Wegen Fehlanreizen im Gesundheitssystem haben solche Veränderungen heute nur dank charismatischer Führungspersonen und enormer Anstrengungen Erfolg.

Alle Organisationen, die in diesen Bereichen heute führend sind, zeichnen sich durch ein aussergewöhnliches Geschick und durch Visionen aus. Ihre Innovationen fördern jenen Strukturwandel, der für eine markante und umfassende Verbesserung der Gesundheitsversorgung notwendig ist. Eine gute Versorgung sollte jedoch nicht nur von Pionierleistungen abhängen. Vielmehr bräuchte es die richtigen Anreize und Informationen, damit sich alle Leistungserbringer und Versicherer auf das Ziel einer nachhaltigen Verbesserung des Patientennutzens ausrichten würden. Dies bedarf jedoch eines fundamentalen Wertewandels. Der zweite Grundsatz skizziert den Rahmen eines solchen Systems.

Grundsatz 2: Der Wettbewerb muss sich am medizinischen Ergebnis orientieren.

Der Patientennutzen, das heisst das Behandlungsergebnis, berechnet sich auf Basis der medizinischen Behandlungsergebnisse und des Preises für die Behandlung. Der Wettbewerb zur Verbesserung des Behandlungsergebnisses wird den Patientennutzen nachhaltig steigern. Als Voraussetzung müssen die relevanten Behandlungsergebnisse gemessen werden. Solange ärztliche Teams keine vergleichenden Messdaten haben, gehen die meisten davon aus, dass ihre Resultate gut oder überdurchschnittlich sind. Und solange Krankenversicherungen keine Vergleichsdaten haben, wird angenommen, dass Leistungserbringer mehr oder weniger gleichwertige Leistungen erbringen und sich nur im Preis unterscheiden. Werden die Ergebnisse aber gemessen, eröffnen sich nicht nur für Ärzte Innovationschancen, sondern auch für Lieferanten, Krankenversicherer und Patienten.

Ergebnismessungen müssen verschiedene Dimensionen umfassen. Eine Beschränkung auf Mortalität oder Behandlungsfehler reicht nicht aus. Vielmehr sind auch Parameter wie die Verbesserung der Funktionsfähigkeit, die Zeit bis zur Wiederaufnahme der Arbeit, später auftretende Komplikationen oder die Schmerzintensität zu berücksichtigen.

Wichtig sind auch die Behandlungskosten. Diese sind über den vollen Behandlungszyklus einer Krankheit zu messen. Die Behandlungsergebnisse müssen allerdings risikobereinigt werden, um Fehlanreize zu verhindern. Einerseits behandeln Preisvergleiche ohne Berücksichtigung der medizinischen Qualität Gesundheitsdienstleistungen

als identische «Ware». Das fördert Kosten sparende Massnahmen, die Abstriche bei der Qualität vornehmen. Vergleicht man andererseits die Preise für einzelne Leistungen oder DRG-Gruppen (diagnosis-related groups), sprich: diagnosebezogene Fallpauschalen, statt des ganzen Behandlungszyklus, kommt es zu Kostenverlagerungen zwischen den einzelnen Leistungserbringern der Behandlungskette. Dies führt mittelfristig zu Kostensteigerungen und lenkt von der Verbesserung der Ergebnisqualität ab. Werden beispielsweise die Kosten einer Hüftoperation getrennt von den Rehabilitationskosten gemessen oder die Behandlungsergebnisse nicht erhoben, so werden die Spitäler die Kosten tendenziell auf die Reha-Kliniken verschieben, indem sie die Physiotherapie aufschieben oder Patienten früh entlassen. Anders die Reha-Kliniken: Für sie sollten Rehabilitationsmassnahmen bereits im Spital beginnen. In beiden Fällen wird die zentrale Frage, was für den einzelnen Patienten und das Gesundheitssystem als Ganzes eine möglichst gute und effiziente Lösung wäre, ausgeklammert. Somit rückt die Einführung RISIKOBEREINIGTER ERGEBNISMESSUNGEN über den ganzen Behandlungszyklus ins Zentrum der Überlegungen.

Ergebnismessungen motivieren zu besseren Resultaten. Diese Motivation muss nicht zwingend von Patienten ausgelöst werden, die unter den besten Leistungen selbst wählen bzw. «einkaufen». In Schweden beispielsweise haben Patienten eine geringe Wahlfreiheit; sie werden vom Staat nach Gebietseinheit versorgt (ähnlich den Regionen oder Kantonen). Trotzdem streben die Ärzte bessere Ergebnisse an, die in einem staatlich finanzierten Qualitätsregister vermerkt werden. Die nationale Gesundheitsbehörde überwacht die Qualität der Gesundheitsversorgung und die Qualitätsregister. Allerdings bestimmt sie weder die anzuwendenden Messmethoden, noch schreibt sie die Beteiligung der Ärzte gesetzlich vor. Die Register werden von jenen Ärzten entwickelt, die sie benutzen. Dieses Engagement bei der Gestaltung der Messmethoden scheint für die Teilnahme entscheidend zu sein. Der öffentliche Zugang zu den Daten ist je nach Register unterschiedlich; die Daten werden aber von Forschenden und Ärzten zur Verbesserung der Pflege benutzt. Im Schwedischen Etesjö etwa wurden die Wartelisten drastisch verkürzt und die Zahl der Spitaleinweisungen der Gastroenterologie (Bereich Magen-Darm) bei gleich vielen Patienten massiv reduziert. Die Einhaltung der Leitlinien für die Behandlung von Myokardinfarkten (Herzinfarkten) wurde in zehn Spitälern um mindestens 50 Prozent verbessert, womit die fehlerbedingten Infektions- und Mortalitätsraten um einen Fünftel der in US-Spitälern gemessenen Werte für Patienten mit gleicher Diagnose sanken (Baron 2007; Porter und Teisberg 2006, 376–377). Hier führten das berufliche Engagement und die Berufsethik gut informierter Ärzte zu einer Verbesserung der Ergebnisse selbst ohne nennenswerte Wahlfreiheit der Patienten und ohne leistungsorientierte Abgeltung. Da kein Arzt schlechte oder unterdurchschnittliche Resultate will, **ist der nutzenorientierte Wettbewerb ein starker Motor, um Behandlungsergebnisse zu verbessern.**

In den USA fordern zuweilen Krankenversicherungen Ergebnismessungen, um Problemen auf die Spur zu kommen. So starb 1985 einer von 5000 Patienten durch Anästhesieprobleme in der Chirurgie (Hallinan 2005). Als Narkoseärzte mit diesen Ergebnissen und den hohen Versicherungsprämien gegen Kunstfehler konfrontiert wurden, verlangten sie von den Lieferanten standardisierte, unterschiedlich bemessene Ventile

und Schläuche sowie die Änderung der Verpackung verschiedener Medikamente. Zudem führten sie Blutgasmessungen für Sauerstoff (OXIMETRIE) und Kohlenstoffdioxid (KAPNOGRAFIE) ein. Diese Massnahmen trugen dazu bei, dass die Mortalitätsrate in den USA auf einen Patienten je 200 000 bis 300 000 Fälle sank (Hallinan 2005). Der Druck, Ergebnisse wie die Mortalitätsrate zu verbessern, veranlasste eine intensive Beobachtung des Behandlungsablaufs und führte zu wesentlichen Fortschritten.

Weltweit wird die Festlegung von Standardprozessen durch die Dokumentation von Qualitätsunterschieden und häufigen Fehlern angekurbelt. Damit wird zwar die Einhaltung von Prozessen gefördert (process compliance), nicht aber die Verbesserung von Behandlungsergebnissen.

Auch wenn die PROCESS COMPLIANCE anfänglich zu Ergebnisverbesserungen führt, sind diese aus mehreren Gründen nicht nachhaltig:

- Die Process Compliance ist keine Qualitätsgarantie. Studien zeigen, dass trotz der Einhaltung von Standardprozessen grosse Ergebnisunterschiede fortbestehen (Porter und Teisberg 2006, 87, 128; Gawande 2004). Deshalb verspricht es mehr Erfolg, wenn sich Ärzteteams sowie Medikamente- und Gerätehersteller auf die Verbesserung messbarer Behandlungsergebnisse konzentrieren. Zwar können Behandlungsrichtlinien die Richtung für erste Verbesserungen vorgeben, im Zentrum muss jedoch die Verbesserung der Behandlungsergebnisse stehen.
- Der administrative Aufwand zur Beschreibung und Überwachung der Prozesse ist im Vergleich zu den Kosten für veröffentlichte Behandlungsergebnisse hoch. Die Prozessüberwachung erfordert in der Regel weniger Indikatoren als die Prozessmessung. Zudem setzt die Process Compliance voraus, dass staatliche Instanzen wissen, welche Behandlung funktioniert. Anders beim Austausch und der Diskussion von Behandlungsergebnissen: Hier erfolgt der Lernprozess auf der Stufe jener, die diese Erkenntnisse auch wirklich anwenden. Damit ist dieser Ansatz einfacher und effizienter.
- Auch bei Behandlungsprozessen ändert sich stetig, was als neuester Stand der Technik gilt. Die Nachführung hinkt meist hinter dem neuesten Stand der Entwicklung hinterher.
- Die Process Compliance behindert die Innovationskraft der Ärzte. Sie werden zur Einhaltung von Behandlungsverfahren gezwungen, die sie verbessern könnten.
- Zusammenfassend schafft die Fokussierung auf Behandlungsverfahren keine Dynamik, mit der Behandlungsergebnisse verbessert werden.

Mit der Einführung von Wettbewerb auf der Basis von Behandlungsergebnissen werden hingegen *tatsächlich* drastische und nachhaltige Verbesserungen ausgelöst. Nur mit Ergebnismessungen wissen Ärzte, was sie verbessern können und wann Verbesserungen eintreten. Werden Behandlungsergebnisse erhoben und kommuniziert, so werden Ärzte Informationen zu den besten Prozessen suchen und ihre eigenen Prozesse analysieren und optimieren. Die Verbreitung von Best Practices wird durch den Ergebnisswettbewerb beschleunigt. Die alleinige Messung der Einhaltung von Prozessen lenkt jedoch nur vom zentralen Ziel der Ergebnisverbesserung ab.

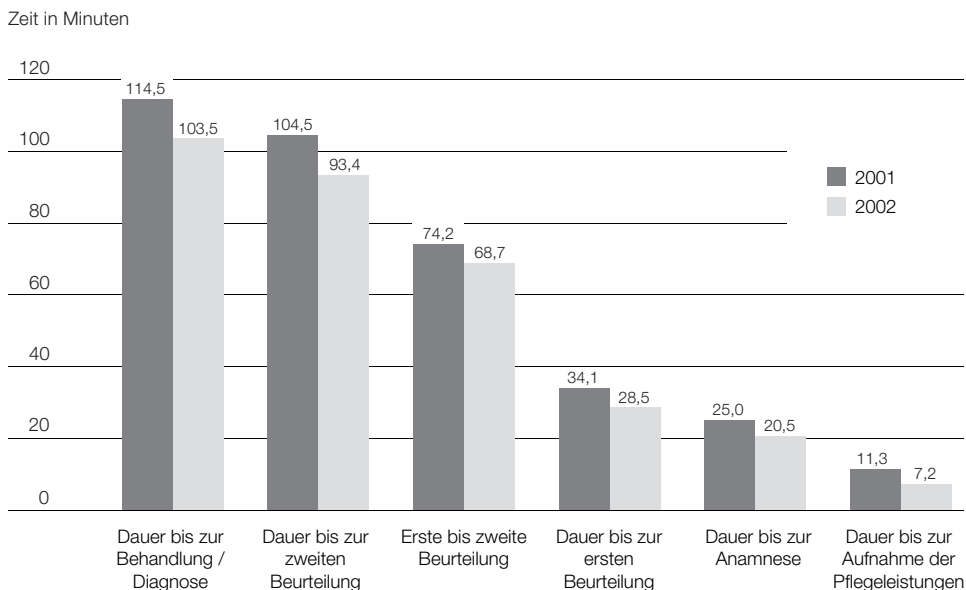
Die HELIOS Kliniken Gruppe mit ihren 58 Kliniken in ganz Deutschland zeigt, welche Verbesserungen durch Ergebnismessungen eintreten können. Seit 2000 veröffentlicht die Gruppe alters- und geschlechterbereinigte Daten zu Behandlungsvolumen und Mortalitätsraten für zehn Krankheiten und Behandlungsarten. Zwischen 2000 und 2005 wurden in allen Kategorien Verbesserungen erzielt. So sank beispielsweise die Mortalitätsrate für Herzinfarkte in der Altersklasse 65 bis 84 Jahre von 15,7 auf 8,9 Prozent, jene für Sepsis von 41 auf 22 Prozent. 2005 erhöhte die HELIOS Kliniken Gruppe (2005) die Zahl der Messungen auf 30; sie erfasst damit 30 Prozent ihrer Patienten. Ihre Verbesserungsziele definiert die Gruppe aufgrund nationaler Qualitäts-Benchmarks der deutschen Behörden, wissenschaftlicher Arbeiten oder internationaler Benchmarks (z. B. der U.S. Agency for Healthcare Research and Quality), oder sie setzt sie intern fest, wenn keine anderen Werte verfügbar sind.

In der Schweiz bewertete das Projekt «Emerge» des Vereins Outcome die Leistung von Notfalldiensten. In zwölf öffentlichen Spitälern wurde untersucht, ob erstens die Diagnose korrekt war, und zweitens wie lange es dauerte, bis der Patient behandelt wurde. Dabei wurde nicht nur die Wartezeit in den Notfallstationen gemessen. Auch die einzelnen Phasen der Notfallbehandlung wurden bestimmt und gemessen (s. Abb. 9). Die Ergebnisse wurden allen Spitälern mitgeteilt, und ein Jahr darauf erfolgte eine zweite analoge Datenerhebung. Im Laufe eines Jahres konnten die Spitäler die durchschnittliche Wartezeit in jeder Phase der Notfallbehandlung senken und die Treffsicherheit der Diagnosen erhöhen. Ein weiterer Bericht des Projekts «Emerge» stellte später fest, dass Erstdiagnosen im Laufe des Projekts zunehmend durch den Chefarzt und durch Oberärzte und seltener durch Assistenzärzte erfolgten (Schwappach et al. 2003). Die beteiligten Spitäler hatten somit ihre Prozesse, noch bevor die Studienresultate vorlagen, in Richtung Ergebnisverbesserung – in diesem Fall waren es genauere Diagnosen – angepasst.

«Emerge» gibt Aufschluss über einige wichtige Faktoren bei der Umstellung auf ein ergebnisorientiertes System. Erstens war ein evidenzbasierter Massstab entscheidend. Zweitens wetteiferten die Notfallstationen nicht um Marktanteile, sondern sie tauschten Daten aus, um die medizinischen BEHANDLUNGSERGEBNISSE zu verbessern. Drittens kamen die verbesserten Behandlungsergebnisse nicht durch die Anordnung einer Prozessmessung zustande. Und schliesslich profitierten die beteiligten Spitäler unmittelbar vom Prozess hin zum nutzenorientierten Wettbewerb. Um Verbesserungen zu erzielen, braucht es keine unmittelbare oder vollständige Umstellung auf den nutzenorientierten Wettbewerb. Bereits mit einer graduellen Entwicklung nehmen die Vorteile zu, je mehr Leistungserbringer am ergebnisorientierten Wettbewerb teilnehmen und je besser und zahlreicher die Messindikatoren sind.

«Emerge» ist nur eine der vielen Initiativen des Vereins Outcome, der mit verschiedenen Spitälern risikobereinigte Ergebnismessungen nach Diagnose durchgeführt und die Resultate diskutiert hat. Der zentrale Lerneffekt bei der Ergebnismessung ist, dass die Erkenntnis, was den Patientennutzen erhöht, gemeinsam gewonnen und geteilt werden kann. Die Ergebnisdaten von Outcome zeigen entgegen der oft geäusserten Erwartung, dass es in Schweizer Spitälern nur geringe Ergebnisschwankungen gäbe, si-

Abbildung 9 | **Ausgewählte Ergebnisse aus dem Projekt «Emerge»:**
Zeit bis zur Diagnosestellung und bis zur Behandlung der Patientens



Quelle: Schwappach et al. (2003).

gnifikante Ausreisser (Aellig und Osswald 2006). Damit liegt die Vermutung nahe, dass es auch in der Schweiz ein erhebliches Verbesserungspotenzial gibt, das sich nutzen lässt, wenn die besten Leistungserbringer ihre Ergebnisse offen legten und sich andere nach diesem «Goldstandard» richten könnten. Allerdings: Vom Verein Outcome werden oft mehr Prozess- statt Ergebnismessungen verlangt (Aellig und Osswald 2006). Ersteres bevorzugen Ärzte häufig, weil Prozesse besser kontrollierbar sind. Selbst unterdurchschnittlich arbeitende Ärzte können Behandlungsrichtlinien befolgen. Zudem wirken Prozessmessungen weniger bedrohlich, da sie Ergebnisschwankungen verschleiern können. Für Patienten jedoch sind Behandlungsergebnisse relevant. **Prozessmessungen haben ihre Berechtigung. Ein Verzicht auf Ergebnismessungen wäre aber falsch, weil Innovationen und die Verbesserung der Behandlungsergebnisse behindert würden. Denn die Entwicklung und die Analyse risikobereinigter Ergebnismessungen setzen eine Dynamik in Gang, die den Gesundheitszustand der Patienten verbessert und zu einer effizienteren Gesundheitsversorgung führt.**

Ergebnisdaten führen zu Verbesserungen, wenn sie Ärzte unterstützen, und nicht wenn sie als Kritik, Überwachungsinstrument oder als Rangliste verwendet werden. Die Zielsetzungen sind eine offene Kommunikation, eine bessere Entscheidungsfindung und ein effizienteres Lernen der Leistungserbringer. Die Messung und die Verbreitung risikobereinigter Ergebnisse zeigen zwar die ärztliche Verantwortung für Behandlungsergebnisse, doch nachhaltiger Erfolg wird erst durch einen konstruktiven

Dialog über wirksame Behandlungsmethoden erreicht. Bei «Emerge» waren sich beispielsweise alle Beteiligten darüber einig, dass die Interpretation und die Bewertung der Ergebnisdaten zu einem gemeinsamen Lerneffekt und nicht zur Blossstellung individueller Leistungen führen sollen (Schwappach et al. 2003). Eine solche Lernkultur fördert das Engagement der Beteiligten, ermöglicht Verbesserungen und schafft mehr Gewinner. Ein offener Erkenntnisaustausch ist auch die Kultur des Institute for Clinical Systems Improvement in Minnesota, das seinen Mitgliedern rät, «sich selbstlos auszutauschen und hemmungslos zu kopieren», da mit der Verbesserung des Gesundheitszustands der Patienten alle gewinnen würden.

Obwohl Ergebnismessungen die Gesundheitsversorgung nachweislich verbessern, hinterfragen Ärzte manchmal die Qualität der Messungen. Perfektion bei den Messungen ist allerdings gar nicht nötig. Bereits die Ankündigung, die Behandlungsergebnisse zu messen, führt zur Verbesserung der Messmethoden und der Indikatoren zur Risikobereinigung. Damit verbessern sich automatisch auch die Ergebnisdaten und die Behandlungsqualität. Immer mehr Spitäler und Gesundheitsteams publizieren denn auch ihre Ergebnisse (Porter und Teisberg 2006, 136–140). Wer sich früh dazu bekennt, übernimmt eine Führungsrolle und kann das Verständnis anderer beeinflussen, wie sich der Gesundheitszustand der Patienten und die Gesundheitsversorgung verbessern lassen. Nationale und internationale medizinische Gesellschaften können sich an der Entwicklung von Ergebnismessungen beteiligen. Schweizer Ärzteteams erhalten die Möglichkeit, mit internationalen Partnern bei der Entwicklung und Auswahl von Ergebnismessungen und Methoden zur Bereinigung von Risikofaktoren zu kooperieren. Dabei muss das Rad nicht jedes Mal neu erfunden werden. So nutzen etwa im Kanton Thurgau Spitäler beim Fast-Track-Verfahren für endoprothetische Hüft- und Kniegelenkoperationen in den USA entwickelte Qualitätsparameter (Kohler 2006).

Private und öffentliche Krankenversicherer müssen sich ebenfalls der Verbesserung von Behandlungsergebnissen zuwenden. Indem sie sich zu echten Dienstleistungsunternehmen entwickeln, können sie sich im Gesundheitsmarkt voneinander differenzieren. Dafür stehen Krankenversicherern eine Vielzahl von Möglichkeiten offen: so die Unterstützung beim Disease Management, Beratungen zu einem gesunden Lebensstil und Risikoreduktion sowie die Bereitstellung von Vergleichsdaten über unterschiedliche Behandlungen und Leistungserbringer. In der Schweiz sind solche Dienstleistungen unüblich. Versicherer beschränken sich auf die Rolle als Zahlstelle. Ein Grund dafür ist, dass die Gesundheitsversorgung auf einer zu hohen Ebene betrachtet wird. So hebt der Risikoausgleich – der nur Alter und Geschlecht berücksichtigt – Unterschiede beim effektiven Gesundheitszustand der Versicherten nicht auf. Damit wird ein Anreiz zur Risikoselektion geschaffen. Wahrscheinlich werden künftig auch Spitalaufenthalte des Vorjahres einbezogen, aber keine spezifischeren Daten. Ausserdem gibt es institutionelle Hürden, die den Versicherungen verbieten, Ergebnisdaten einzusehen. So erhalten sie nur die ersten drei Ziffern des ICD-Codes (International Classification of Diseases) und können die Ergebnisse nicht nach Krankheit erfassen (Bitterli und Vautravers 2006). Auch veröffentlichte Ergebnismessungen fehlen, mit deren Hilfe Versicherer Patienten beraten und bei der Auswahl der sinnvollsten Behandlungen und Leistungserbringer unterstützen könnten. Den Versicherungen muss

erlaubt sein, Ergebnisdaten zu sammeln, um damit den Behandlungsnutzen für ihre Mitglieder zu steigern. Sie hätten die Möglichkeit, ihre Versicherten zu unterstützen, indem sie Ärzten und Patienten Dienstleistungen anbieten, die über die Bandbreite der Ergebnisse informieren und diejenigen Behandlungsmethoden offen legen, die zu besseren Ergebnissen führten. Die Ergebnisdaten sollen nicht primär für eine Beschränkung der Wahlfreiheit eingesetzt werden, sondern um Patienten zu beraten. Damit könnten sich Krankenversicherungen effektiv als *Gesundheitskassen* profilieren.

Grundsatz 3: Der Behandlungserfolg über den ganzen Behandlungszyklus hinweg soll im Zentrum des Wettbewerbs stehen.

Wettbewerb auf Krankheitsebene heisst, den Patientennutzen bei Prävention, Diagnose und Behandlung zu verbessern. Wie oben erwähnt, wird das Krankheitsbild als eine Kombination medizinischer Beschwerden bezeichnet, die am besten integriert behandelt werden. Der Patientennutzen wird dann geschaffen, wenn Krankheiten wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich behandelt werden. Die Behandlungsebene ist diejenige Ebene, auf der Ergebnisse für die Wahl des Arztes oder einer Behandlungsart relevant sind. Entsprechend müssen sich die Organisation der Behandlung und der Pflege sowie die Entwicklung von Ergebnismessungen auf die Ebene des Krankheitsbildes beziehen. Messungen auf der Ebene des Spitals oder des Gesundheitssystems reflektieren die direkte Arbeit des einzelnen Arztes, des Pflegers oder des medizinischen Teams nur ungenügend.

Für die Ärzte bedeutet das eine grosse Umstellung. Fragt man Ärzte nach ihrem Betätigungsfeld, so beziehen sich die meisten auf ihr spezielles Sachgebiet und nicht auf die Krankheiten und Beschwerden ihrer Patienten. Viele Ärzte haben noch nie über den Behandlungsablauf aus Patientensicht nachgedacht; täten sie es, würden sie sofort Verbesserungsmöglichkeiten erkennen. Nicht alle Ärzte und Spitäler sind in allen Bereichen gleich gut. Sich auf die eigenen Stärken zu fokussieren und schwächere Bereiche aufzugeben, erhöhen jedoch den Patientennutzen. Das verlangt kein Ausscheiden aus dem Markt, sondern eine Neuorientierung der Ärzte und eine Umverteilung der Patienten. Mit jedem unternehmerischen Strategieprozess – egal ob für Leistungserbringer im Gesundheitswesen, Telekommunikationsanbieter oder internationale Hilfsorganisationen – muss der zentrale Entscheid darüber gefällt werden, was die Organisation *nicht* tun will. Weil der medizinische Fortschritt derart schnell ist, kann sich ein Arzt nur mit der Konzentration auf gewisse Gebiete auf dem Laufenden halten.

Die Behandlung und die Pflege auf Ebene des Krankheitsbildes bedeuten nicht, dass sich Leistungserbringer, die sich auf gewisse Krankheiten spezialisieren, zu hoch spezialisierten Fachpraxen entwickeln müssen. Im Gegenteil: Ärzte werden ihr Fachwissen über den ganzen Behandlungszyklus der von ihnen behandelten Krankheiten erweitern. Zudem muss nicht jede Behandlungsmethode überall angeboten werden. Es geht vielmehr um strategische Entscheide der Leistungserbringer und damit um die Neuorganisation der Gesundheitsversorgung entlang der Behandlungskette.

Ähnlich wie in anderen Ländern finden in der Schweiz die meisten Reformbemühungen auf der falschen Ebene statt: Sie konzentrieren sich auf Spitäler und Versicherungen. Spitäler argumentieren, sie müssten alle erdenklichen Leistungen anbieten, um ihre Patienten angemessen zu versorgen. Mit einem umfassenden, nach medizinischen Spezialgebieten organisierten Leistungsangebot erhält man aus Patientensicht in der Regel aber eine fragmentierte Behandlung, sogar wenn diese im gleichen Spital erfolgt. In einem mangelhaft koordinierten System werden Informationen nur unzureichend ausgetauscht, was Mehrfachuntersuchungen, Wartezeiten und Qualitätseinbußen verursacht.

Setzen Wettbewerb und Reformen auf einer zu hohen Stufe an, fehlt der Wettbewerb um bessere Ergebnisse. Der Wettbewerb unter Gesundheitssystemen oder Spitälern kann unterdurchschnittliche Ärzte unbeabsichtigt schützen. Wenn jeder Leistungserbringer die ganze Leistungspalette anbietet und wenn keine gravierenden oder offensichtlichen Qualitätsmängel vorliegen, werden ungenügende Leistungen übersehen. Schwankungsbreiten von Prozess- und Ergebnisdaten zeigen, dass dies in vielen Ländern der Fall ist. Für die Schweiz liegen nur wenige diagnosespezifische Ergebnisdaten vor. Allerdings stellt der OECD-Bericht zum Gesundheitswesen der Schweiz bei den vermeidbaren Todesursachen kantonale Schwankungen fest, etwa bei Lungenentzündungen, chronischen Lebererkrankungen und Zirrhosen. Allerdings sind diese Schwankungen nicht mit dem Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten erklärbar (Crivelli und Domenighetti 2003; zit. in OECD und WHO 2006). Andere Studien nennen grosse nationale Schwankungen bei der Häufigkeit koronarer Arteriografie und von Operationen bei Hüftfrakturen (Luthi et al. 2002). Eine weitere Abweichung ist bei den Ergebnissen der Dialysebehandlungen in der französischsprachigen Schweiz zu beobachten (Saudan et al. 2005). Zudem ist es schlicht unwahrscheinlich, dass die Schweiz keine Ergebnisschwankungen kennen soll, wenn sie anderswo derart verbreitet sind.

In Extremfällen führt die koordinierte Pflege zur Fokussierung auf die Behandlungskette einer bestimmten Krankheit. Ein Beispiel ist die 1975 gegründete Schweizer Paraplegiker-Stiftung in Nottwil. Ihr Ziel ist die ganzheitliche Behandlung von Paraplegikern, Tetraplegikern und anderen Patienten mit Rückenmarkverletzungen (Schweizer Paraplegiker-Stiftung 2007). Die Leistungen des Zentrums reichen von der akuten Unfallbehandlung bis zur Rehabilitation und ganzheitlichen Betreuung im Alltagsleben. Die Stiftung ist eine Dachorganisation mehrerer Institutionen. So verfügt das Paraplegikerzentrum über einen Notfalldienst rund um die Uhr und über ein Reha-Zentrum für Unfallopfer mit Rückenmarkverletzungen. Die Paraplegiker-Stiftung hilft Patienten bei der Wiedereingliederung ins Alltagsleben; sie befasst sich mit Kultur, Freizeit und Sport, mit behindertengerechtem Bauen, mit der Rechts- und Sozialberatung und der Reintegration ins Berufsleben. Die schweizerische Paraplegiker-Forschung engagiert sich auch für Verbesserungen der Behandlungsqualität bei Patienten mit Wirbelsäulen- oder Rückenmarkschädigungen. Diese Institution bietet keine überspezialisierten Leistungen an, sondern eine ganzheitliche Unterstützung für Patienten mit bestimmten Leiden.

Führende Kliniken beweisen ihre patientenorientierte Innovationsfähigkeit, indem sie die Leistungserbringung reorganisieren und dabei die Krankheitsbilder in den Mittelpunkt stellen. Die Cleveland Clinic etwa entwickelt INTEGRIERTE BEHANDLUNGSEINHEITEN nach Diagnosen und Organen und integriert in diese Struktur ihre neun öffentlichen Spitäler, ihre eigenen 1700 Ärzte sowie 3000 selbstständige Ärzte, die mit der Klinik zusammenarbeiten (Cosgrove 2007; Harris 2007). So umfasst das neurowissenschaftliche Institut der Klinik Neurologen, Neurochirurgen und Psychiater in einem neuen Behandlungsmodell (Harris 2007). Aus ärztlicher Sicht ist die Kombination von medizinischen und chirurgischen Abteilungen ein radikaler Schritt, aus Patientensicht ist sie jedoch logisch. Der Einsatz von E-Health und die Ergebnismessung aller Leistungen ermöglichen der Klinik eine kontinuierliche Leistungsbewertung und schaffen Anreize für eine stetige Behandlungsverbesserung. Bei der Entwicklung integrierter Behandlungseinheiten entwickeln neu zusammengesetzte Teams Indikatoren für die Ergebnismessung und setzen gemeinsam geltende Ziele für die Behandlung von Patienten.

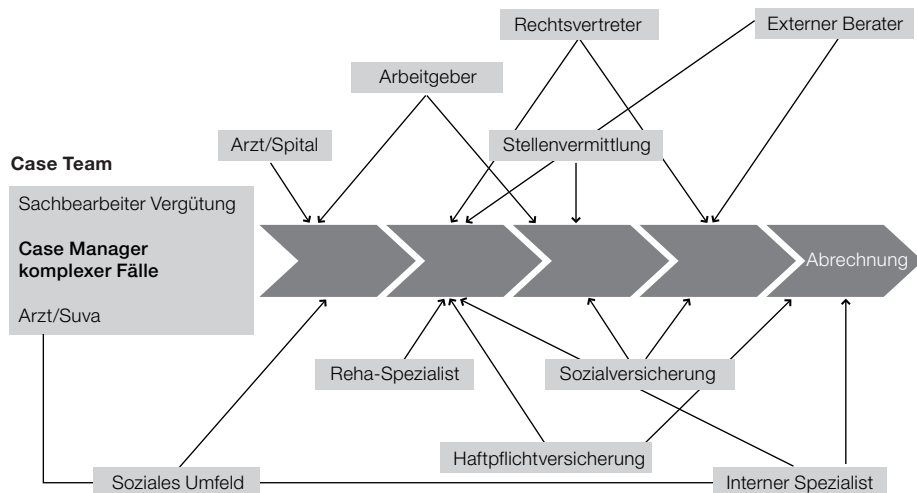
Im Gegensatz zu diesem positiven Beispiel fehlt es heute den meisten Gesundheitssystemen an Koordination. Angesichts der vorherrschenden Fragmentierung betonen empirische Studien die Bedeutung von Disease Management für die Verbesserung der Resultate, was ganz symptomatisch ist für eine fehlende Vernetzung der Pflege (Goetzel et al. 2005). Disease-Management sollte fester Bestandteil der integrierten Versorgung sein.

In der Schweiz setzt die Suva (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt) routinemässig Case Manager ein. Ihre Aufgabe ist es, Arbeitnehmer, die einen Unfall hatten, an die richtigen Ärzte zu verweisen und anschliessend die Behandlung zu koordinieren. Die Case Manager sind auch bei Fragen behilflich, die über die unmittelbaren medizinischen Bedürfnisse hinausgehen, und haben eine starke Koordinationsfunktion, wie in Abbildung 10 veranschaulicht wird (Morger 2006).

Die Suva hat festgestellt, dass Patienten rascher genesen, wenn sie etwa bei der Bewältigung von Arztrechnungen oder der Reintegration am Arbeitsplatz unterstützt werden. Mit der Verkürzung der Genesungsdauer und einer rascheren Rückkehr zum Arbeitsplatz senkt die Suva die allgemeinen Gesundheitskosten.

Auch das medizinische Beratungszentrum Medgate bietet Disease-Management-Programme für Patienten mit arteriellem Bluthochdruck, chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung und Asthma an. Die Patienten werden untersucht, über ihre Krankheit informiert und anschliessend in der Anwendung eines Bio-Monitoring-Geräts für zu Hause geschult. Das Gerät sendet Informationen über den Gesundheitszustand an den zentralen Server von Medgate, wo die Daten gesammelt und analysiert werden. Die Analysen gehen anschliessend zum behandelnden Arzt. Arztbesuche sind nicht mehr regelmässig notwendig, sondern nur noch dann, wenn es die medizinischen Umstände (z. B. Sauerstoffvolumen und Durchflussrate in den Lungen, Blutdruck) erfordern. Laut Medgate hat das Lungenprogramm die Hospitalisierungsrate um über 30 Prozent reduziert, und mehr als 85 Prozent der Teilnehmer sind mit der Qualität des Pro-

Abbildung 10 | Suva Case Team Management



Quelle: Suva (2003).

gramms ganz zufrieden (Medgate 2007a; Medgate 2007b). Mit ähnlichen Ansätzen kann der Blutzuckerspiegel von Diabetespatienten überwacht und die Medikamenteneinnahme individuell angepasst werden, ohne dass ein Arztbesuch notwendig wird. Dies ist nicht nur angenehmer für die Patienten, sondern verbessert auch das Behandlungsergebnis und die Effizienz der Ärzte.

Die Rolle der Grundversorger wird sich mit der Ausweitung vernetzter Behandlungseinheiten und der Koordination der Versorgung über den ganzen Behandlungszyklus ändern. Statt sich wie bisher praktisch um alles zu kümmern, werden Grundversorger vermehrt koordinierende Aufgaben übernehmen. Diese Umstellung wird durch vollständige (elektronische) Gesundheitsdossiers ebenso erleichtert wie durch eine bessere Patientenschulung und den Einsatz von E-Health für die Arztkonsultation sowie zur elektronischen Überwachung zu Hause. Die Cleveland Clinic und die Veterans Health Administration in den USA zeigen die Bedeutung von E-Health, wenn Informations- und Kommunikationssysteme (ICT) nicht nur fragmentiert aufgerüstet, sondern auch integriert werden.

Die Erkenntnis, dass die integrierte Versorgung mehrere Vorteile mit sich bringt, hat in Deutschland zu einem beeindruckenden Pilotprojekt für Patienten mit häufigen Migräneanfällen geführt. Die gemeinsam von einer Krankenkasse und einem öffentlichen Spital gestartete Initiative ermöglicht Migränapatienten mit häufigen Anfällen ein integriertes Behandlungsprogramm. Statt dass Patienten Neurologen, Psychologen und Physiotherapeuten einzeln und unkoordiniert konsultieren, werden sie bei Programm-

beginn in einer Tagesklinik von allen drei Spezialisten untersucht. Die Ärzte vergleichen ihre Diagnosen und legen eine Behandlung fest. Die ca. zehn bis 15 Prozent der Patienten mit Schmerzmittelabhängigkeit unterziehen sich einem fünftägigen stationären oder einem eintägigen ambulanten Entzug. Anschliessend nehmen sie wie die anderen Teilnehmer an einem fünftägigen ambulanten Programm mit koordinierter Behandlung durch Neurologen, Psychiater, Physiotherapeuten und andere Gesundheitsfachleute teil. Zur Behandlung im Migränezentrum zählen ein individueller, detaillierter Behandlungsplan und die anschliessende Zuweisung an einen speziell ausgebildeten Neurologen am Wohnort. Eine solche Behandlungsweise ist üblicherweise für Versicherte öffentlicher Krankenkassen unerschwinglich, da Spezialisten einen fünf bis sieben Mal höheren Tarif als Allgemeinpraktiker verlangen. Nach zwei Jahren zeigte das Pilotprojekt jedoch Wirkung: Die Zahl derjenigen Patienten, die während sechs oder mehr Tagen arbeitsunfähig waren, sank von 58 auf 11 Prozent; 69 Prozent der Patienten gaben eine signifikante Reduktion der Migränetage an (Porter und Schönermark 2006; Porter 2007). Der Erfolg des Programms hat bereits zur Erweiterung der Migräneambulanz geführt (Porter und Schönermark 2006).

Selbst erste, vorsichtige Schritte hin zu einer Reorganisation der Gesundheitsversorgung entlang der Behandlungszyklen können zu beachtlichen Erfolgen führen. In New Hampshire etwa haben verschiedene Ärzte gemeinsame Visiten bei den von ihnen behandelten Patienten durchgeführt und diese Fälle daraufhin zusammen besprochen. Diese relativ einfache Massnahme verbesserte den Informationsfluss und führte zu markant weniger Fehlern: Die Mortalitätsrate sank von 4,8 auf 2,1 Prozent (Uhlig et al. 2002).

Die Vorteile einer integrierten Versorgung zeigen sich auch bei der Prävention und der Früherkennung. So konnten in der Schweiz beispielsweise die Resultate bei Hautkrebs dank Prävention und Früherkennung verbessert werden. Internationale Studien zeigten auch, dass ein besseres Screening und die Früherkennung von Brustkrebs die Mortalität signifikant senken. Für die Schweiz kommt die Auswertung dieser Studien zum Schluss, dass ein nationales Mammografie-Screening-Programm die Mortalität bei Frauen stärker senken würde als jede andere Massnahme (de Wolf 2006).

Auch Arzneimittel- und Gerätehersteller können in Zusammenarbeit mit Ärzten ihre Tätigkeit auf die Verbesserung von Behandlungsergebnissen über den ganzen Behandlungszyklus hinweg ausrichten. Unternehmen wie Novo Nordisk oder Genzyme arbeiten bereits daran, ihre Produkte an der richtigen Stelle im Behandlungsprozess einzubetten. Um Prozesse und Ergebnisse zu verbessern, arbeiten sie aktiv mit Ärzten zusammen (Porter und Teisberg 2006, 289, 293; Novo Nordisk 2007). Synthes, eine Abspaltung der AO Foundation, ist ein weiterer Hersteller, der für bessere Behandlungsergebnisse die Zusammenarbeit mit Ärzten sucht. Synthes lizenziert von der AO Foundation entwickelte Produkte, nachdem diese klinisch umfassend getestet wurden (Synthes 2006). Ein weiteres Beispiel ist die Firma IBM, die gemeinsam mit dem Universitätsklinikum Heidelberg an einem Fernüberwachungssystem für Körpergewicht und Blutdruck bei Patienten mit chronischem Nierenversagen arbeitet. Hier war es möglich, eine bestimmte Art der Hämodialyse zuverlässig und sicher zu Hause durch-

zuführen (Kirsch et al. 2007). Diese Beispiele zeigen: Arbeiten alle Beteiligten an der gleichen Zielsetzung, nämlich die Behandlungsergebnisse zu optimieren, steigt der Patientennutzen schneller.

Grundsatz 4: Hohe medizinische Qualität führt zu enormen Effizienzsteigerungen.

Im Gesundheitswesen gibt es zahlreiche Möglichkeiten, Qualität und Wirtschaftlichkeit gleichzeitig zu verbessern. Zum einen entspricht ein grosser Teil der heutigen Leistungen nicht mehr dem neusten Stand der Technik. Bereits hier wird das Potenzial des bestehenden Systems nicht ausgenutzt. Eine gleichzeitige Verbesserung von Qualität und Effizienz ist wie in jeder anderen Branche mit ungenutztem Potenzial möglich. Die Wirkung ist im Gesundheitswesen allerdings viel stärker als in anderen Branchen, da eine gute Gesundheit deutlich kostengünstiger ausfällt als eine schlechte Gesundheit. Hier unterscheidet sich das Gesundheitswesen von anderen Wirtschaftszweigen wie etwa der Automobilindustrie, wo eine luxuriösere Innenausstattung oder eine stärkere Motorenleistung mehr kosten.

Im Gegensatz zu anderen Wirtschaftszweigen führt eine Qualitätsverbesserung in der Gesundheitsversorgung aus mehreren Gründen zu tieferen Kosten.

Einige dieser Gründe liegen auf der Hand: Weniger Fehler und weniger Mehrfachbehandlungen kosten weniger; eine schnellere Genesung ist billiger als eine lange Rekonvaleszenz; weniger invasive Behandlungen verkürzen die Genesungsdauer; eine kürzere Langzeitpflege und weniger Behinderungen senken Kosten; Prävention ist effizienter als eine Therapie und Disease Management ist kostengünstiger als eine unkoordinierte und wenig wirksame Behandlung. Andere Gründe liegen weniger auf der Hand. Eine präzise Diagnose etwa führt zu einer effektiveren und wirtschaftlicheren Behandlung, denn falsche oder ungenaue Diagnosen verursachen Kosten und setzen Patienten einem erhöhten Behandlungsrisiko aus. Eine frühzeitige Behandlung von Krankheitsursachen ist generell kostengünstig. So ist zum Beispiel die Bekämpfung von Magengeschwür verursachenden Bakterien wirksamer und kostengünstiger als eine Operation. Die von Medgate mittels Telemedizin erzielte Senkung der Hospitalisierungsrate zeigt ebenfalls, dass eine frühzeitige Behandlung wirksam und wirtschaftlich ist. Auch die von Beginn weg richtige Behandlung senkt Kosten. Schliesslich ermöglichen auch auf den Einzelfall zugeschnittene Diagnosen eine bessere und kostengünstigere Behandlung (Grove 2005).

Das in der Gesundheitsversorgung produzierte «Gut» oder die gebotene «Dienstleistung» ist nicht die Behandlung, sondern die Gesundheit an sich. Mehr Behandlungen sind demnach nicht notwendigerweise besser. Im Gegenteil: Ungeeignete Behandlungen, Kunstfehler, Mehrfachuntersuchungen und mangelnde Koordination der Leistungserbringer führen zu einer Verschwendung der Ressourcen. Diese verpassten Chancen, die Gesundheitsversorgung zu verbessern, zeigen die Notwendigkeit einer grundsätzlichen Strukturreform. Nach Krankheitsbildern organisierte, integrierte Behandlungseinheiten führen nicht nur zu verbesserten medizinischen Ergebnissen, sondern sie reduzieren auch die Ressourcenverschwendung. Die Reorganisation der Gesundheitsversorgung mit dem Ziel eines höheren Patientennutzens wird zu beachtlichen Verbesserungen führen.

Die oben erwähnten Migränebehandlungen in Deutschland verdeutlichen die Dynamik einer gleichzeitigen Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit: Patienten erhielten einerseits eine bessere Behandlung, andererseits zog das Spital genügend Patienten für die Errichtung eines auf Migränebehandlung spezialisierten Ausbaus der Klinik an. Die durchschnittlichen jährlichen Kosten pro Patient sanken ausserdem im ersten Jahr um 30 Prozent von 1711 auf 1193 Euro und betragen im zweiten Jahr noch 847 Euro (s. Abb. 11) (Porter und Schönermark 2006). Innerhalb von zwei Jahren fielen die Behandlungskosten somit um über 50 Prozent. Die Kostenreduktion gelang durch eine für Migränepatienten kaum vorstellbare Behandlungsqualität. Die Ergebnismessungen über zwei Jahre zeigen die parallel erfolgte Steigerung von Behandlungsqualität und Kosteneffizienz. Die Zielsetzung, den Patientennutzen über den gesamten Behandlungszyklus hinweg zu steigern, verbesserte gleichzeitig den Gesundheitszustand der Patienten, erhöhte das Patientenvolumen des Spitals und reduzierte die Kosten für alle Akteure einschliesslich der Krankenversicherung. Zudem profitierten neben den Patienten und ihren Angehörigen auch die Arbeitgeber, deren Mitarbeiter seltener fehlten (Porter und Schönermark 2006). Diese Win-Win-Situation ist ein erstklassiges Beispiel für den Grundsatz, dass bessere Qualität die direkt (und indirekt) anfallenden Gesundheitskosten senkt.

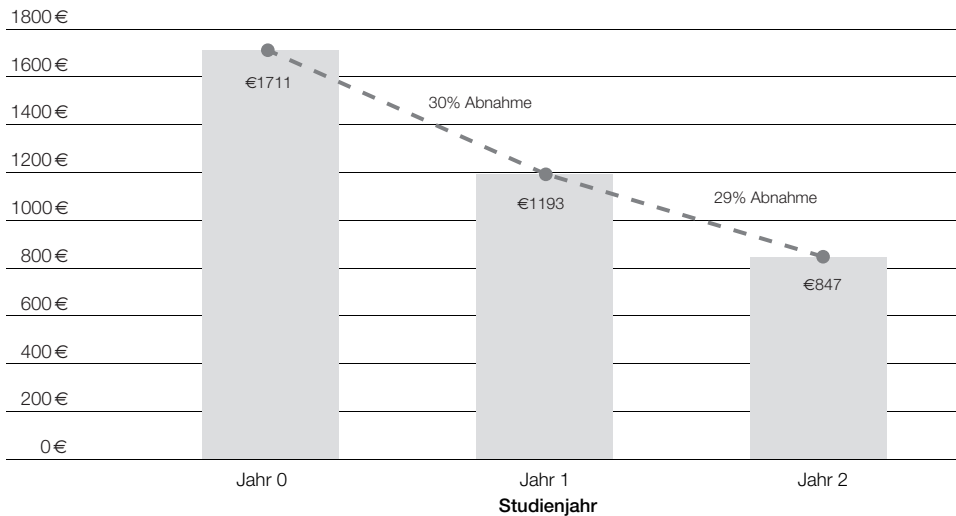
Die Diskussion rund um die Kostensteigerung im Gesundheitswesen konzentriert sich gewöhnlich auf die direkten Versorgungs- und Versicherungskosten. Diese machen allerdings nur einen Teil der volkswirtschaftlichen Gesamtkosten der Gesundheitsversorgung aus. Zu den indirekten Kosten zählen Kosten für die Arbeitgeber, wenn ihre Arbeitnehmer krankheitsbedingt ausfallen oder ihre Produktivität wegen kranken bzw. langfristig pflegebedürftigen Familienmitgliedern sinkt. Diese indirekten Kosten wurden bisher kaum systematisch geschätzt. In multinationalen Unternehmen werden diese indirekten Kosten zwei- bis dreimal höher geschätzt als die direkten Kosten. Selbst wenn die direkten Gesundheitskosten vom Staat übernommen würden, bliebe die Last der indirekten Kosten noch immer äusserst hoch. Die Verbesserung des Patientennutzens hilft somit nicht nur dem Prämienzahler, sondern senkt gleichzeitig auch die hohe Belastung durch indirekte Kosten für Versicherte, Arbeitgeber und die Wirtschaft generell.

Grundsatz 5: Der Patientennutzen entsteht durch Erfahrung, Patientenzahlen und Lerneffekte auf Diagnoseebene.

Auch in der Medizin könnte man meinen, dass «Übung den Meister mache». Doch die Realität ist komplexer. Zum einen sind grössere Leistungserbringer mit einem breiteren Angebot nicht immer besser. Bei Brustkrebs verbessert sich die Behandlungsqualität nicht aufgrund der zunehmenden Erfahrung der Ärzte im Bereich der Hüftgelenksimplantation. Für einen Patienten, dem der Blinddarm entfernt wird, ist es unwichtig, wie viele Patienten im gleichen Spital wegen Herzversagen behandelt werden oder wie gut die Ärzte der Neonatologie arbeiten. Für die Behandlung der Patienten sind vielmehr die Erfahrung und das Fachwissen relevant, die sich direkt auf ihre speziellen Leiden beziehen.

Abbildung 11 | **Finanzergebnisse des Migräne-Pilotprojekts in Deutschland**

Durchschnittliche jährliche Behandlungskosten pro Patient



Quelle: Porter und Schönermark (2006).

Erfahrungsdaten allein sind keine aussagekräftigen Qualitätsindikatoren. Sie legen zwar jene Bereiche offen, in denen sich ein Arzt besonders gut auskennt und sind damit aussagekräftiger als Facharztstitel. Erfahrungsdaten können auch auf fehlende Sachkenntnisse hinweisen. Doch Erfahrung allein garantiert weder Fachkenntnis noch gute Resultate, denn Behandlungsfehler und mangelhafte Prozesse können laufend wiederholt werden. Erfahrung zählt, wenn sie zu Lerneffekten führt. Ärzte lernen und verbessern sich schneller, wenn sie die Ergebnisse ihres Teams und die von ihnen verwendeten Behandlungsmethoden messen, analysieren und mit den Ergebnissen anderer Teams vergleichen. Erfahrung, verbunden mit aktivem Lernen, führt zu Fachkenntnissen bei spezifischen Krankheiten bzw. bei gleichzeitigem Auftreten mehrerer Erkrankungen.

Empirische Studien zeigen, dass Erfahrung erst ab einem gewissen **SCHWELLENWERT** zählt. Die Schwellenwerte unterscheiden sich dabei nach Krankheit und nach Behandlung. Sie müssen bezüglich Anzahl der behandelten Patienten pro Zeiteinheit nicht sehr hoch sein. Bei der koronaren Herzchirurgie sind die medizinischen Ergebnisse bei Teams mit jährlich mehr als 100 Patienten besser, während der Schwellenwert für die Wirtschaftlichkeit von Teams bei jährlich 200 Patienten liegt (Shahian und Normand 2003). Es ist folglich wenig sinnvoll, Patienten in Kliniken zu behandeln, welche die ganze Leistungspalette anbieten, aber keine der Leistungen genügend oft durchführen, um die Schwelleneffekte für hohe Qualität und Effizienz zu erreichen. Der Verein Outcome etwa hatte Schwierigkeiten, an relevante Daten für einzelne Krankheiten zu kommen, da einige Leistungserbringer derart kleine Fallzahlen aufwiesen, dass die Resul-

tate keine statistisch signifikanten Aussagen zulassen (Aellig und Osswald 2006). Das bedeutet, dass diese Kliniken nicht genügend Patienten hatten, um die Schwellenwerte für hohe Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erreichen. In solchen Fällen ist es sinnvoll, während der Datenerhebung auf den Mangel an Erfahrung hinzuweisen.

Lerneffekte, Qualität und Wirtschaftlichkeit verbessern sich, je stärker ein Team auf eine Diagnose oder ein Krankheitsbild fokussiert. Dabei ist weder eine extreme Spezialisierung der Ärzte notwendig, noch müssen sich diese bei der immer gleichen Tätigkeit langweilen. Werden Behandlungseinheiten nach Krankheitsbildern organisiert, so wird das Wissen der Ärzte breiter und tiefer, da sie sich ebenfalls mit Komorbiditäten bzw. verwandten Gesundheitsaspekten und dem ganzen Behandlungszyklus befassen. Die meisten Ärzte werden auch mehrere Behandlungsarten für verschiedene verwandte Krankheiten anbieten. Die Komorbiditäten und verwandten Gesundheitsaspekte können sich mit der Zeit verändern, vor allem wenn sich die Behandlungsqualität verbessert. Im Fairview Hospital in Minnesota beispielsweise führte die höhere Lebenserwartung von Patientinnen mit zystischer Fibrose dazu, dass diese lange genug lebten, um Kinder zu bekommen. Damit wurden Schwangerschaften zu einem verwandten Gesundheitsaspekt, weshalb Fairview eine auf Schwangere mit zystischer Fibrose spezialisierte Geburtshilfestation aufbaute (Porter und Teisberg 2006, 160). Damit erweiterte Fairview das Behandlungsspektrum um ein für die zystische Fibrose relevantes Gesundheitsproblem.

Heute ist die Gesundheitsversorgung in der Regel nach Behandlungstechniken organisiert oder stellt ein möglichst umfassendes Leistungsangebot sicher. Beides führt zur Fragmentierung der Gesundheitsversorgung. Dies wiederum hat Auswirkungen auf die Finanzflüsse, da der beste Anreiz für hohe Qualität hohe Patientenfallzahlen mit gleicher Diagnose sind. Damit setzt man den in Abbildung 12 dargestellten *Circulus Virtuosi* in Gang. Gute Ärzte sollen mehr verdienen. Eine Lohnerhöhung allein braucht jedoch nicht zu einer Kostensteigerung zu führen, weil hohe Qualität die Wirtschaftlichkeit verbessert und die Kosten senkt.

Die systematische Wissensbildung besteht aus mindestens drei Komponenten: die Messung und Analyse der medizinischen Ergebnisse, das Erkennen von Prozessverbesserungen und die Erfahrungssammlung mit neuen Behandlungsmethoden. Alle drei Komponenten sind von Ärzten und ihren Teams laufend und aktiv voranzutreiben. Grundlage dafür muss ein empirischer Ansatz sein. Integrierte Arztpraxen und Behandlungseinheiten müssen die Ergebnisse regelmässig besprechen, die Probleme und Ergebnisschwankungen prüfen und mögliche Lösungen debattieren. Ungenügende Ergebnisse und aussergewöhnliche Erfolge müssen analysiert und diskutiert werden, damit das ganze Ärzteteam lernt. In der Chirurgie ist dieser Ansatz heute bereits verbreitet und sollte für alle Krankheiten zur Regel werden. Neue Ideen können von allen Teammitgliedern, nicht nur von Ärzten, eingebracht werden und sind auch aktiv ausserhalb des Ärzteteams zu suchen. Schliesslich müssen Ärzte und ihr Team für Fortschritt sorgen. In grösseren Kliniken können unterstützende Dienstleistungen geteilt werden. Bei der Intermountain Health in Utah beispielsweise haben Ärzte für die Entscheidungsfindung Zugang zu einer Datenbank (Porter und Teisberg 2006, 217) und

Abbildung 12 | **Der Circulus Virtuossus in der Gesundheitsversorgung**



Quelle: Porter und Teisberg (2006).

im M. D. Anderson Cancer Center unterstützen Informatikteams die Klinikleiter bei der Datenerhebung und Ergebnisauswertung (Porter und Teisberg 2006, 217).

Intermountain und M. D. Anderson zeigen eine weitere Dimension des kollektiven Lernens. Gut konzipierte Informationssysteme können einen gewichtigen Beitrag zur Reduktion der Fehlerquote und zur Effizienzsteigerung leisten. Allerdings garantiert allein die Einführung einer medizinischen Datenbank noch keinen Erfolg. Informationssysteme müssen vielmehr so konzipiert sein, dass sie die Entscheidungsfindung erleichtern, Ergebnisse analysieren und die Koordination verbessern helfen. Bezüglich

der Verfügbarkeit medizinischer Daten mag die Schweiz hinter vielen europäischen Ländern zurückliegen, aber mit einer E-Health-Initiative, die integrierte Arztpraxen und Behandlungszentren dabei unterstützt, Kunstfehler zu vermeiden und Mittelverschwendungen zu reduzieren, könnte sie den Sprung in die Zukunft schaffen.

Grundsatz 6: Der Wettbewerb zur Verbesserung des Patientennutzens muss regional, national und international stattfinden.

Wettbewerb im Gesundheitswesen findet meistens nur lokal statt. Leistungserbringer stehen weder regional noch national im Wettbewerb um die besten Behandlungsergebnisse für bestimmte Diagnosen. Stattdessen fokussieren die Spitäler mit möglichst vielen Betten oder einem möglichst breiten Angebot tendenziell auf die lokale Ebene, um Verträge mit Versicherungen abzuschliessen und ihren Platz auf der Spitalliste zu sichern. Lokales Denken macht im Kontext eines nutzenorientierten Ergebniswettbewerbs aber wenig Sinn. Relevant sind Ergebnisvergleiche erst auf regionaler, nationaler oder sogar internationaler Ebene. Ärzte und ihre Teams müssen ihre risikobereinigten Ergebnisse mit den weltweit besten Leistungserbringern vergleichen können und nicht nur mit den benachbarten Kollegen. Medizinisches Wissen und Best Practices sind keine lokale Angelegenheit. Besonders wenn es in einer Region nur ein Spital gibt, treibt erst der Vergleich mit weiter entfernten Leistungserbringern die Optimierung von Behandlungen voran und hält sie auf dem neusten Stand.

In der Schweiz findet der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern hauptsächlich auf kantonaler Ebene statt. Es gibt einige Ausnahmen, wie die Universitätsspitäler in Zürich, Genf, Bern, Lausanne und Basel, die komplexe Fälle behandeln (OECD und WHO 2006, 46, 104). In der Regel messen sich die öffentlichen Spitäler jedoch im kantonalen Binnenmarkt. Da das KVG kantonsübergreifende Rückerstattungen verhindert – es sei denn, die ausserkantonale Behandlung ist medizinisch begründet –, beschränkt sich der Wettbewerb auf die lokale Ebene. Damit kann der Patientennutzen nicht verbessert werden. Er wird in einem Kanton erst dann geschaffen, wenn Patienten eine ausgezeichnete, wirksame Behandlung erhalten, was jedoch nicht der Fall ist, wenn möglichst alle Krankheiten lokal und unabhängig von der Ergebnisqualität behandelt werden.

Notfalldienste, Grundversorgung und Prävention, Disease Management und Rehabilitation müssen auf lokaler Ebene vorhanden sein. Teilweise wird argumentiert, dass jedes Spital *alle* Leistungen in allen Fachgebieten anzubieten hat. So argumentieren oft Spitäler, die geografisch nahe zu anderen Spitälern liegen. Das Argument ist aber falsch: Keine Institution muss alle Dienstleistungen anbieten. Es besteht kein Grund zur Annahme, dass der Patientennutzen dann höher sein soll, wenn ein Patient für verschiedene, zu unterschiedlichen Zeitpunkten auftretende Krankheiten vom gleichen Spital oder dem gleichen Arzt bzw. Ärztenetzwerk behandelt wird. Der Patientennutzen misst sich an der Effektivität der Behandlung einer bestimmten Krankheit und nicht an einer für eine andere Krankheit früher erbrachten Behandlungsleistung. Spitäler sollten deshalb jene Leistungen anbieten, für die sie quantitativ und qualitativ über genügend Erfahrung verfügen, um höchsten Qualitätsansprüchen zu genügen.

Das bedroht die Existenz kleinerer Regionalspitäler nicht zwangsläufig, denn anstatt als isolierte Einheiten aufzutreten, können sie mit anderen Spitälern mehr oder weniger eng zusammenarbeiten. Diese Zusammenarbeit muss auf die integrierte Behandlung von Krankheitsbildern über die ganze Behandlungskette ausgerichtet sein. Auch hier zeigt sich die Bedeutung von Ergebnismessungen: Sie legen offen, ob eine Zusammenarbeit den Patientennutzen verbessert oder nur die Verhandlungsposition gegenüber Versicherungen stärkt. Auf ähnliche Weise könnten Ärzte mit regionalen und nationalen Kliniken zusammenarbeiten, um den Nutzen von Konsultationen, Zweitmeinungen und koordinierter Behandlung für zugewiesene Patienten auch dann zu gewährleisten oder zu verbessern, wenn sie in dünn besiedelten Gebieten domiziliert sind.

Zusammenarbeit über lokale Grenzen hinweg schafft lokal Vorteile. Für Patienten mit Schädeltraumata etwa bedeutet ein besseres Behandlungsergebnis eine bessere Funktionsfähigkeit bzw. weniger Behinderungen und damit drastische Kostensenkungen für die Langzeitpflege (Centers for Disease Control 2006; Fakhry et al. 2004; Watts et al. 1999, Watts et al. 2004). Nur 16 Prozent der US-Landspitäler, die Schädeltraumata behandeln, setzen die Behandlungsstandards der American Association of Neurological Surgeons um (CarePath 2005a; Hesdorffer et al. 2002). Um diesen Prozentsatz zu verbessern, vermittelt CarePath den Spitälern webbasierte Informationen zu Schädeltraumata und unterstützt sie mit führenden Experten, die Notfallärzte (telefonisch) beraten (Porter und Teisberg 2006, 122). Eine ähnliche Beziehung liesse sich zwischen Regionalspitälern und führenden nationalen Zentren entwickeln. Die Zusammenarbeit ist heute selten und stösst teilweise auf Widerstand, würde jedoch die Behandlungsqualität und den Patientennutzen über die gesamte Behandlungskette hinweg merklich verbessern.

Patienten profitieren davon, wenn ihre Behandlung besser ist als die anderer Patienten mit demselben Krankheitsbild, auch wenn sie geografisch weit voneinander entfernt leben. Mit einem Ergebniswettbewerb sollen die besten Resultate national, regional oder gar weltweit miteinander verglichen werden können. Das wird erreicht, wenn Patienten, zuweisende Ärzte und Informationsdienste nach jenen Institutionen suchen, die Patientenbedürfnisse unabhängig von der geografischen Lage am besten erfüllen. Selbst für Notfälle und chronische Krankheiten, die in der Regel beide in der Nähe des Wohnorts behandelt werden, ist ein regionaler Vergleich der medizinischen Behandlung sinnvoll und wichtig.

Für Spitäler, Ärzte und andere Leistungserbringer sollte der Vergleich der Behandlungsergebnisse von Patienten mit gleichen Krankheitsbildern der wichtigste Wettbewerbsaspekt sein. Dass bei Patienten die Veröffentlichung von Behandlungsqualität und Behandlungserfolgen regionaler Leistungserbringer Einfluss auf die Wahl der Leistungserbringer hat, ist keine neue Erkenntnis. In den USA wurde die in den 1970er-Jahren übliche Praxis, bei jedem Notfalldienst Patienten mit gravierenden Verletzungen, zum Beispiel nach Autounfällen, zu behandeln, durch Unfallzentren ersetzt. Die Einrichtung solcher Unfallzentren hat viele Leben gerettet und ernsthafte Behinderungen verhindert. Heute diskutieren die Verantwortlichen in der Schweiz, den USA und anderen Ländern die Übernahme dieses Modells für die Notfallhilfe bei Schlagan-

fallpatienten (De Reuck 2006; Arnold et al. 2004). Generell profitierten Patienten auch ausserhalb der Notfallversorgung enorm, wenn Spitäler nur die Leistungen anböten, in denen sie gut wären, und Patienten, die andere Behandlungsarten erforderten, an weitere, spezialisierte Leistungserbringer überweisen würden.

Zwar mag die Reise zu einem für die Behandlung einer bestimmten Krankheit guten Regionalspital teuer und unbequem erscheinen, aber Kosteneinsparungen und bessere kurz- und langfristige medizinische Ergebnisse dürften diesen Transfer für Patienten und Versicherer interessant machen. Die Kosten und Unannehmlichkeiten der Anreise lassen sich durch das Vermeiden von noch höheren Kosten bei ungenügenderen Ergebnissen (längere Genesungszeiten, unvollständige Heilung, chronische Schmerzen, Komplikationen und Kunstfehler) leicht rechtfertigen. Die derzeitige Präferenz von Patienten, sich lokal behandeln zu lassen, wird durch das fast vollständige Fehlen relevanter Ergebnisdaten begünstigt. Patienten, Ärzte und Krankenversicherer wissen schlichtweg nicht, wie weit die Ergebnisse auseinander liegen. Zwar mag man beispielsweise Eltern von Kindern mit pränatal diagnostizierten Herzanomalien versichern, ihre Kinder würden die bestmögliche Pflege erhalten. Damit ist jedoch implizit die beste lokale Pflege gemeint. Doch Eltern sind nicht darüber informiert, dass die langfristige körperliche und kognitive Entwicklung ihres Kindes entscheidend davon abhängt, ob ein Expertenteam die Operation vornimmt oder nicht. Dabei kennt möglicherweise auch das lokale Ärzteteam die Ergebnisschwankungen nicht. So ist es nicht verwunderlich, dass Eltern, die über Patientenorganisationen Dateneinsicht hatten und von diesen zu Ergebnisunterschieden bei neonatalen Herzoperationen oder Transplantationen beraten wurden, zu einer weiteren Anreise bereit sind (Migliori 2005).

Auch wenn die *meisten* Patienten nicht reisen wollen, muss diese Option offen stehen. Denn ein ergebnisorientierter Wettbewerb verbessert einerseits den Resultatdurchschnitt und verringert andererseits die Schwankungsbreite der Ergebnisse. In den USA zum Beispiel führte der Vergleich von Behandlungsergebnissen bei zystischer Fibrose zu Behandlungsstandards, welche die durchschnittliche Lebenserwartung um 15 Jahre steigern können. Die Diskrepanz zwischen den besten und den schlechtesten Zentren nahm ab; gleichzeitig optimierten die besten Zentren ihre Resultate laufend auf weitere 14 Jahre die neue durchschnittliche Lebenserwartung (Gawande 2004). Ergebniswettbewerb und Ergebnisvergleiche zwischen Leistungserbringern und Regionen fördern den Wettbewerb auf der Ebene des Krankheitsbildes auch dann, wenn sich nur wenige Patienten für eine weite Reise entscheiden. Mehr ist gar nicht notwendig. Denn wenn Ärzte feststellen, dass ein Teil ihrer Patienten sich von einem anderen Leistungserbringer an einem anderen Ort behandeln lässt, werden sie ihre eigene Tätigkeit überprüfen und neue Ansätze ausprobieren (Porter und Teisberg 2006, 120).

Ironischerweise ist in einem stärker geografisch ausgerichteten Wettbewerbsumfeld eine lange Anreise nicht zwingend notwendig. Liegen nämlich mehr relevante Informationen vor und bestehen Wahlmöglichkeiten sowie Unterstützungsangebote für überregionale Behandlungen, können Patienten und überweisende Ärzte je nach Präferenz und Gesundheitszustand des Patienten entscheiden, ob eine Behandlung in einem regionalen oder nationalen Zentrum erfolgen soll. Dabei wird der Wettbewerbsdruck alle – auch Regionalspitäler – zur Verbesserung des Patientennutzens zwingen. Wenn sich

mehr Ärzte an nationalen Richtwerten messen, werden mit der Zeit die Ergebnisunterschiede sinken, und der Anreiz, sich in weit entfernten Spitälern behandeln zu lassen, wird damit abnehmen. Aber auch dann muss die Wahlmöglichkeit offen bleiben.

Regionaler und nationaler Wettbewerb verstärken den Druck auf die Leistungserbringer, bei gewissen Behandlungsangeboten gute Ergebnisse zu erzielen. Damit können Leistungserbringer ihr Fachwissen und ihre Patientenzahlen erhöhen. Dank guter Ergebnisse können Leistungserbringer in diesen Kernbereichen auch geografisch expandieren und Behandlungen an weiteren Orten anbieten. So können sie Skaleneffekte bei Quantität und Qualität, bei Behandlungsmethoden und Personalschulung, bei Ergebnismessungen und Reputation nutzen. Die Patienten wiederum profitieren davon, dass sie für eine hervorragende Behandlung weniger weit reisen müssen.

Grundsatz 7: Ergebnisdaten müssen breit verfügbar sein.

Die Veröffentlichung von Ergebnisdaten beschleunigt den Lern- und Verbesserungsprozess. Werden Ergebnisdaten publiziert, so wird die Aufmerksamkeit für Verbesserungen gefördert. Als der Staat New York begann, Mortalitätsraten für die koronare Herzchirurgie zu veröffentlichen, sank die Rate in den ersten vier Jahren um 41 Prozent (Chassin 2002). Zudem erklärten führende Mitglieder der Society of Thoracic Surgeons (STS), die Veröffentlichung der Ergebnisse motiviere sie zur Entwicklung von besseren und risikobereinigten Messmethoden für diese und andere chirurgische Eingriffe (Porter und Teisberg 2006, 131). Bei der Entwicklung und Auswertung risikobereinigter Ergebnismessungen kam es in der Folge zu einem Innovationsschub, was wiederum zu raschen Verbesserungen der medizinischen Ergebnisse führte (Porter und Teisberg 2006, 132; Society of Thoracic Surgeons 2003). Heute definieren in der Herzchirurgie risikobereinigte Ergebnismessungen den neusten Stand der Technik.

Ähnlich erfolgreich war die Reduktion der Mortalität bei Dialyse-Patienten. Die Rate konnte in den ersten acht Jahren nach Veröffentlichung der Ergebnisdaten um 17 Prozent verbessert werden (Nissenson und Rettig 1999). In der Folge wurde in den USA für alle Transplantationsoperationen ein verbindliches öffentliches Reporting eingeführt. Dabei werden die Daten flächendeckend und risikobereinigt erhoben, von Fachleuten begutachtet und öffentlich zugänglich gemacht. Ausserdem dienen die Daten zu Optimierungen bei der Organzuteilung. Trotz der Zunahme von Mehrfacherkrankungen haben sich die Ergebnisse verbessert (Porter und Teisberg 2006, 133).

Bei Diabetespatienten misst das Minnesota Community Measurement seit 2002 den medizinischen Behandlungserfolg mittels fünf Indikatoren. Seit 2004 werden die Ergebnisse veröffentlicht. Die Zahl derjenigen Patienten, bei denen die Behandlungsergebnisse für alle fünf Indikatoren verbessert wurden, stieg in den ersten beiden Jahren nach der Veröffentlichung von über 4 Prozent auf knapp 9 Prozent (MN Community Measurement 2007). Vor der Messung der Ergebnisdaten war die Prozess-Compliance bereits über Jahre hinweg beobachtet worden. Dabei konnte zwar ein sehr hoher Erfüllungsgrad erzielt werden, nicht aber eine Verbesserung der Behandlungsergebnisse wie mithilfe der Veröffentlichung der Messergebnisse der fünf Indikatoren.

Die Arbeit der AO-Stiftung mit Sitz in Davos liefert einen weiteren Beweis für die Erfolge der Ergebnismessung und -veröffentlichung. Die in den 1950er-Jahren gegründete Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen (AO) engagiert sich für die «Forschung im Bereich der Knochenheilung mit besonderer Berücksichtigung des Einflusses der mechanischen Umgebung von Frakturen auf den Heilungsprozess» (AO Foundation 2007). Sie verfügt über ein Forschungszentrum, das mit innovativen Chirurgen und Präzisionstechnikern zusammenarbeitet, und über ein Dokumentationszentrum, das die Ergebnisse misst. Die AO prüft auch chirurgische Instrumente auf mögliches Verbesserungspotenzial. Sie analysiert und publiziert mehr als 150 Ergebnisindikatoren (Suk et al. 2005). Führende Fachleute aus Argentinien, Australien, China, Finnland, Deutschland, Grossbritannien, Hongkong, Japan, Mexiko, Singapur, Schweden, der Schweiz, Thailand, Uruguay, Venezuela und den USA gehören zur AO, die sich als eine «nicht gewinnorientierte Wissensorganisation» versteht (AO Foundation 2007). Die gemeinsamen Erkenntnisse aus Datenerhebungen, klinischen Versuchen, chirurgischer Innovation und Produktentwicklung haben die AO zu einem weltweiten Leader auf den Gebieten der Unfallchirurgie und Rückenbehandlung gemacht.

Die AO zeigt nicht nur, wie Ergebnismessungen den Patientennutzen erhöhen. Sie ist auch ein Beweis dafür, dass die Wirkung des ergebnisorientierten Wettbewerbs durch die Zusammenarbeit von Ärzten und Herstellern verstärkt werden kann. Der nutzenorientierte Wettbewerb führt so zu einer Win-Win-Situation. Erzielen Ärzte und Hersteller bessere Resultate, profitieren davon Patienten, Angehörige und die Gesellschaft.

Information verändert allerdings das individuelle Verhalten nicht sofort. Ärzte und Patienten müssen dabei unterstützt werden. Für Patienten müssen die Ergebnisdaten verständlich und nützlich sein, vor allem während der Übergangsphase zu einer ergebnisorientierten Versorgung. Das Ziel ist nicht die Publikation von möglichst vielen Daten. Vielmehr muss die Öffentlichkeit in der Lage sein, Verlässlichkeit, Relevanz und Bedeutung der Daten zu erkennen. Hier hilft die Beratung und Unterstützung. Untersuchungen zeigen, dass informierte Patienten weniger invasive Behandlungen bevorzugen, ärztliche Anweisungen besser befolgen und bessere Behandlungsergebnisse erzielen (Bodenheimer et al. 2002; O'Connor et al. 2004; Wennberg und Cooper 1999).

Ärzten und Gesundheitsteams helfen die Ergebnisinformationen, ihre Behandlungsmethoden und Prozesse zu optimieren. Patientenangaben sind entscheidend sowohl für die Risikobereinigung als auch für die klinische Erkenntnis, welcher Behandlungsprozess sich für welche Patienten am besten eignet. Damit können Ärzteteams Behandlungen auf ihre Patientenpopulationen zuschneiden. Denn was für die Patienten eines Teams richtig ist, muss nicht unbedingt für jene eines anderen Teams gelten. Solange die medizinischen Ergebnisse verglichen werden, ermöglicht dieser Wettbewerb die Steigerung des Patientennutzens.

Das detaillierte Mikromanagement der medizinischen Prozesse muss nicht veröffentlicht werden. Das heisst aber nicht, dass Prozesse gar nicht gemessen oder nie veröffentlicht werden sollten. Es wird immer bestimmte Prozesse geben, die es zur Gewährleistung der medizinischen Sicherheit braucht. Prozessmessungen können ein guter

Ausgangspunkt für eine Umstellung auf Ergebnismessungen sein. Unbedingt zu veröffentlichen sind hingegen die von medizinischen Experten entwickelten, risikobereinigten und überprüften Ergebnismessungen, die auf einzelne Krankheitsbilder abgestimmt werden müssen, um Fehlanreize zu vermeiden. Um diese schwierige Aufgabe zu erfüllen, kann eine internationale Zusammenarbeit zwischen Ärzten hilfreich sein.

Internationale Vergleiche können schliesslich Schweizer Leistungserbringer dazu motivieren, die medizinischen Ergebnisse der Krankheitsbilder gemeinsam zu verbessern. Können die Schweizer in internationalen Vergleichen hervorragende risikobereinigte Ergebnisse vorweisen, wird das ausländische Patienten anziehen. Diese Dynamik stärkt sowohl die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern hin zu guten Resultaten als auch den Willen nach und den Wettbewerb um internationale Anerkennung. Damit besteht die grosse Chance, durch einen *Circulus Virtuossus* gleichzeitig den Nutzen für Schweizer Patienten zu verbessern (Abbildung 12) und ausländische Patienten zu gewinnen.

Grundsatz 8: Nutzensteigernde Innovation muss sich lohnen.

Oft misstraut man Innovationen im Gesundheitswesen. Es besteht die Meinung, neue Technologien, Behandlungsmethoden, Arzneimittel und medizinische Geräte seien grundsätzlich teuer und würden massgeblich zur Kostenexplosion im Gesundheitswesen beitragen. Die Diskussion ist allerdings beim fragmentierten Behandlungssystem und den Kosten für einzelne Behandlungsschritte stecken geblieben. Ob ein Medikament oder eine Hospitalisierung zu teuer ist, hängt von den über den ganzen Behandlungszyklus hinweg betrachteten Behandlungsergebnissen ab. Reduziert eine teure Behandlung in einer bestimmten Behandlungsphase die Kosten in einer späteren Phase, so kann das über den ganzen Behandlungszyklus gerechnet eine gute Investition sein. Deshalb können willkürliche Höchstgrenzen für Medikamentenpreise oder Spitalkosten die Gesundheitskosten erhöhen, wenn die Behandlung auf weniger wirksame oder weniger wirtschaftliche Behandlungsformen verschoben wird. Die einzige Lösung zur Kontrolle der als Investitionen zu betrachtenden Gesundheitskosten liegt in der Schaffung von nutzenorientiertem Wettbewerb, der den Erfolg von Behandlungsergebnissen misst. Nur mit Ergebnis- und Kostenerhebungen über den ganzen Behandlungszyklus hinweg lässt sich die Effizienzsteigerung von Kostenverschiebungen unterscheiden.

Die Kantone in ihrer Dreifachrolle als Planungsbehörde, Betreiber und Finanzierer von Spitälern laufen Gefahr, entweder zu stark oder aus kurzfristigen Spargründen zu wenig in Spitzentechnologie zu investieren (OECD und WHO 2006, 41). Ohne Ergebnismessungen erfolgen Investitionsentscheide nach anderen Kriterien als der Verbesserung der öffentlichen Gesundheit und der Steigerung des Patientennutzens.

Die Förderung von Innovationen zur Verbesserung der Patientengesundheit macht auch den Wechsel von der Einzelleistungsvergütung hin zur Gesamtabrechnung eines ganzen Behandlungszyklus notwendig. Die in der Schweiz geplante Umstellung auf das DRG-System (diagnosis-related groups, diagnosebezogene Fallgruppen) zielt in diese Richtung. Zwar ist die Zahlung an eine Diagnose gekoppelt, sie misst jedoch nicht den ganzen Behandlungszyklus. Die gegenwärtige Zahlungsstruktur bringt es mit sich,

dass eine Zunahme der Behandlungen – unabhängig vom Patientennutzen – zu steigenden Honoraren führt. Wenig invasive oder günstige Behandlungsmethoden werden durch Fehlanreize bei der Abrechnung verhindert. DRGs bringen hier Verbesserung, werden das Problem aber nicht vollständig lösen. Zudem ist es schwierig, ein zentralisiertes DRG-Abrechnungssystem auf aktuellstem Stand zu halten. Sofern sich DRGs nicht auf den Behandlungszyklus beziehen, wird es zu Kostenverlagerungen zwischen den einzelnen Behandlungsabschnitten kommen, und die Wahl von Arzneimitteln, Hospitalisierungen und anderen Behandlungsformen wird weiterhin aufgrund anderer Kriterien statt des Patientennutzens erfolgen.

Krankenkassen können die Umstellung auf eine Rechnungsstellung über den ganzen Behandlungszyklus fördern und darauf aufbauen, indem sie für spezifische Krankheitsbilder angepasste Behandlungen anbieten. Das oben beispielhaft vorgestellte deutsche Migränezentrum ist diesen Weg in Zusammenarbeit mit einer Krankenversicherung gegangen. Möglich sind auch Krankenversicherungen, die gezielt eine koordinierte, effiziente Behandlung für spezifische Diagnosen und damit verbundene Komplikationen anbieten. Immens ist etwa das Potenzial für eine Verbesserung der Behandlung von Diabetespatienten. Wird dieses Potenzial genutzt, kann nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen verbessert, sondern auch der Ertrag für Krankenversicherungen und Ärzte gesteigert werden. Eine Krankenversicherung mit einer solchen Strategie könnte versuchen, Diabetespatienten als Mitglieder zu gewinnen, um so den Patientennutzen zu steigern. In der Schweiz hätten Krankenversicherungen die Möglichkeit, sich durch ihr Angebot an Zusatz- und Pflichtversicherungsprodukten von der Konkurrenz abzuheben, indem sie Leistungen auf dem Gebiet der Gesundheitsschulung, Beratung oder des Disease Management anbieten. Bei den betroffenen Patienten würde sicherlich eine hohe Nachfrage nach solchen Leistungen bestehen. Da den Versicherten mit diesen Dienstleistungen die Chance zur Verbesserung ihrer Gesundheit gegeben wird, senken sie längerfristig die Versorgungskosten.

Innovation wird normalerweise mit Produktverbesserungen bei Arzneimitteln oder medizinischen Geräten assoziiert. Womöglich sind Prozessinnovationen aber wichtiger, sprich: die Strukturreform der Behandlung nach Krankheitsbildern und die Koordination der Behandlung über den ganzen Behandlungszyklus, der Einsatz von E-Health und neue Formen der Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern. Die Strukturreform der stationären Versorgung zur Verbesserung des Patientennutzens ist für viele Ärzte eine radikale Abkehr von der herkömmlichen Aufteilung nach Spezialgebieten. Ihre Arbeitszufriedenheit wird jedoch rasch zunehmen, sobald Lerneffekte spürbar werden und sich die medizinischen Ergebnisse und die Wirtschaftlichkeit verbessern. Die Reorganisation der Gesundheitsversorgung wird zusammen mit den Innovationen der Krankenversicherungen die Umstellung auf eine Abrechnung über den Behandlungszyklus (oder bei chronisch Kranken pro Behandlungsphase) erleichtern und damit zu transparenten und aussagekräftigen Preisen führen. Generell schafft die Reorganisation der Gesundheitsversorgung nach Krankheitsbildern und Behandlungszyklen Transparenz hinsichtlich des Nutzens der medizinischen Versorgung und erleichtert die Realisierung von Verbesserungen.

4 Der Reformpfad: Unterstützende, hinderliche und ablenkende Faktoren

Das Schweizer Gesundheitswesen verfügt über einzigartige Stärken. Es ist aber auch mit einigen grossen systemimmanenten Herausforderungen konfrontiert. Mit einem Perspektivenwechsel von der Kostendämmung hin zum Patientennutzen können diese Herausforderungen mit mehr oder weniger grossen Anstrengungen gemeistert werden. Dieses Kapitel behandelt jene Faktoren des Schweizer Gesundheitssystems, die den Übergang zum nutzenorientierten System erleichtern, behindern oder vom Ziel ablenken.

4.1 Reform-unterstützende Faktoren

Die Schweiz besitzt eine solide Grundlage für eine Reform hin zum nutzenorientierten Wettbewerb. Erstens werden die Reformen durch die Eigenheiten des Gesundheitssystems erleichtert, zweitens kann auf bereits begonnenen Reformen aufgebaut und einige im Ausland erfolgte Fehler können verhindert werden.

4.1.1 Reformtreiber

In der Schweiz ist die gesamte Bevölkerung obligatorisch krankenversichert. Das ist wichtig für die Wirksamkeit des Gesundheitssystems. In der Schweiz und in ähnlich organisierten Ländern hält allein der offene Zugang zur Gesundheitsversorgung und Prävention für die ganze Bevölkerung die Kosten tiefer als in den USA, wo Zugangsbeschränkungen die Regel sind; Wartelisten für Behandlungen können Gesundheitsprobleme verschärfen, was die Behandlungskosten erhöht. Durch den definierten Leistungskatalog für die Grundversicherung wird zudem die aggressive Kostenverlagerung zwischen Krankenversicherungen und Versicherten bzw. Leistungserbringern verringert.

Das Krankenversicherungsgesetz will eine hohe Qualität der Gesundheitsversorgung gewährleisten. Das ist eine gute Voraussetzung für eine auf medizinische Qualität fokussierte Reform. Artikel 58 des KVG überträgt dem Bund die (Mit-)Verantwortung für eine qualitativ hoch stehende Gesundheitsversorgung. Damit ist die gesetzliche Grundlage für weitere qualitätsorientierte Reformen bereits gelegt (OECD und WHO 2006, 32). Des Weiteren verlangen die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien) geradezu nach einer nutzenorientierten Bewertung der vergüteten Leistungen (OECD und WHO 2006, 33).

Zudem räumt das KVG den Leistungserbringern grossen Spielraum ein, da die Kosten innovativer kurativer Behandlungen durch die Grundversicherung gedeckt werden können (OECD und WHO 2006, 92f, 96). Dies erlaubt den Ärzten, Behandlungsmethoden mit guten Resultaten anzuwenden. Der Innovationsprozess wird auch nicht durch langwierige und detaillierte Bewilligungsverfahren verlangsamt.

4.1.2 Eingeleitete Reformen als Bausteine für zukünftige Verbesserungen

Zur Verbesserung der medizinischen Qualität steht bei vielen Ärzten und in vielen Spitälern die Einhaltung von Abläufen, wie zum Beispiel die Patiententriage und -aufnahme oder Massnahmen zur Verringerung der Infekte, im Mittelpunkt. Damit können die Fehlerquoten und der Ressourcenverbrauch einfach reduziert werden. Zwar ist beides wichtig, aber die stufenweise Optimierung von Abläufen ist nur ein erster Schritt, der ohne weitere Massnahme keine Problemlösung bringt. Die Verbesserung der Sicherheit und Wirksamkeit hat in der heutigen fragmentierten Behandlung nämlich weniger Potenzial als der Umbau zu einer koordinierten, patientenzentrierten Behandlungskette. Nur eine solche strategische Neuorientierung erlaubt bessere Ergebnisse über den gesamten Behandlungszyklus und damit einen markanten und kontinuierlichen Nutzuwachs auf der Diagnoseebene. Die Erhebung und die Veröffentlichung von Behandlungsergebnissen auf Patientenebene (nach Art der Diagnose und des Ärzteteams oder Arztes) sind der unerlässliche Bestandteil dieser strategischen Neuorientierung. Der Bund kann die Umstellung beschleunigen, indem er die Messung und die Bekanntgabe risikobereinigter Ergebnisse fördert. Ist die strategische Neuorientierung einmal erfolgt und sind Ergebnismessungen breit zugänglich, können vereinzelt Prozessmessungen – ähnlich wie in der Luftfahrt – zur staatlichen Qualitätssicherung beitragen. In integrierten Arztpraxen und Behandlungszentren wird zudem die interne Prozessoptimierung die veröffentlichte Ergebnismessung ergänzen und eine zusätzliche Qualitätssteigerung erlauben.

Die Schweiz profitiert auch davon, dass Fehlanreize bei der Abgeltung von Gesundheitsleistungen heute mehrheitlich bekannt sind. Ein erster positiver Schritt in der stationären Behandlung ist der geplante Übergang von der Einzelleistungsvergütung zu den Fallkostengruppen (DRGs). Bei den DRGs erfolgt die Vergütung nach diagnosebezogenen Fallgruppen. Das schafft Anreize, um innerhalb der Diagnosegruppe Kosten einzusparen. Einen noch besseren Anreiz brächte die Vergütung der Behandlung eines Krankheitsbildes über den ganzen Behandlungszyklus. Dieser Ansatz wird zurzeit in den Niederlanden erprobt und findet in den USA für die Behandlung von HIV/Aids erste Anwendung. Die Abrechnung über den gesamten Behandlungszyklus oder nach Zeitabschnitten im Fall chronischer Krankheiten erhöht den Anreiz für zweckmässige Behandlungen und wirtschaftliches Disease Management. Gefördert wird eine Kultur des «Auf-Anhieb-Richtig-Machens». Dieser Ansatz belohnt Ärzte, die sich auf den Patientennutzen konzentrieren. Die Diagnose wird als eigenständige Tätigkeit anerkannt. Das ist für Patienten und Versicherer zentral, weil Fehler bei der Diagnose sowohl die medizinischen Risiken als auch die Gesundheitskosten erhöhen.

In der Schweiz werden ambulante und stationäre Leistungen getrennt verrechnet; im ambulanten Sektor gilt die Einzelleistungsvergütung. Hier sollte die Einführung des einheitlichen Tarifs für ambulante ärztliche Leistungen, des so genannten TARMEDS, Fehlanreize wie die Bevorzugung von Behandlungen und Untersuchungen gegenüber der Beratung verringern (OECD und WHO 2006, 127). Aus Patientensicht ist die Unterscheidung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung jedoch künstlich. Sie fördert die Kostenverlagerung entlang der Behandlungskette, beispielsweise vom Spital

zum Rehabilitationszentrum. Der Wechsel zu den DRGs in der stationären Pflege bei gleichzeitiger Einzelleistungsvergütung in der ambulanten Versorgung schafft den Anreiz, viele Leistungen ambulant und damit zu höheren Tarifen zu verrechnen. Als die USA diese Umstellung vornahm, entstanden zahlreiche ambulante medizinische oder chirurgische Zentren. Statt jedem Arzt jede Leistung oder jeden Behandlungsschritt einzeln zu vergüten, wird das Ärzteteam nach Ende des Behandlungszyklus – einschliesslich der Beratung, Prävention und Unterstützung beim Disease Management – entschädigt. Dies sollte gleichzeitig die Behandlungsergebnisse verbessern und die Kosten senken.

4.1.3 Verhinderte Reformfehler

Die Schweiz ist von einigen Problemen, welche die Gesundheitssysteme anderer Länder belasten, verschont geblieben. Dazu gehört erstens das administrative Mikromanagement von Ärzten, das entsteht, wenn öffentliche oder private Krankenversicherer im Besitz von Spitälern oder Ärztenetzwerken sind oder mit diesen selektive Verträge abschliessen. Obwohl es in der Schweiz HMO-Versicherungsmodelle (Health Maintenance Organizations) gibt, hatten 2003 nur 8,2 Prozent der Bevölkerung eine solche Versicherung abgeschlossen (8 Prozent im Jahr 2000, 5,3 Prozent 1996; OECD und WHO 2006, 102). Bei HMO-Modellen beschränken die Krankenversicherer den Zugang des Patienten auf ein bestimmtes Ärztenetzwerk. Solche Netzwerke können eine integrierte Behandlung einfacher sicherstellen. Dies erlaubt oft signifikant bessere Ergebnisse. Erfolg hat das Modell der Integration von Leistungserbringern und Versicherern – manchmal einschliesslich KOPFPAUSCHALEN (CAPITATION) statt Einzelleistungsabrechnungen – vor allem bei Patienten mit komplexen, chronischen Beschwerden, bei denen eine frühe Behandlung sowie Disease-Management-Programme die Behandlungsergebnisse verbessern und die Kosten senken. Hier funktioniert die Kopfpauschale ähnlich wie eine Rechnung für den ganzen Behandlungszyklus. Anders verhält es sich bei unklarer Diagnose oder wenn die anzuwendende Behandlung nicht eindeutig ist: In diesem Fall schaffen Kopfpauschalen den Anreiz zu weniger Behandlung.

Ohne risikobereinigte Ergebnismessung führte in den USA die Integration von Leistungserbringern und Versicherungen über HMOs zur Begrenzung von Behandlungen mit dem Zweck, Kosten einzusparen. Die Therapiefreiheit wurde durch penible Administrativkontrollen für Ärzte, wie die vorgängige Information über Therapieentscheide oder deren Überprüfung, begrenzt. Das war für Ärzte und Patienten unbefriedigend. Fehlanreize für eine Unterbehandlung sind bei Capitation-Modellen ohne Ergebnismessung unumgänglich. Nur wenige Anbieter, wie die Intermountain Health und die Veterans Health Administration, entwickelten dank unternehmerischer Weitsicht und Durchsetzungsstärke Methoden zur Ergebnismessung und verhinderten so Kosteneinsparungen zu Lasten ungemessener Qualität (Porter und Teisberg 2006, 131, 214).

Die Schweiz hat ferner den Fehler vermieden, eine staatliche Einheitskasse einzuführen. Das Stimmvolk lehnte eine solche am 11. März 2007 an der Urne mit einem deutlichen Mehr von 71 Prozent ab. Theoretisch könnte eine Einheitskasse zwar den Patientennutzen steigern. Dazu müsste sie von den Leistungserbringern allerdings einen nutzenorientierten und diagnosespezifischen Wettbewerb verlangen, der sich auf risi-

kobereinigte Ergebnismessungen stützt. In der Praxis führt die Verhandlungsübermacht der Einheitskasse zusammen mit Sparzwang und mangelnder Ergebnisinformation zur Beschränkung und Verzögerung von Therapien und Innovationen sowie zu Kostenverlagerungen. Damit werden zwar kurzfristig die Gesundheitsausgaben der öffentlichen Hand gebremst, ein Patientennutzen wird aber nicht geschaffen, im Gegenteil: Die Kosten werden sogar in die Höhe getrieben. Anders in der Schweiz: Hier wurde die Gesundheitsversorgung kaum beschränkt. Es gibt weder eine De-facto-Rationierung noch Wartelisten.

Die Schweizer Krankenkassenvielfalt verhindert nicht nur die Nachteile einer Einheitskasse, sie ermöglicht auch den Wettbewerb unter den Versicherern, die Gesundheit ihrer Mitglieder zu verbessern. Allerdings: Das vorhandene Potenzial wurde bisher kaum ausgeschöpft. Der Wettbewerb unter den Krankenversicherungen macht jedoch nur dann Sinn, wenn der Patientennutzen gesteigert wird. Heute verstehen sich die Schweizer Krankenversicherer hauptsächlich als Zahlstellen mit dem Ziel, Kosten einzudämmen. Würden die Versicherer hingegen die Verbesserung der Gesundheit ihrer Mitglieder zum strategischen Ziel erklären, würden die Patienten stark profitieren. Beim Modell der Einheitskasse liegt die Verbesserung der öffentlichen Gesundheit in der Verantwortung des Staates. Kassenvielfalt hingegen kann Innovationen fördern, da der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern, die nach besseren Behandlungsergebnissen streben, angeheizt wird. Die Gesundheit der Versicherten kann über viele parallele Schritte erreicht werden. Damit diese Dynamik in Gang kommt, sollten Krankenversicherer den Gesundheitszustand ihrer Mitglieder und risikobereinigte Behandlungsergebnisse messen und damit ihren medizinischen Erfolg ausweisen.

Des Weiteren hat die Schweiz bisher keine Gesundheitssparkonten (health savings accounts) eingeführt. Diese können dazu verleiten, auf Prävention zu verzichten oder frühzeitige Behandlungen hinauszuzögern. Gesundheitssparkonten können problematische Folgen haben in einem System, das von mangelnder Information, Komplexität und Fragmentierung sowie von Fehlanreizen für Ärzte geprägt ist. Fehlen die relevanten Informationen, nutzt die Wahlfreiheit wenig. Im Gegenteil: Dann können sogar höhere Kosten ohne Ergebnisverbesserung entstehen. So möchten etwa die meisten Patienten mit möglichst wenigen Behandlungen gesund werden. Aus Informationsmangel gehen aber viele Patienten davon aus, dass mehr Behandlungen zu einer besseren Gesundheit führen. Wird die Anzahl der Behandlungen mit Gesundheit gleichgesetzt, wird ein Anreiz für eine Mengenausweitung geschaffen. Das treibt die Kosten in die Höhe. Gesundheitssparkonten wollen diesen Fehlanreiz durch eine höhere Selbstbeteiligung der Patienten verhindern. Doch damit wird oft ein weiterer Fehlanreiz geschaffen. Denn die Patienten verzichten in der Folge auf Prävention und eine frühzeitige Behandlung und verpassen somit den optimalen Zeitpunkt einer nutzenorientierten Intervention. Um solche Fehlanreize zu verhindern, müsste bei der Einführung von Gesundheitssparkonten die Information über medizinische Ergebnisse in der Prävention und über Beratungsdienste ausgebaut werden. Nur so kann eine Verlagerung der Krankheitskosten auf spätere und damit oft teurere Krankheitsphasen verhindert werden.

Doch selbst mit Unterstützung ist der Informationszugang für Patienten und zuweisende Ärzte in einem fragmentierten Gesundheitswesen schwierig. Die Wahlfreiheit der Patienten und Ärzte beschränkt sich hier nämlich auf kleine, wenig integrierte Teile schlecht koordinierter Behandlungszyklen von oft unterschiedlicher Qualität. Ohne gemeinsame Verantwortung und Ergebnismessung ärztlicher Teams kann kaum jemand einen wirksamen und effizienten Behandlungszyklus festlegen. Die Wahlfreiheit für Patienten wäre weit wirksamer, wenn das Gesundheitswesen entlang koordinierter Behandlungszyklen für Diagnosen strukturiert würde und entsprechende medizinische Ergebnismessungen vorhanden wären.

Die oben dargestellten Schwierigkeiten, aussagekräftige Informationen zu erhalten und somit die richtige Wahl treffen zu können, werden durch falsche Anreize für Ärzte verschärft. Trotz der ausgleichenden Wirkung des Abrechnungstarifs Tarmed werden die ärztlichen Diagnosestellungen und Beratungen in den Augen der Ärzte schlechter vergütet als Untersuchungen und Tests. Als Folge könnten die Patienten ungenügend beraten werden, wie sie ihre Gesundheitskonti einsetzen sollten. Ratschläge werden in der Regel nicht absichtlich falsch oder verzerrt gegeben. Ärzte wollen zwar ihren Terminkalender füllen, doch ohne aufschlussreiche Ergebnisinformation herrscht auch hier der Glaube, dass mehr Behandlungen eine bessere Versorgung bringen würden.

Mit anderen Worten: Die Reihenfolge der Reformschritte ist zentral. Die Einführung von Gesundheitssparkonten setzt bessere Informationen und den Beginn einer Neuausrichtung auf die Behandlungszyklen voraus. Damit wird die Voraussetzung erfüllt, dass Gesundheitskonten die Eigenverantwortung des Patienten erhöhen, statt ihm Mehrkosten aufzubürden und den Kostenanstieg längerfristig anzutreiben.

4.2 Herausforderungen für Reformen

Der Schlüssel einer Gesundheitsreform ist der Wettbewerb auf der richtigen Ebene zum Nutzen der Schweizer Wohnbevölkerung. Heute hingegen dominiert ein dysfunktionaler Wettbewerb auf zwei Ebenen. Einerseits wird die Gesundheitsversorgung auf einer zu hohen Ebene betrachtet, als ob es eine einzige Dienstleistung wäre. Sie sollte jedoch als eine Reihe unterschiedlicher Leistungen, die vom individuellen Gesundheitszustand der Patienten abhängig sind, betrachtet werden. Andererseits ist das Gesundheitswesen in eine Vielzahl von Untersuchungen und Behandlungsmethoden fragmentiert. Dies trifft gemäss KVG sogar auf die Evaluation von Präventionsleistungen, Arzneimitteln und Laboranalysen zu. Der Blick muss sich neu auf die Diagnoseebene und den Behandlungszyklus richten, das heisst auf die für den Patientennutzen relevante Ebene. Die folgenden Reformhindernisse im Schweizer Gesundheitssystem erschweren dieses Ziel.

4.2.1 Nicht überprüfte Annahme der hohen Leistungsqualität

Reformen setzen Motivation und Durchsetzungsvermögen voraus. Diese Merkmale werden in der Schweiz durch die weit verbreitete und bequeme Annahme gedämpft, die Schweizer Gesundheitsversorgung sei praktisch überall qualitativ hoch stehend. Damit

wird die Zufriedenheit der Bevölkerung mit ihrem Gesundheitssystem zum Reformhindernis. Eine generelle Akzeptanz des Status quo steht dem Wandel im Wege. Zwar ist die Zufriedenheit mit Krankenversicherern geringer, doch auch dieses schlechtere Resultat wird die Einführung der Ergebnismessung nicht auslösen. Solange für die Versicherten die Prämienhöhe und nicht der Patientennutzen das Problem ist, werden sie kaum Reformen verlangen, die das fundamentale Problem der Nutzenorientierung thematisieren.

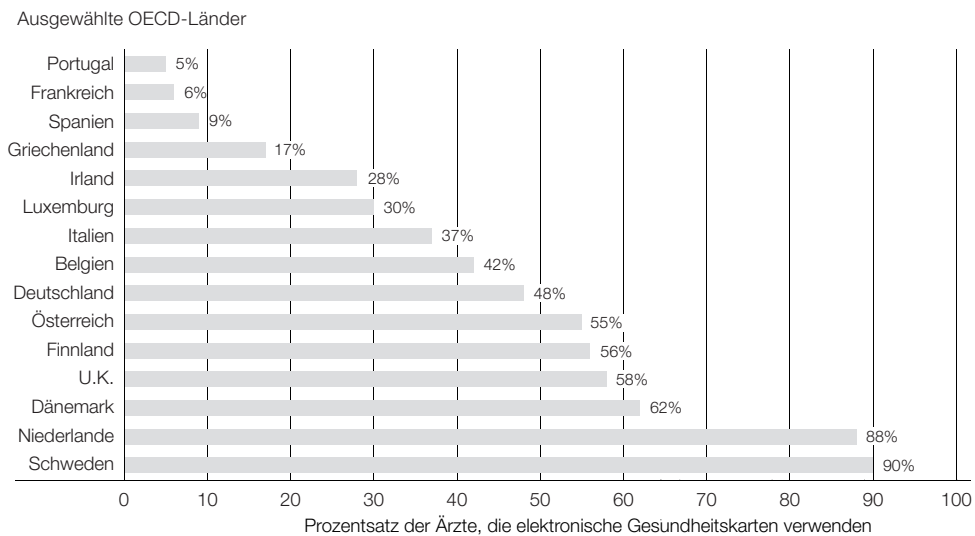
Bisher wurden Behandlungsergebnisse weder breit erhoben, noch kommuniziert oder diskutiert. Dies ist namentlich auf Diagnoseebene der Fall. Der Mangel an Ergebnismessungen nach Diagnosen und Ärzteteams behindert den Erkenntnisgewinn über Verbesserungsmöglichkeiten. Dieser Informationsmangel behindert auch die ärztliche Beratung, die Therapiewahl und die Überweisung. De facto überweisen Ärzte ihre Patienten vor allem Leistungserbringern in der Nähe oder solchen mit sehr gutem Ruf. Dabei stellt sich aber die Frage, welche Kriterien den Ruf bestimmen. Erst risikobereinigte Ergebnismessungen bringen hier Klärung.

Ergebnismessungen wirken auf viele Gesundheitsfachleute bedrohlich: Sie befürchten ein durchschnittliches oder gar schlechteres Resultat. Oder sie fürchten nicht repräsentative und ungenügend risikobereinigte Messungen. Zudem haben sie Angst, dass Ergebnismessungen zu unliebsamen Veränderungen führen könnten. Solche Reaktionen sind nicht ungewöhnlich. Man begegnet ihnen am besten mit sauberen und transparenten Prozessen für die Entwicklung, Überprüfung und Einführung der Ergebnismessung. Zentral ist die risikobereinigte, multidimensionale und krankheitsspezifische Messung der Ergebnisse, die vor der Veröffentlichung angemessen getestet und verbessert werden muss. Die Anliegen der Leistungserbringer sind ernst zu nehmen, doch sie dürfen den mit der Ergebnismessung erzielbaren Fortschritt nicht blockieren. Kein Leistungserbringer oder Ärzteteam wird überall grossartige Ergebnisse erzielen. Doch nur wenn die eigenen Stärken bekannt sind, können Patienten besser behandelt und nachhaltige Verbesserungen erreicht werden.

4.2.2 Das Fehlen elektronischer Gesundheitsdossiers

Aus der Sicht der Patienten könnte auch das Fehlen integrierter, elektronischer Gesundheitsdossiers ein Reformhindernis sein. Zwar beschloss der Bundesrat kürzlich die Einführung einer Patientenkarte. Doch diese beschränkt sich auf administrative Verbesserungen für eine raschere und effizientere Abrechnung. Diese Verbesserungen sind zwar gut, fördern aber keine grundsätzliche Reform. Anders verhält es sich mit persönlichen elektronischen Gesundheitsdossiers: Sie ermöglichen die Verbesserung der Patientengesundheit und die Integration der Behandlung über den ganzen Zyklus hinweg. Wie Abbildung 13 zeigt, variiert der Einsatz von elektronischen Gesundheitskarten in Europa stark. In Ländern wie Grossbritannien, Finnland und Schweden ist der Staat für Gesundheitsdossiers verantwortlich. In der Schweiz wurde das elektronische Gesundheitsdossier zwar vertieft diskutiert, doch aus Gründen des Datenschutzes und der Datensicherheit beschränkte der Gesetzgeber den Anwendungsbereich auf die Abrechnung von Gesundheitsleistungen (OECD und WHO 2006, 135). Der Auftrag zur Gewährleistung eines hohen Qualitätsniveaus in der Gesundheitsversorgung und die

Abbildung 13 | **Allgemeinärzte in Europa, die elektronische Gesundheitskarten verwenden**



Quelle: Taylor und Leitman (2002).

WZW-Kriterien könnten hier eine gesetzliche Basis für die Einführung elektronischer Gesundheitsdossiers und finanzielle Anreize für ihre Verbreitung bieten.

Elektronische Gesundheitsdossiers ermöglichen es, die Fehlerquote zu senken und auf effiziente Weise Ergebnisdaten zu erheben, und so nutzensteigernde Innovationen in der Gesundheitsversorgung auszulösen. Die U.S. Veterans Health Administration konnte die Fehlerquote dank elektronischer Verschreibung von Arzneimitteln und computergestützter Überprüfung der Medikamenteninteraktionen praktisch eliminieren. Elektronische Gesundheitsdossiers erleichtern Innovationen wie die Fernbegleitung von Patienten anhand medizinischer Parameter wie Gewicht, Blutdruck und Blutzucker, Peak-Flow-Messungen des Ausatemungsvolumens, die Überwachung von Therapiebefolgung und -erfolgen sowie die Warnung des Arztes bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustands. Gerade bei chronisch Kranken können solche Daten das Disease Management verbessern. Auf dem KVG basierende finanzielle Anreize für eine solche nutzenorientierte Informationstechnologie würden eine rasche Verbreitung des technologischen Fortschritts vereinfachen.

4.2.3 Kantonale Partikularinteressen

Schliesslich sind auch die Partikularinteressen der Kantone ein Reformhindernis. Dem muss aber nicht so sein: Dem Ziel einer nutzenorientierten Verbesserung der Gesundheitsvorsorge werden die kantonalen Gesundheitsdirektoren zustimmen. Andere Faktoren können den Fokus der Zielerreichung aber unterlaufen. Das ist der Fall, wenn

medizinische Ergebnisse weder gemessen noch veröffentlicht werden. Kantonale Gesundheitsdirektoren ebenso wie die Führungsspitzen von Versicherungen und Kliniken müssen auf Ergebnismessungen und deren richtiger Interpretation bestehen. Damit erhalten die Kantone ein Instrument, um die Gesundheit ihrer Wohnbevölkerung zu verbessern. Ein Teil der Behandlungen kann dabei auch ausserkantonale erfolgen. Wichtiger ist aber, dass die Fokussierung auf die Ergebnismessung und den Patientennutzen den Kantonen erlaubt, ihre Standortattraktivität für exzellente, spezifische Gesundheitsdienstleistungen zu erhöhen.

4.3 Ablenkende Faktoren

Einige Reformprojekte können vom Ziel des nutzenorientierten Wettbewerbs und der Förderung von Innovation, Qualität und Wirksamkeit ablenken oder dessen Erreichen verzögern. Diese Gefahr besteht bei der Diskussion über die Vertragsfreiheit, über die kulturellen Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie über die Bedeutung von Kostenausreissern.

Die Krankenversicherungen in der Schweiz fordern die Aufhebung des KONTRAHIERUNGSZWANGS mit Leistungserbringern (OECD und WHO 2006, 153). Damit sollen der Wettbewerb zwischen Leistungserbringern gefördert und die Kosten gesenkt werden. Das klingt vernünftig, wenn das implizite Ziel des Gesundheitssystems die Kosteneindämmung ist, und wenn die unausgesprochene Annahme besteht, dass die Qualität aller Leistungen ungefähr gleich ist. Die Aufhebung der Vertragsfreiheit und die nachfolgende Fokussierung auf Kosten ohne Berücksichtigung der Ergebnisqualität würden hingegen vom Reformpfad zum nutzenorientierten Wettbewerb ablenken. Dieser kann nicht erreicht werden, wenn sich Kontrahierungsentscheide nicht auf öffentlich zugängliche Ergebnisinformationen stützen und den Krankenversicherern eigene Ergebnismessungen verwehrt bleiben, weil sie nur über die Hälfte des ICD-Codes verfügen (internationale Krankheitsklassifikation). Anbieter mit erstklassigem Leistungsanspruch sollen ihre Leistungen zu tieferen Preisen anbieten können, da sie dank höherer Effizienz erfolgreicher sind. Dieser Ansatz unterscheidet sich aber von der laufenden Diskussion um die Aufhebung der Vertragsfreiheit.

Kurzfristig fördert die Aufhebung der Vertragsfreiheit den Nullsummenwettbewerb und die Kostenverlagerung. Das ist eine natürliche Folge, wenn nur der Preis einer Leistung bekannt ist. Damit wird zwar ein starker Anreiz zur Kostendämmung geschaffen. Doch auch wenn kein Anbieter sein Qualitätsniveau absichtlich senkt, besteht das Risiko, dass dies schrittweise geschieht. Die einzelnen Schritte mögen allein betrachtet unbedeutend erscheinen, aufsummiert können sie aber dramatische Auswirkungen haben. Die Versicherer können aufgrund ihrer starken Verhandlungsposition die Vergütung der Leistungserbringer unabhängig vom Patientennutzen senken. Den Versicherten fehlen die notwendigen Informationen, um sich den Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung zu sichern. Die Schweiz sollte dieses in den USA erlebte Szenario verhindern.

Ausserdem lenkt die Diskussion über kulturelle Unterschiede bei der Nutzung des Gesundheitssystems von Reformschritten ab. In der französisch- und italienischsprachigen Schweiz werden Ärzte beispielsweise häufiger konsultiert als in der Deutschschweiz (European Observatory on Health Care Systems 2000, 35). Ohne Ergebnismessungen lenkt die Konzentration auf diese kulturellen Unterschiede von der Reformagenda ab. Erst mit der Messung von Behandlungsergebnissen liegt eine faktische Grundlage für die Beantwortung von Fragen zur Unter- oder Überversorgung vor. Dann werden solche Fragen notwendig, um für alle Patienten relevante Erkenntnisse über den Nutzen von Behandlungen zu ermöglichen. Durch Ergebnismessungen wird auch eine grosse Datenmenge zu kulturellen Differenzen verfügbar, die verglichen und berücksichtigt werden müssen. Solche Daten können Ärzte unterstützen, wenn sie die optimale Anzahl und Frequenz von Konsultationen für chronisch Kranke festlegen. Oder sie nützen bei der Prüfung von Alternativen zu regelmässigen Praxisbesuchen beim behandelnden Arzt und verbessern die Kommunikation zwischen Patienten und der spezialisierten Gesundheitspflege im Disease Management. Die Daten können auch helfen, fixe Arzttermine durch telemedizinische Betreuung und Konsultation auf Basis individueller Patientendaten wie Blutzucker, Blutdruck und Gewicht abzulösen. Ohne Ergebnisdaten macht es wenig Sinn, kulturelle Differenzen willkürlich standardisieren zu wollen.

Schliesslich lenkt auch die Fokussierung auf Kostenausreisser von wirklichen Reformen ab. Mehrere Befragte erwähnten die weit verbreitete Ansicht, dass die Schweizer Bevölkerung das Gesundheitssystem zu stark in Anspruch nehme. Anekdoten berichten von Fällen wie dem einer Frau in Genf, die innerhalb eines Jahres mehr als 100 Ärzte konsultierte, oder von älteren Menschen, die den Arzt nur für ein Gespräch aufsuchen, und von Versicherten, die sich wegen der hohen Prämien ein Schmerzmittel vom Arzt verschreiben und es sich dann von der Krankenversicherung bezahlen lassen, statt es rezeptfrei in der Apotheke zu kaufen. Diese Anekdoten mögen stimmen, doch es sind vermutlich eher Einzelfälle. In jedem Gesundheitssystem gibt es Patienten, die das System übermässig strapazieren oder zu wenig beanspruchen. Für Ärzte ist hier die übermässige Nutzung wichtiger, da diese Patienten ihre Zeit in Anspruch nehmen. Es gibt aber auch viele Patienten, die Screening-Tests oder empfohlene Präventivbehandlungen nicht beanspruchen, ärztliche Ernährungs- oder Bewegungsempfehlungen nicht einhalten und anschliessend den Arztbesuch meiden oder die trotz monatelanger Symptome erst im fortgeschrittenen Krankheitsstadium zum Arzt gehen. So treiben Versicherte, die das System unterbeanspruchen, die Kosten ebenfalls in die Höhe. Bis klar ist, dass ein bestimmtes Verhaltensmuster signifikante Kosten verursacht, sollten sich Reformen auf die Verbesserung des gesamten Systems konzentrieren und nicht auf die Verhinderung von Kostenausreissern.

5 Empfehlungen

Der gute Zugang zum Gesundheitssystem und der breite Leistungskatalog des Schweizer Gesundheitssystems bilden eine ausgezeichnete Reformgrundlage. Die Leistungsdeckung ist grosszügig, es gibt keine Rationierung und es herrscht ein breiter Konsens darüber, dass Qualität zählt. Das Krankenkassenobligatorium senkt die Kosten. Dank der grosszügigen Leistungsdeckung werden Innovationen nicht gebremst, weil Leistungen, zu denen noch kein einheitliches Urteil besteht, ausgeschlossen werden. Ein guter Zugang zur Versorgung ermöglicht eine rasche und wirksame Behandlung. Das alles senkt Kosten, verbessert die Ergebnisse über den ganzen Behandlungszyklus hinweg und fördert die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem. Trotzdem: Steigende Kosten, demografische Veränderungen und die zunehmende Einsicht über bestehende Fehlanreize sind unmissverständliche Zeichen dafür, dass Reformbedarf besteht. Der Konsens, was die Qualität betrifft, ist ein Zeichen dafür, dass die Verbesserung des Patientennutzens als das gemeinsame Ziel aller im Gesundheitswesen tätigen Akteure gilt. Die Fokussierung auf dieses Ziel ermöglicht eine gemeinsame Ausrichtung unterschiedlicher Interessen.

Basierend auf der Beurteilung des Gesundheitswesens können die folgenden Empfehlungen abgeleitet werden. Sie beziehen sich auf die wichtigsten Massnahmen für eine Neuorientierung des Schweizer Gesundheitssystems in Richtung eines **NUTZENORIENTERTEN WETTBEWERBS**.

Die Empfehlungen gehen davon aus, dass eine Reform verschiedene – kurzfristige, mittelfristige, langfristige – Phasen durchläuft. Der nutzenorientierte Wettbewerb im Gesundheitssystem wird durch einen schrittweisen Umbau erreicht; weder ein «big bang» noch ein gross angelegtes Regierungsprogramm sind notwendig. Auch scheinbar kleine Schritte können grosse Veränderungen bewirken und damit die Motivation für weitere Verbesserungen schaffen. Natürlich führen einige Massnahmen schneller zu Fortschritten als andere. Ferner beeinflusst auch die Reihenfolge der Reformschritte das Reformtempo.

Alle Akteure im Schweizer Gesundheitswesen können Veränderungen vornehmen, die das System in Richtung eines nutzenorientierten Wettbewerbs bringen. Wer sich zuerst verändert, wird am stärksten von den folgenden Veränderungen profitieren – vorausgesetzt, das Gesundheitssystem entwickelt sich ergebnisorientiert und patientenzentriert.

Empfehlung 1: Die Stärken des heutigen Systems sollen beibehalten werden.

Sie bilden eine gute Reformgrundlage. Dazu gehören der einheitliche und grosszügige Leistungskatalog und die Versicherungspflicht in der Krankenkasse mit Kopfprämie und Prämienverbilligung.

- **Der gesetzliche Auftrag für eine hohe Qualität der Gesundheitsdienstleistungen:** Die Schweiz kann auf ihr gesetzlich und kulturell verankertes Bekenntnis zu Qualität aufbauen, indem sie die Gesundheitsversorgung in Richtung Patientennutzen umbaut.
- **Einheitlicher und grosszügiger Leistungskatalog:** Der einheitliche Leistungskatalog in der Grundversicherung begrenzt die Kostenverlagerung; seine Breite gewährleistet der ganzen Bevölkerung den Zugang zur Gesundheitsversorgung und fördert Innovationen.
- **Das Versicherungsobligatorium für die gesamte Wohnbevölkerung mit Kopfprämien und Prämienverbilligungen für einkommensschwache Personen:** Das Versicherungsobligatorium sichert Gerechtigkeit und Effizienz beim Zugang zur Gesundheitsversorgung; dies ist eine notwendige (aber nicht hinreichende) Grundlage für eine nutzenorientierte Versorgung.
- **Ein System mit mehreren Versicherern:** Mehrere Versicherungen verhindern nicht nur die Nachteile einer Einheitskasse. Der Wettbewerb unter den Versicherungen nützt auch im Sinne einer Verbesserung der Gesundheit ihrer Mitglieder. Diese Rolle würde Versicherungen zum Reformmotor für die Verbesserung des Gesundheitszustands der ganzen Wohnbevölkerung machen.
- **Freie Arztwahl:** Die freie Arztwahl kann zu einer Verbesserung des Patientennutzens führen. Die Verbesserungen sind allerdings viel markanter, wenn die Ergebnismessung nach Ärzteteams, Diagnosen und Behandlungsarten erfolgt und die Kantons Grenzen zu Gunsten der Wahlfreiheit fallen.

Empfehlung 2: Die Messung und die Veröffentlichung risikobereinigter Ergebnisse nach ärztlichen Teams und Diagnosen haben für alle Beteiligten oberste Reformpriorität.

Die risikobereinigte Messung der Qualität medizinischer Ergebnisse ist der stärkste und tief greifendste Katalysator für eine grundlegende Reform. Dadurch können über die ganze Gesundheitsversorgung hinweg markante Verbesserungen mit weit reichender Wirkung erzielt werden. So lassen sich Fehlanreize korrigieren und Entscheide auf reale und verifizierbare Daten statt auf vage Eindrücke und Mutmassungen stützen. Damit wird verhindert, dass Veränderungen ohne Ergebnismessung, aber mit immensen Aufwand stattfinden, welche die Kosten in die Höhe treiben und die Qualität untergraben. Das Berufsziel von Ärzten, Pflegepersonal und Therapeuten ist die Verbesserung der Gesundheit ihrer Patienten. Behandlungsmessungen werden die berufliche Zufriedenheit der im Gesundheitssektor tätigen Personen fördern und gleichzeitig Anreize für eine weitere Steigerung des Patientennutzens schaffen. Die breite Verfügbarkeit der risikobereinigten Ergebnisdaten hat oberste Reformpriorität, sodass ein nutzenorientierter Wettbewerb überhaupt möglich wird. Das ist eine grosse Aufgabe. Um sie zu lösen, müssen Leistungserbringer und Gesundheitsexperten zusammenarbeiten und die in der Schweiz, im Ausland und von internationalen Ärztesellschaften geleisteten Vorarbeiten konstruktiv nutzen.

Die Entwicklung und die Kommunikation von Ergebnisdaten sollen in Phasen erfolgen. In der ersten und wichtigsten Phase haben Ärzteteams die Messparameter zu bestimmen, die Ergebnisse zu dokumentieren und nach Diagnosen zu analysieren. Die ersten Datenerhebungen und Resultate müssen genau geprüft und die Messmethoden bzw. gemessenen Indikatoren optimiert werden.

In der zweiten Phase sind die Ergebnisdaten nach einer vorher angekündigten Zeitspanne, von beispielsweise einem Jahr, schweizweit allen Leistungserbringern öffentlich zugänglich zu machen. Die Daten sollen wenn möglich nach Ärzteteams aufgeschlüsselt werden. Die Transparenz erlaubt es den einzelnen Ärzten und Ärzteteams, gute Leistungserbringer zu identifizieren und sich mit diesen zu vergleichen. Selbstredend wehren sich Ärzte und Ärzteteams gegen die Forderung, Ergebnisdaten mit Namen der behandelnden Ärzte und Ärzteteams zu veröffentlichen. Sie befürchten für Leistungen, die sie nicht vollständig kontrollieren können, zur Rechenschaft gezogen zu werden. Deshalb stiess auch die Überprüfung der Einhaltung von Behandlungsvorschriften auf weniger Widerstand. Erstens können Leistungserbringer ihre Einhaltung sicherstellen, und zweitens verschleiern Prozessmessungen real bestehende Unterschiede der zentralen Messgrösse «Ergebnisqualität». Dennoch sind Ergebnisse das Einzige, was wirklich zählt.

Mit ihren Ergebnissen konfrontiert, werden Ärzte versuchen, die Ergebnisqualität zu verbessern. Sie werden Prozessverbesserungen einleiten oder die Versorgung umorganisieren. So haben Ärzte etwa ihre Arbeitsabläufe bereits angepasst, noch während vom Verein Outcome die Treffsicherheit von Diagnosen in Notfalldiensten untersucht und die Studienresultate bekannt wurden. Ein weiteres Beispiel ist die Neuorganisation der Behandlung von Patienten mit Magen-Darm-Erkrankungen in Schweden. Dort wurden Wartezeiten für Arztkonsultationen massiv gesenkt (Baron 2007, 6). Sobald Ärzte merken, dass sie nicht alles gut machen, werden sie sich in ihrer Arbeit fokussieren: Ärzte in Einzelpraxen werden vermehrt Patienten mit Krankheiten annehmen, die sie gut kennen, und andere Fälle an Kollegen mit besseren Ergebnissen überweisen. Der strategische Entscheid, welche Leistungen der Arzt anbieten soll, ist auch ein Entscheid darüber, was man *nicht* anbietet. Ärzteteams mit Schwächen in bestimmten Behandlungsgebieten richten sich mehr auf Gebiete aus, in denen sie bereits relevante Erfahrungen erworben haben. Auch Spitäler werden ihre angebotenen Leistungen anpassen oder überprüfen, mit welchen Belegärzten sie zusammenarbeiten. Das Resultat der strategischen Überprüfung ist eine Neuverteilung bei der Leistungserbringung, ohne dabei Spitäler oder Ärzte radikal vom Markt auszuschliessen. Davon profitieren Patienten und Ärzte, denn die strategische Überprüfung führt zu besseren Resultaten. Ärzte sollen Patienten nur behandeln, wenn sie eine gute Leistung anbieten können. Die richtige Zuweisung ist somit ein wichtiger Teil eines Prozesses, mit dem veröffentlichte Ergebnisdaten die Gesundheit von Patienten verbessern.

In der dritten Phase sind die Ergebnismessungen in einfach verständlicher Form öffentlich zugänglich zu machen. Sind die Daten geprüft und konnten die Ärzte auf die Resultate reagieren, sollen die Ergebnisse veröffentlicht werden. Damit lassen sich Verbesserungen dokumentieren und jene Leistungserbringer identifizieren, die sich ver-

bessern. Selbst bei klaren und eindeutigen Ergebnissen werden Patienten und Ärzte aber Hilfe brauchen, um die Daten zu verstehen. Ein Bedürfnis nach Interpretation und Beratung ist daher absehbar.

Die zeitlich gestaffelte Veröffentlichung der Daten ermöglicht dem Leistungserbringer, notwendige Veränderungen einzuleiten, um sich zu verbessern. Wichtig ist, dass Ergebnisdaten nicht zur Überwachung oder als Rangliste, sondern als Katalysator für Verbesserungen dienen. Um diese positive Art von Wissenstransfer zu ermöglichen, sollte die Interpretation von Ergebnisdaten und ihrer Vergleiche auf einer Kultur des Gesundheitswesens als lernende Organisation statt auf individueller Blossstellungen aufbauen. Die Verbindung von einzelnen Ergebnisdaten (Ärzteteams) mit aggregierten Daten (Regionen) kann in der Ärzteschaft den kooperativen Erkenntnisaustausch fördern. Ärzte einer Stadt oder eines Kantons können zusammenarbeiten, um ihre Behandlungsergebnisse im nationalen oder internationalen Vergleich zu optimieren. Damit bleibt der Fokus auf die Verbesserung des Patientennutzens bestehen.

An einem nutzenorientierten Wettbewerb können sich alle beteiligen. Auch Arzneimittel- und Gerätehersteller können über den gesamten Behandlungszyklus hinweg konkurrieren. Liegen keine risikobereinigten Ergebnismessungen vor, stagnieren Innovationen. Stehen allein die Kosten im Vordergrund, besteht für die Hersteller ein Anreiz, die Lebensdauer ihrer Produkte künstlich zu verlängern und höhere Preise mit unbelegten Behauptungen zu rechtfertigen, statt Mittel in die Entwicklung nutzensteigernder Produkte zu investieren. Neue Behandlungen und Technologien sind folglich auf der Basis ihrer medizinischen Ergebnisse und ihrer Kosten zu bewerten. Erfolge Messungen nach Diagnosen und über den ganzen Behandlungszyklus hinweg, lassen sich weitere Reformen leichter bewerkstelligen.

Empfehlung 3: Der Bund soll Ergebnismessungen aktiv unterstützen.

Das KVG überträgt auch die Verantwortung zur Gewährleistung einer qualitativ hoch stehenden Gesundheitsversorgung dem Bund. Zu dieser Verantwortung zählt, geeignete risikobereinigte Ergebnismessungen für eine breite Palette an Diagnosen zu veranlassen. Die Messungen muss der Bund nicht selbst entwickeln; sie zu fordern und finanziell zu fördern, genügt.

In den meisten Ländern sind noch keine Ergebnismessungen eingeführt worden. Der Verein Outcome hat in der Schweiz beeindruckende Vorarbeit geleistet, um diagnose-spezifische Ergebnisse zu erheben und diese gemeinsam mit den Leistungserbringern zu vergleichen und zu interpretieren (Aellig und Osswald 2006). Erhoben wurden Daten in öffentlichen und privaten Spitälern verschiedener Kantone. Der ergebnisorientierte und diagnosespezifische Ansatz von Outcome könnte schweizweit angewandt werden. Einige Leistungserbringer schrecken allerdings die Kosten für die Ergebnismessungen und Datenerhebung ab (Kohler 2006). Der Bund könnte helfen, diese Kosten zu decken. Ist der Widerstand kulturell oder politisch nicht zu gross, ist die Schaffung einer selbstständigen, politisch unabhängigen, nicht gewinnorientierten, aber mit Bundesgeldern finanzierten Organisation zu empfehlen, welche die Entwicklung und Umsetzung der Ergebnismessungen leitet und überwacht.

Die Durchführung der Ergebnismessungen muss nicht durch eine einzige Organisation erfolgen, im Gegenteil: Zurzeit bieten neben dem Verein Outcome auch das Bundesamt für Statistik und das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) Plattformen für das Lernen aus Vergleichsdaten. Da verschiedene Diagnosen auch unterschiedliche Ergebnismessungen erfordern, könnten sich mehrere Organisationen auf die Durchführung von Messungen spezialisieren. Eine unabhängige Organisation wie das Obsan könnte als Koordinationsstelle wirken, den Überblick über die beteiligten Organisationen herstellen und als Plattform für den Erkenntnisaustausch dienen.

Empfehlung 4: Spitäler und Ärzteteams sollen die Versorgung nach Diagnosen und über den ganzen Behandlungszyklus hinweg organisieren.

Die Gesundheitsversorgung ist in der Schweiz, wie fast überall, nach aus ärztlicher Sicht relevanten medizinischen Spezialgebieten organisiert – statt nach den für Patienten entscheidenden Diagnosen. Die heutige Struktur behindert die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung. In einer fragmentierten Gesundheitsversorgung werden effektive Behandlungsansätze kaum erkannt. Die fehlende Integration über den gesamten Behandlungszyklus hinweg verringert die Behandlungseffizienz, behindert Lerneffekte und hemmt die Verbesserung der medizinischen Ergebnisse. Anders bei einer integrierten Gesundheitsversorgung: Die Neuorientierung von Ärzteteams als integrierte Arztpraxen und Behandlungszentren würde den Patientennutzen markant steigern.

Integrierte Arztpraxen und Behandlungszentren bieten den vollen Umfang an medizinischem Fachwissen, technischen Fähigkeiten und Zusatzdienstleistungen, die für die Behandlung eines Krankheitsbildes nötig sind. Die Behandlungskette für chronische Nierenkrankheiten ist ein Beispiel dafür, welche Dienstleistungen und Aktivitäten im Behandlungszyklus notwendig sind (s. Abb. 14). Werden Ergebnismessungen mit einer solchen Neuorganisation der Gesundheitsversorgung kombiniert, können Leistungserbringer die Vorteile der besseren Zusammenarbeit ausspielen und Lerneffekte aufzeigen. Private oder öffentliche Spitäler, welche die Entwicklung integrierter Behandlungseinheiten vorantreiben, können sich im Markt differenzieren. Die Kantone könnten diese Neuorganisation der Gesundheitsversorgung beschleunigen, indem sie die Ergebnismessung beispielsweise nach einer Übergangszeit von zwei bis drei Jahren als Voraussetzung für die Vergabe von Leistungsverträgen definieren.

Auch der Bund kann diesen Strukturwandel in der Gesundheitsversorgung unterstützen. Stationäre Leistungen werden zurzeit als Einzelleistungen und Tagespauschalen vergütet. Das schafft Anreize für mehr Behandlungen und längere Spitalaufenthalte, aber nicht zwingend für eine bessere Behandlung. Der Wechsel zu Fallpauschalen («eine Rechnung pro Diagnose») ist ein Schritt in die richtige Richtung, ändert aber nichts an der unkoordinierten und fragmentierten Behandlung. Vergütungen für den gesamten Behandlungszyklus oder bei chronisch Kranken für Behandlungsabschnitte würden die Integration der Behandlung deutlich fördern. Fehlanreize werden durch die separate Verrechnung von stationären, ambulanten und Reha-Leistungen geschaffen, was zu Kostenverlagerungen zwischen diesen Behandlungsarten führt, ohne das Gesamtergebnis zu verbessern. Da der Wechsel zu DRGs noch nicht vollzogen ist, werden

Leistungserbringer die Vorteile einer Abrechnung über den ganzen Behandlungszyklus hinweg erst darlegen müssen, wenn die Tarifpolitik weiter optimiert werden kann.

Die Neuorganisation der Leistungserbringer in integrierte Arztpraxen und Behandlungszentren, die sich auf Diagnosen konzentrieren, ist eine wichtige Prozessinnovation zur Steigerung des Patientennutzens. Weisen die veröffentlichten Ergebnisdaten Synergien, Effizienzgewinne und Qualitätssprünge aus, wird ein Anreiz zu ähnlichen Strukturanpassungen für andere Ärzte geschaffen. Nutzenorientierter Wettbewerb wird kombiniert mit Ergebnismessungen und dem Wissen, sich mit nationalen (oder internationalen) Qualitätsstandards messen zu müssen, welche die Entwicklungsdynamik zum nutzenorientierten Wettbewerb verstärken.

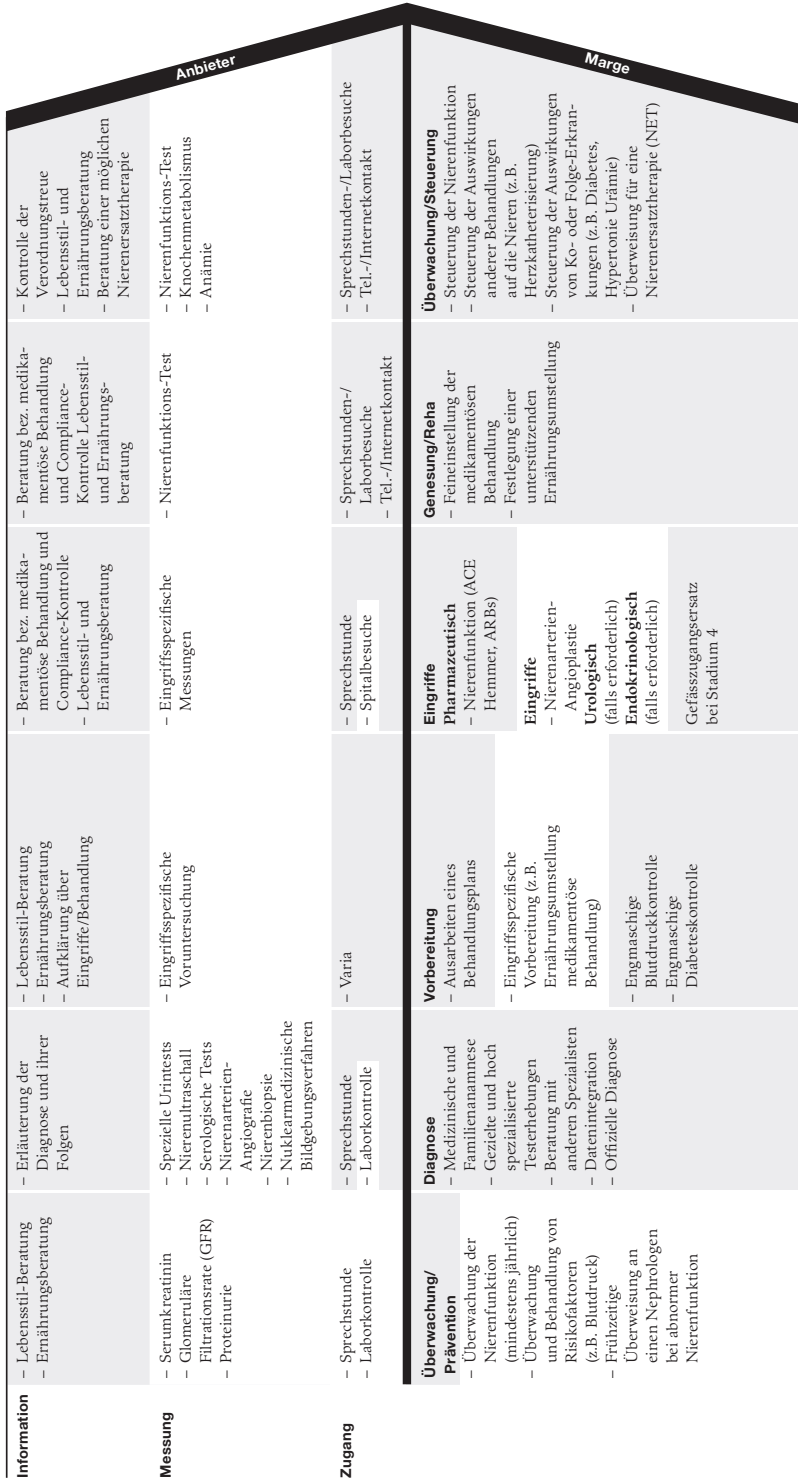
Empfehlung 5: Krankenversicherer sollen in zwei Bereichen miteinander konkurrieren: beim Patientennutzen und bei der Messung der Gesundheit ihrer Mitglieder nach Behandlungsergebnissen.

Auch Krankenkassen sollen Gesundheit wie auch Behandlungsergebnisse für ihre Mitglieder messen. In der Schweiz können die Versicherten ihre Krankenversicherung frei wählen. Über die private Website von Comparis können sich Konsumenten über verschiedene Versicherungsmodelle, Prämien und Selbstbehalte der verschiedenen Anbieter informieren (Comparis 2007a). In der Literatur nennt man das Schweizer System zuweilen als Beispiel für eine konsumentenorientierte Gesundheitsversorgung und führt die hohe Leistungsqualität auf diese Ausrichtung zurück (Herzlinger und Parsa-Parsi 2004). Allerdings wird dabei die Qualität nicht definiert; sie wird angenommen, nicht aber nachgewiesen. Bei Managed-Care-Modellen sind der Preis und die Beschränkung der Wahlfreiheit die einzigen Faktoren, durch die sich Versicherungsprodukte voneinander unterscheiden, weil das KVG den Versicherungen eine Differenzierung über den Leistungskatalog untersagt (Civitas 2002). Dies bietet Anreiz zu Kostenverlagerungen und dem Nullsummen-Wettbewerb. Denn die Versicherungen profitieren von der Risikoselektion und haben kaum Möglichkeiten, den Gesundheitszustand ihrer Patienten gezielt zu verbessern.

In der Schweiz können die Versicherten die Krankenversicherung zweimal pro Jahr wechseln (OECD und WHO 2006, 36). Für die Krankenversicherer ist die Quote derjenigen Versicherten, die ihre Versicherung wechseln, hoch (Bitterli und Vautravers 2006). Wegen des häufigen Krankenkassenwechsels zahlt sich für die Kassen die Prävention oder die allgemeine Gesundheitsförderung nicht aus. Folglich konzentrieren sich Versicherungen tendenziell auf ihre Rolle als Zahlstelle und konkurrieren sich über den Preis. Damit sind sie jedoch eher Finanz- als gesundheitsfördernde Unternehmen. Die Ergebnismessung auf Seiten der Leistungserbringer könnte daran etwas ändern, weil Versicherer ihren Mitgliedern Aufklärungs- und Beratungsdienste anbieten können. Ergebnismessungen für Leistungserbringer verringern auch die Notwendigkeit, die Vertragsfreiheit einzuführen. Diese Feststellung mag erstaunen. Mit Ergebnisdaten und entsprechender Unterstützung kann jedoch die richtige Wahl des Leistungserbringers zusammen mit oder durch den Patienten statt über eine Beschränkung der Wahlfreiheit durch selektive Verträge erfolgen.

Abbildung 14 | Die Wertkette in der Gesundheitsversorgung: Chronische Nierenkrankheit

■ Nephrologie □ Andere Dienstleister



Quelle: Porter und Teisberg (2006).

Wenn die Krankenversicherer ihren Erfolg zusätzlich am risikobereinigten Gesundheitszustand ihrer Mitglieder messen können, stehen sie auch über die Verbesserung des Gesundheitszustands ihrer Mitglieder im Wettbewerb. Zwar ist es den Krankenkassen gesetzlich nicht gestattet, für die Qualität oder Leistung ihrer obligatorischen Grundversicherung Werbung zu machen. Der Bund könnte aber aggregierte Informationen – nach Krankenkassen und Diagnosen gegliedert – über die Gesundheit der Versicherten veröffentlichen. Damit wäre die Öffentlichkeit informiert, und den Versicherungen wären Leistungsanreize gegeben.

Das Interesse der Versicherer an der Gesundheit ihrer Versicherten würde auch durch die Zulassung von Mehrjahresverträgen unterstützt, sofern sie die Behandlungsergebnisse ihrer Mitglieder zu messen beginnen. Das einzige mehrjährige Versicherungsmodell ist heute die Bonusversicherung. Hier sinken Prämien für die Versicherten, die keine Leistungen beanspruchen. Auch hier wird allerdings ein falscher Anreiz gesetzt: Um kurzfristig Kosten zu sparen, werden sich Patienten bei der Prävention beschränken. Das führt dazu, dass die Kosten meist später und sogar noch höher ausfallen. Anders verhält es sich bei Mehrjahresverträgen ohne falsche Anreizoptionen. Hier können echte Gesundheitsverbesserungen geschaffen werden. Eine mehrjährige Bindung zwischen Versicherer und Versicherten schafft gemeinsame Interessen bei der Prävention, bei frühen Diagnosen und dem Disease Management bei chronischen Leiden. Die Versicherten profitieren von einem besseren Gesundheitszustand und die Versicherungen von nachhaltig tieferen Kosten, weil ihre Kundschaft gesünder ist. Mit einer Anpassung des KVG sollte es Krankenversicherern gestattet werden, den Gesundheitszustand und die Behandlungsergebnisse ihrer Mitglieder zu messen und ihnen Mehrjahresverträge anzubieten.

Des Weiteren sollte es Versicherten auch gesetzlich ermöglicht werden, Mehrjahresverträge bei Versicherern abzuschliessen, die an bestimmte Gesundheitsziele in Bezug auf Rauchen, Übergewicht oder Bluthochdruck geknüpft sind und dafür mit sinkenden Prämien oder Franchisen belohnt werden. Ein solches Versicherungsmodell unterscheidet sich grundlegend von der heutigen Bonusversicherung, die lediglich die Nichtinanspruchnahme von Leistungen belohnt. Solche Versicherungsmodelle müssen jedoch freiwillig bleiben. Zentrales Ziel ist die Verbesserung der Gesundheit der Versicherten und nicht die Kostenverlagerung. Auch hier bedarf es schliesslich der diagnosespezifischen Messung von Behandlungsergebnissen, um die reale Verbesserung des Gesundheitszustandes zu dokumentieren.

Für Krankenversicherungen führt die Qualitätsverbesserung zur Kostensenkung, namentlich wenn der Gesundheitszustand der Patienten und die Behandlungsergebnisse verbessert werden. Die Erfahrungen mit Disease-Management-Programmen in den USA illustrieren diesen doppelten Nutzen. Am Anfang herrschte die Überzeugung, dass die Kosten für die Versicherer mit Disease-Management-Programmen steigen würden, weil sie generell eher Patienten mit grösseren gesundheitlichen Beschwerden anzögen. Die Daten zeigten aber, dass solche Programme sowohl zur Verbesserung der Gesundheit bei den Versicherten als auch zur Kostensenkung führten (Porter und Teisberg 2006, 253–258).

Die Vorstellung, dass Krankenversicherungen als Gesundheitsorganisationen gemeinsam mit ihren Mitgliedern den Patientennutzen in der Gesundheitsversorgung verbessern, erachten viele als radikal. Der Schutz und die Förderung der öffentlichen Gesundheit werden oft als Grund für Einheitskassen angeführt. Ironischerweise spricht aber gerade das Potenzial bei der Verbesserung der öffentlichen Gesundheit für einen nutzenorientierten Wettbewerb. Versicherungen, die über den Patientennutzen und die Patientengesundheit miteinander im Wettbewerb stehen, können hier bedeutende Verbesserungen bewirken.

Empfehlung 6: Die Eigenverantwortung fördern, nicht die Kostenverlagerung auf die Versicherten.

Die Versicherten sollen sich an der Reform beteiligen, indem sie für ihre Gesundheit Verantwortung übernehmen. Das individuelle Verhalten hat enorme Auswirkungen auf die Gesundheit und die Behandlungsergebnisse. Es ist allerdings Vorsicht geboten: Diskussionen um Eigenverantwortung enden rasch bei der Frage, wer für eine Behandlung zahlen muss und wie die Kosten auf Versicherte überwältigt werden können. Es ist jedoch nicht erwiesen, dass sich Versicherte besser um ihre Gesundheit kümmern, wenn sie für Behandlungen mehr bezahlen müssen. Klar ist hingegen, dass eine höhere finanzielle Belastung für Haushalte mit chronisch Kranken problematisch ist. Finanzielle Anreize zur Förderung eines gesunden Lebensstils müssen deshalb positiv formuliert werden, zum Beispiel mit einer niedrigeren Franchise bei gesundem Lebensstil statt einer höheren Franchise bei Nichterreichen von Gesundheitszielen.

Die Kostenverlagerung ist nicht der einzige Weg, damit Versicherte für ihre Gesundheit und ihre Behandlungen Verantwortung übernehmen. Aufgeklärte und engagierte Patienten befolgen ärztliche Anweisungen häufiger und erzielen bessere Ergebnisse (O'Conner et al. 2004; Bodenheimer et al. 2002; Wennberg und Cooper 1999). Das zeigt, dass bessere Information über den Erfolg von Behandlungen, über Disease Management und Kostentransparenz die Eigenverantwortung wirksam verstärkt. Versicherte zu informieren, eröffnet Krankenversicherungen und Ärzten ausserdem die Möglichkeit, sich gegenüber ihrer Konkurrenz zu differenzieren. Versicherungen, die ihren Mitgliedern eine Gesundheitsberatung anbieten, sie bei der Umstellung auf einen gesunden Lebensstil unterstützen und bei medizinischen Entscheidungen beraten, schaffen eine Grundlage für die Eigenverantwortung der Versicherten. Einen zusätzlichen Beitrag zum eigenverantwortlichen Umgang mit Gesundheit leisten Mehrjahresverträge, deren Prämien oder Jahresfranchisen beim Erreichen bestimmter Gesundheitsziele reduziert werden. Schliesslich fördern öffentliche Kampagnen, wie jene zur Senkung des HIV-Ansteckungsrisikos oder solche von Versicherungen und Ärzten zur Hautkrebs-Prävention, den verantwortungsvollen Umgang mit der eigenen Gesundheit. Kurzum: Bessere Informationen und Anreize für einen gesunden Lebensstil sowie Disease Management und Prävention machen Sinn.

Setzen sich Krankenkassen für die Verbesserung der Gesundheit ihrer Versicherten ein, reorganisieren Ärzte die Gesundheitsversorgung in Form einer auf Krankheitsbilder ausgerichteten Versorgung über einen ganzen Behandlungszyklus, und fördert der Staat die Entwicklung von Ergebnismessungen, verstärkt dies die eigenen Anstren-

gungen der Versicherten automatisch. Diese Eigendynamik des nutzenorientierten Wettbewerbs wird zu einem immer schnelleren Wandel führen.

Empfehlung 7: Die Entwicklung elektronischer Gesundheitsdossiers, die dem Versicherten gehören und von ihm kontrolliert werden.

Das klare Bedürfnis nach besserer Information lenkt die Aufmerksamkeit automatisch auf Verbesserungsmöglichkeiten mit Informations- und Kommunikationstechnologien (ICT; E-Health). Die bloße Aufrüstung neuer Technologien führt jedoch nicht automatisch zu den gewünschten langfristigen Verbesserungen. Liegt die Aufmerksamkeit aber bereits auf der integrierten Versorgung und auf Ergebnismessungen, dann führt der Einsatz von E-Health zu einer enormen Nutzensteigerung für Patienten, Leistungserbringer und Krankenkassen. E-Health erleichtert die Koordination entlang des Behandlungspfads und unterstützt die Analyse von Ergebnisdaten. Der innovative Einsatz von E-Health kann somit die Reform der auf Krankheitsbilder ausgerichteten Gesundheitsversorgung über den Behandlungszyklus vereinfachen.

Interoperable elektronische Gesundheitsdossiers schaffen einen unmittelbaren Nutzen, weil die Integration der Versorgung entlang des Behandlungszyklus leichter erfolgt. Sind alle Daten zur Krankengeschichte eines Patienten Medikation, Röntgenaufnahmen, Behandlungsberichte u. a. in einem elektronischen Dossier zusammengefasst, lassen sich Behandlungen besser koordinieren und Fehler vermeiden. In der Hirslanden Klinik Aarau beispielsweise arbeitet die radioonkologische Abteilung papier- und filmfrei und setzt nur auf E-Health, um alle Angaben und Bilder eines Patienten aufzuzeichnen, zu bearbeiten und weiterzuleiten. Diese Krankengeschichten sind mitsamt den Bildern an jedem Arbeitsplatz abrufbar (Cossmann 2006, 38).

E-Health bietet aber mehr als nur bessere Kommunikationswege für klinische Entscheidungen. Die Patientendossiers in der Veterans Health Administration (VHA) etwa sind in einem Apotheken- und Laborsystem integriert. Ärzte bestellen Medikamente oder Tests, Apotheken führen die Bestellung aus und das Computersystem zeichnet die Bestellung und deren Ausführung in der Krankengeschichte des Patienten auf. Eine systeminterne Software vergleicht neue Rezepte mit früheren Medikationen und Standardrezepten. Mögliche Neben- und Wechselwirkungen oder Fehldosierungen werden erkannt und dem verschreibenden Arzt zur nochmaligen Überprüfung vorgelegt (Department of Veterans Affairs 2006). In der VHA fiel seit der vollständigen Implementierung dieses Systems die Fehlerquote bei Medikationen praktisch auf null. Der Patientennutzen ist hier offensichtlich.

E-Health unterstützt auch die Schulung der Patienten. In einigen Spitälern können Patienten ihre eigenen Dossiers einsehen und sich vom Bett aus relevantes Informationsmaterial beschaffen. Bei einigen Systemen haben die Patienten von zu Hause aus Zugriff auf ihr Dossier. Der Zugang zum eigenen Gesundheitsdossier fördert die Fähigkeit der Patienten, eigenverantwortlich zu handeln.

Allerdings ermöglichen erst gemeinsame Standards und die Sicherung der Interoperabilität die Erhebung und den Vergleich von korrekt anonymisierten Patientendaten.

Prioritär ist somit die Entwicklung gemeinsamer Standards zur Sicherung der Interoperabilität. Mit offen zugänglich gemachten Ergebnisdaten nach Team und Krankheitsbildern können die Ärzteteams ihre erzielten Verbesserungen nachweisen. Die Versicherer können die Ergebnisse auf einer solideren Basis sachgerecht interpretieren, kommunizieren und zur Beratung ihrer Mitglieder einsetzen, womit sie den Patientennutzen steigern. Auch hier zeigt sich, dass die einzelnen Schritte hin zu einem nutzenorientierten System einen Eigenantrieb und eine kumulative Wirkung erzeugen.

Nutzt die Schweiz E-Health nicht nur zu Abrechnungs- und Verwaltungszwecken, sondern als individuell kontrolliertes elektronisches Gesundheitsdossier, ergeben sich neue Möglichkeiten. Statt die gegenwärtige Gesundheitsversorgung mit neuen Informations- und Kommunikationstechnologien auszustatten, ist E-Health zur Unterstützung der integrierten Behandlung über deren ganzen Behandlungsprozess hinweg einzusetzen. Damit treibt Innovation die Verbesserung des Patientennutzens an.

Im Gegensatz zu anderen Ländern haben in der Schweiz Bedenken hinsichtlich Datenschutz und Datensicherheit die Verwendung von elektronischen Gesundheitsdossiers gebremst. Persönliche Gesundheitsdaten sind zu sichern, und die Privatsphäre des Patienten ist zu schützen. Das schliesst aber nicht aus, dass diese Daten für Ergebnismessungen genutzt werden. KVG-konforme finanzielle Anreize könnten die bisher zögerliche Einführung von E-Health fördern und zur Integration der Gesundheitsversorgung beitragen.

Empfehlung 8: Mit Kantonsgrenzen übergreifendem Wettbewerb im Inland internationaler Patienten gewinnen.

Kantonale Grenzen vernebeln den Qualitäts- und Ergebnisvergleich auf nationaler Ebene. Die Ergebnisse national zu vergleichen, wäre sinnvoll. Die Wahlfreiheit von Patienten und zuweisenden Ärzten soll nicht durch kantonale Grenzen behindert werden. Gute Gesundheitsversorgung ist nicht regional begrenzt, weshalb der nutzenorientierte Wettbewerb ortsunabhängig erfolgen muss. Ärzte sollen die medizinischen Ergebnisse schweizweit kennen und Patienten ihre Leistungserbringer auch ausserhalb des Wohnkantons wählen dürfen. Kennen die Patienten die Qualitätsunterschiede und haben sie die schweizweite Wahlfreiheit, werden die Leistungserbringer ihre Qualität landesweit verbessern.

Warum soll dieser Reformschritt nicht sofort stattfinden? Die freie Wahl aufgrund relevanter Information ist heute kaum möglich. Ohne ausreichende Datengrundlage für die Ergebnisvergleiche wäre die sofortige Einführung eines Binnenmarkts unter Spitälern nur beschränkt nutzensteigernd. Der Vergleich bezöge sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt eher auf die Spitäler als auf Krankheitsbilder. Dies wiederum würde die Hotellerieleistungen und das Renommee ins Zentrum rücken. Ironischerweise kann aber gerade der Ruf durch künstlich hohe Preise verbessert werden. Auch wenn hochwertige Gesundheitsleistungen die Kosten der Behandlung einer Krankheit tendenziell senken, kann auf Ebene des einzelnen Spitals ein hoher Preis den Eindruck einer ebenso guten Leistung erwecken. Hier liegt eine der Gefahren von fehlender Information. Nur die aussagekräftige Information verhindert die Preisspirale. Hinzu kommt, dass kaum je-

mand ein vom Wohnort weit entferntes Spital wählen würde, wenn die Leistungen gleich gut wären. Ohne Ergebnismessungen ergibt die Wahlfreiheit zwar einen realen, aber nur beschränkten Nutzen. Erst mit diagnosespezifischen, risikobereinigten Ergebnismessungen verändert sich die Wettbewerbsdynamik und Ärzteteams bzw. integrierte Arztpraxen oder Behandlungseinheiten mit herausragenden Leistungen werden belohnt.

Eine möglichst rasche Ankündigung, den Wettbewerb später – vielleicht in drei bis fünf Jahren – schweizweit einzuführen, bringt jedoch zusätzlichen Nutzen, weil die Zusammenarbeit und der Wettbewerb zwischen den Kantonen angetrieben werden. Mit Blick auf die fallenden Grenzen wird jeder Kanton die Entwicklung guter Dienstleistungen unterstützen. Der Austausch von Erkenntnissen, Best Practices und die Prozessinnovation wird belebt. Ein gutes Abschneiden bei den Ergebnisdaten öffentlicher und privater Spitäler nutzt dem Kanton. Die regionale Zusammenarbeit, die den schweizweiten Wettbewerb fördert, schafft eine positive Dynamik zur Verbesserung des Patientennutzens. Dokumentieren Schweizer Leistungserbringer ihre zunehmende Exzellenz, kann diese Dynamik auch die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern auf nationaler Ebene fördern, um einen Qualitätsvorsprung gegenüber anderen Ländern statt nur unter Kantonen demonstrieren zu können. Intensiver lokaler Wettbewerb stärkt in jeder Wirtschaftsbranche die Standortqualität einer Region oder eines Landes und erleichtert den internationalen Erfolg. Mit der Schaffung einer auf Krankheitsbilder ausgerichteten Gesundheitsversorgung, die der Schweizer Wohnbevölkerung den Vorteil einer kontinuierlichen Nutzensteigerung bringt, kann der Bund eine Grundlage für die internationale Anerkennung hoher Schweizer Qualität im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen legen.

Schluss

Die Schweiz ist in der beneidenswerten Lage, dass ihr Gesundheitssystem noch in keiner tiefen Krise steckt. Doch die gegenwärtige Entwicklung führt weder zur Verbesserung der medizinischen Qualität noch zum Nutzen der Patienten hin. Die Fokussierung auf die Kosten wird diese jedoch längerfristig nicht nur ansteigen lassen, sie wird auch Qualitätsverbesserungen verhindern. Die Trümpfe des Systems – Versicherungsobligatorium, grosszügiger und einheitlicher Leistungskatalog, Kopfprämie mit Prämienverbilligungen für Einkommensschwache, Auftrag zur Qualitätssicherung und Zugang für die ganze Bevölkerung ohne Wartelisten oder Rationierung – bilden eine starke Reformgrundlage. Mit den skizzierten Empfehlungen kann das Schweizer Gesundheitssystem umstrukturiert und die Schweiz zu einem Modell für hervorragende, frei zugängliche und finanzierbare Gesundheitsdienstleistungen werden. Diese Reform wird der Bevölkerung, den Ärzten und Pflegenden wie auch der Wirtschaft zugute kommen.

6 Anhang

6.1 Abbildungen

- Abbildung 1** Pro-Kopf-Gesamtausgaben für Gesundheit und Prävention in ausgewählten OECD-Ländern, 2003
- Abbildung 2** Zunahme der Pro-Kopf-Gesamtausgaben für Gesundheit und Prävention in ausgewählten OECD-Ländern, 1990–2003
- Abbildung 3** KVG-Prämienverbilligungen des Bundes, 1996–2005
- Abbildung 4** Besondere Versicherungsmodelle in der obligatorischen Krankengrundversicherung
- Abbildung 5** Vergleich der Fünfjahres-Überlebensrate in ausgewählten OECD-Ländern, Brustkrebs
- Abbildung 6** Vergleich der Fünfjahres-Überlebensrate in ausgewählten OECD-Ländern, Prostatakrebs
- Abbildung 7** Vergleich der Fünfjahres-Überlebensrate in ausgewählten OECD-Ländern, Darmkrebs
- Abbildung 8** Vergleich der Fünfjahres-Überlebensrate in ausgewählten OECD-Ländern, Lungenkrebs
- Abbildung 9** Ausgewählte Ergebnisse aus dem Projekt «Emerge»: Zeit bis zur Diagnosestellung und bis zur Behandlung der Patienten
- Abbildung 10** Suva Case Team Management
- Abbildung 11** Finanzergebnisse des Migräne-Pilotprojekts in Deutschland
- Abbildung 12** Der Circulus Virtuusus in der Gesundheitsversorgung
- Abbildung 13** Allgemeinärzte in Europa, die elektronische Gesundheitskarten verwenden
- Abbildung 14** Die Wertkette in der Gesundheitsversorgung: Chronische Nierenkrankheit

6.2 Literaturverzeichnis und Bibliografie

Aellig, Sonja; Beat Osswald (11. Dezember 2006), *Interview. Geführt von Christopher Citron und Elizabeth Olmsted Teisberg*. Zürich, Schweiz.

Agence France Presse (11. März 2007), *Swiss Voters Reject Health Insurance Changes*. Paris, Frankreich.

AO Foundation (2007), *AO Foundation*.
www.aofoundation.org/portal/portal/home

Applied Research and Analysis Directorate. Health Policy Research Program (2003), *Request for Proposals (RFP014) for Synthesis Research – Governance Choices and Health Care Quality: A Focus on Patient Safety*
www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/finance/hprp-prpms/results-resultats/rfp-dp-014_e.html

Arnold, Marcel; Claudio Bassetti, Ralf Baumgartner, Stefan Engelter, Hans-Jörg Hungerbühler, Emanuela Keller, Philippe Lyrer, Felix Müller, Ernst-Wilhelm Radü, Marc Reichhart, Claudio Städler, Roman Sztajzel, Barbara Tettenborn und Barbara Vogel-Wigger (2004), *Stroke Units in der Schweiz: Bedarfsanalyse, Richtlinien und Anforderungsprofil*, *Schweizerisches Medizin-Forum*, 8: 200–203.

Ayoubi, Semya; Franz Wyss (13. Dezember 2006), *Interview. Geführt von Christopher Citron und Elizabeth Olmsted Teisberg*. Bern, Schweiz.

Bangerter, Christoph; Philippe Milliet (13. Dezember 2006), *Interview. Geführt von Christopher Citron und Elizabeth Olmsted Teisberg*. Bern, Schweiz.

Baron, Jennifer (31. Mai 2007), *Value-Based Competition in Health Care: The Swedish Perspective*. Unveröffentlichter Entwurf. The Institute for Strategy and Competitiveness. Harvard University. Boston, USA.

Beck, Konstantin; Stefan Spycher, Alberto Holly und Lucien Gardiol (2003), *Risk Adjustment in Switzerland*, *Health Policy*, 65: 63–74.

Bitterli, Otto; Isabelle Vautravers (11. Dezember 2006), *Interview. Geführt von Christopher Citron und Elizabeth Olmsted Teisberg*. Zürich, Schweiz.

Blendon, Robert J.; Minah Kim und John M. Benson (2001), *The Public Versus The World Health Organization on Health System Performance*, *Health Affairs*, 20 (3): 10–20.

Blendon, Robert J.; Cathy Schoen, Catherine Des Roches, Robin Osborn und Kinga Zapert (2003), *Common Concerns Amid Diverse Systems: Health Care Experience in Five Countries*, *Health Affairs*, 22 (3): 106–121.

Bodenheimer, Thomas; Kate Lorig, Halsted Holman und Kevin Grumbach (2002), Patient Self-Management of Chronic Disease in Primary Care, *Journal of the American Medical Association*, 288 (19): 2469–2475.

Brenn, Claudia; Urs Stoffel (12. Dezember 2006), *Interview geführt von Christopher Citron und Elizabeth Olmsted Teisberg*. Bern, Schweiz.

Bundesamt für Gesundheit BAG (2005), *Prämienübersicht 2005*. Bern, Schweiz.

Bundesamt für Gesundheit BAG (2006), *Statistiken der obligatorischen Krankenversicherung 2003*. Neuenburg, Schweiz.

CarePath, Inc. (2005a), *Commonwealth of Virginia: Medicare Cost Reduction. Improved Patient Outcome*. Internes Dokument, CarePath, Inc. New York, USA.

CarePath, Inc. (2005b), *CarePath. A Crisis in Care*.
www.carepathebm.com

Centers for Disease Control (Juli 2006), *Facts About Traumatic Brain Injury*. Factsheet.
www.cdc.gov/ncipc/tbi/factsheets/facts_about_tbi.pdf

Chassin, Mark R. (2002), Achieving and Sustaining Improved Quality: Lessons from New York State and Cardiac Surgery, *Health Affairs*, 21 (4): 40–51.

Civitas: The Institute for the Study of Civil Society (2002), *The Swiss Health Care System*. Civitas. London, United Kingdom.
www.civitas.org.uk/pdf/Switzerland.pdf

Colombo, Francesca (2001), Towards More Choice in Social Protection? Individual Choice of Insurer in Basic Mandatory Health Insurance in Switzerland, *Labour Market and Social Policy-Occasional Paper*, 53. OECD. Paris, Frankreich.

Conen, Dieter (11. April 2006), *Präsentation für Visana*. Thun, Schweiz.

Comparis (2007a), *Vergleich Grundversicherung Krankenkasse*.
www.comparis.ch/krankenkassen/grundversicherung/familie-vergleich.aspx?s=gvfamilieeingabeseite

Comparis (2007b), *Spitäler im Vergleich – Spitäler/Kliniken in allen Schweizer Kantonen*.
www.comparis.ch/krankenkassen/spitalfuehrer/patientenzufriedenheit-uebersicht.aspx

Cosgrove, Delos (10. März 2007), *Gespräch mit Elizabeth Olmsted Teisberg*. Cleveland OH, USA.

Cossmann, Peter H. (2006), Advances in Image-Guided Radiotherapy – The Future Is in Motion, Business Briefing, *U.S. Oncology Review*, 36: 38–40.

http://varian.mediaroom.com/file.php/mr_varian/spinsite_docfiles/191/cossmann_igrt.pdf

Crivelli, Luca; Gianfranco Domenighetti (2003), Influence de la variation des densités médicales régionales en Suisse sur la mortalité, les dépenses de santé et la satisfaction des usagers, *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 43, (3): 397–426; zit. in OECD und WHO (2006): 71–73, 88.

Cueni, Thomas (14. Dezember 2006), *Interview. Geführt von Christopher Citron und Elizabeth Olmsted Teisberg*. Basel, Schweiz.

Davis, Karen; Cathy Schoen, Stephen C. Schoenbaum, Anne-Marie J. Audet, Michelle M. Doty, Alyssa L. Holmgren und Jennifer L. Kriss (April 2006), Mirror, Mirror on the Wall: An Update on the Quality of American Health Care Through the Patient's Lens, The Commonwealth Fund, *Commonwealth Fund Publication*, 915.

www.commonwealthfund.org/publications/publications_show.htm?doc_id=364436

Davis, Karen (10. Januar 2007), Learning From High Performance Health Care Systems around the Globe. Invited Testimony, Senate Health, Education, Labor, and Pensions Committee, Hearing on «Health Care for All Americans: Challenges and Opportunities», *Commonwealth Fund Publication*, 992.

www.commonwealthfund.org/publications/publications_show.htm?doc_id=441618

De Reuck, Jacques L. (2006), Stroke Units Improving the Outcome of Patients with a Cerebrovascular Event, *European Neurological Disease*, 2: 64–67.

www.touchneurology.com/stroke-units-improving-outcome-a5608-1.html

Department of Veterans Affairs, Veterans Health Administration, Office of Information (Juli 2006). VistA Factsheet.

www.innovations.va.gov/innovations/docs/innovationfactsheet.pdf

de Wolf, Chris J. M.; ADSAN: Agence pour le développement et évaluation des politiques de santé, Krebsliga: Fachinformationen (Januar/Mai 2006), *Brustkrebs-Screening in der Schweiz*.

www.breastcancer.ch/pdf/dt/Ma_Ca_Screen_CdW_deutsch.pdf.pdf

Dürr, Markus; Hanspeter Bättig und Hans Peter Vogler (13. Dezember 2006), *Interview. Geführt von Christopher Citron und Elizabeth Olmsted Teisberg*. Luzern, Schweiz.

Eckbo, Paul (7. April 2005), *Building a Global Independent Patient Services Organisation to Improve Critical Illness Care: Addressing the Incentives, Cost and Quality Issues in Healthcare*. Präsentiert am World Health Congress – Europe 2005. Chantilly, Frankreich.

economiesuisse (April 2006), Spitalfinanzierung: Kein Ausbau der Planung: Qualitäts- und Leistungswettbewerb im nationalen Binnenmarkt statt kantonalen Protektionismus, *dossierpolitik*, 7 (12). Zürich, Schweiz.

www.economiesuisse.ch/web/de/pdf%20download%20files/dosspol_gespol_20060403.pdf

economiesuisse (Juli 2006), Finanzmonitoring: Gesundheit: Wettbewerb zugunsten des Patienten statt planwirtschaftliche Symptomtherapie, *dossierpolitik*, 7 (25). Zürich, Schweiz.

www.economiesuisse.ch/web/de/pdf%20download%20files/dosspol_gespol_20060703.pdf

economiesuisse (Oktober 2006), *eHealth: Schlüssel zu Prozessinnovation und Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen*. Positionspapier. Zürich, Schweiz.

www.economiesuisse.ch/web/de/pdf%20download%20files/pospap_gespol_20061023.pdf

EUROCARE (2003), Survival of Cancer Patients in Europe, *The EUROCARE-3 Study*, 9. November 2006 update. Rom, Italien.

www.eurocare.it/cdeu3/index.htm

European Observatory on Health Care Systems (2000), *Health Care Systems in Transition: Switzerland*. Brüssel, Belgien.

www.euro.who.int/document/e68670.pdf

Fakhry, Samir M.; Arthur L. Trask, Maureen A. Waller und Dorraine D. Watts für die IRTC Neurotrauma Task Force (März 2004), Management of Brain-Injured Patients by an Evidence-Based Medicine Protocol Improves Outcomes and Decreases Hospital Charges, *Journal of Trauma*, 56 (3): 492–500.

Fischer, Andy (14. Dezember 2006), *Interview*. Geführt von Christopher Citron und Elizabeth Olmsted Teisberg. Basel, Schweiz.

Fresenius Medical Care (2006), *Jahresbericht*. Bad Homburg, Deutschland.

[www.fmc-ag.com/internet/fmc/fmcag/neu/fmcpub.nsf/AttachmentsByTitle/2006_GB_en/\\$FILE/Annual_Report_2006_English.pdf](http://www.fmc-ag.com/internet/fmc/fmcag/neu/fmcpub.nsf/AttachmentsByTitle/2006_GB_en/$FILE/Annual_Report_2006_English.pdf)

Gawande, Atul (6. Dezember 2004), *The Bell Curve: What Happens When Patients Find Out How Good Their Doctors Really Are?* New Yorker Online.

www.newyorker.com/archive/2004/12/06/041206fa_fact

Geissbühler, Antoine; Stéphane Spahni, André Assimacopoulos, Marc-André Raetz und Gérard Gobet (2004), Design of a Patient-Centered, Multi-Institutional Health-care Information Network Using Peer-to-peer Communication in a Highly Distributed Architecture; zit. in *MedInfo 2004*: 1048–1052, IOS Press. Amsterdam, Niederlande.

Geissbühler, Antoine; Marc-André Raetzo (13. Dezember 2006), *Interview. Geführt von Christopher Citron und Elizabeth Olmsted Teisberg*. Lausanne, Schweiz.

Goetzl, Ron Z.; Ronald J. Ozminkowski, Victor G. Villagra und Jennifer Duffy (2005), Return on Investment in Disease Management: A Review, *Health Care Financing Review*, 26 (4): 1–19.

Grove, Andrew S. (2005), Efficiency in the Health Care Industries: A View from Outside, *Journal of the American Medical Association*, 294 (4): 490–492.

Hallinan, Joseph T. (21. Juni 2005), Heal Thyself: Once Seen as Risky, One Group of Doctors Changes Its Ways, *Wall Street Journal*. New York, USA.

Harris, Martin (2. Mai 2007), *Präsentation an der Darden Graduate School of Business*. ENTR 884. University of Virginia. Charlottesville, USA.

Healthgrades (2004), *Patient Safety in American Hospitals*.

www.healthgrades.com/media/english/pdf/hg_patient_safety_study_final.pdf

HELIOS Kliniken Gruppe (2005), *Medizinischer Jahresbericht 2005*. Fulda, Deutschland.

www.helios-kliniken.de/ueber-helios/publikationen/medizinischer-jahresbericht.html

Herzlinger, Regina E.; Rarmin Parsa-Parsi (2004), Consumer-Driven Health Care: Lessons from Switzerland, *Journal of the American Medical Association*, 292 (10): 1213–1220.

Hesdorffer, Dale C.; Jamshid Ghajar und Laura Iacono (2002), Predictors of Compliance with the Evidence-Based Guidelines for Traumatic Brain Injury Care: A Survey of United States Trauma Centers, *Journal of Trauma*, 52 (6): 1202–1209.

Hussey, Peter S.; Gerard F. Anderson, Robin Osborn, Colin Feek, Vivienne McLaughlin, John Millar und Arnold Epstein (2004), How Does the Quality of Care Compare in Five Countries? *Health Affairs*, (23) 3: 89–99.

Institute for Healthcare Improvement (2006), *Protecting 5 Million Lives from Harm*.

www.ihc.org/ihc/programs/campaign/campaign.htm

Intermountain Health Care (6. Juli 2005), *GE Healthcare and IHC Establish New Research Center to Develop Electronic Health Record Technologies*. News Release.

www.ihc.com/xp/ihc/aboutihc/news/article26.xml

Kirsch, Christian; Mark Mattingley-Scott, Christian Muszinski, Franz Schaefer und Christoph Weiss (2007), Monitoring Chronically Ill Patients using Mobile Technologies, *IBM Systems Journal*, 46 (1): 85–93.

Kohler, Mark (11. Dezember 2006), *Interview. Geführt von Christopher Citron und Elizabeth Olmsted Teisberg*. Zürich, Schweiz.

Kohn, Linda T.; Janet M. Corrigan und Molla S. Donaldson, Hrsg. (2000), *To Err is Human*. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington D.C., USA: National Academy Press.

Kraanen, Frido (26. Februar 2006), Unveröffentlichte Korrespondenz mit Michael E. Porter. Den Haag, Niederlande.

Lepori, Valentino, Andreas Perren und Claudio Marone (1999), Unerwünschte internmedizinische Arzneimittelwirkungen bei Spitaleintritt, *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 129 (24): 915–922.

Longchamp, Claude; Monia Aebersold, Luca Bösch, Stephan Tschöpe und Silvia-Maria Ratelband-Pally (2006), *Bewegung Richtung Markt: Schlussbericht zum Gesundheitsmonitor 2006*. Interpharma/gfs.bern, Basel, Schweiz.

Luthi, Jean-Christophe; William M. McClellan, Dana W. Flanders, Stephen R. Pitts und Bernard Burnand (2002), Quality of Health Care Surveillance Systems: Review and Implementation in the Swiss Setting, *Swiss Medical Weekly*, 132: 461–469.

Mattke, Soeren; Arnold M. Epstein und Sheila Leatherman (2006), Health Care Quality Indicators Project Initial Indicators, *OECD Health Working Papers*, 22. OECD, Paris, Frankreich; zit. in OECD und WHO (2006), *OECD Reviews of Health Systems – Switzerland*. Paris, Frankreich.

Medgate (2007a), *Disease Management Hypertension: Le programme d'accompagnement pour les patients souffrant d'hypertension*. Medgate – Produits.

www.medgate.ch/eprise/main/f_medgate/f_products/p_product8?mainarea=&subarea=tab3

Medgate (2007b), *Disease Management MPOC/Asthme: La programme de suivi pour les patients atteints d'affections pulmonaires chroniques*. Medgate – Doc around the Clock.

www.medgate.ch/f_documents/diseasemanagement_f.pdf

Medgate (2007c), *Figures of the Swiss Center for Telemedicine MEDGATE*. Medgate – Doc around the clock.

www.medgate.ch/f_documents/07_0515_zahlen_e.pdf

Medgate (2007d), *Swiss Center for Telemedicine MEDGATE*. Medgate – Doc around the Clock.

www.medgate.ch/f_documents/07_0515_profil_e.pdf

MEM Research Center (2005), *Jahresbericht*. MEM Research Center, Institute for Surgical Technology und Biomechanics and Institute for Evaluative Research in Orthopaedic Surgery. Universität Bern. Bern, Schweiz.

www.memcenter.unibe.ch/Annual_Report/Reports/Annual2005.pdf

Michel, Philippe (2004), Quality Improvement and Accreditation in French Hospitals: Progress and Questions, *Gastroenterology Clinical Biology*, 28 (12): 1229–1230.

Migliori, Richard J. (30. Januar 2005), *Creating Competition within Health Care: Leveraging a Centers of Excellence Model*. Präsentiert am World Health Congress. Washington D.C., USA.

Ministry of Health Singapore, Singapore Government (2007), *Healthcare Financing, Bill Size*. Singapur.

www.moh.gov.sg/mohcorp/billsize.aspx

MN Community Measurement (Februar 2007), *2006 Health Care Quality Report*.

www.mnhealthcare.org

Morger, Willi (2006), *Suva's New Case Management*. Präsentiert am 3rd International Forum on Disability Management. Brisbane, Australien.

www.suva.ch/en/ncm_referat_brisbane.pdf

National Auditing Office (2003), *International Health Comparisons*. National Auditing Office. London, United Kingdom.

www.nao.gov.uk/publications/int_health_comp.pdf

National Cancer Institute (2002), *SEER Cancer Statistics Review, 1973–1999*. Bethesda, MD, USA.

http://seer.cancer.gov/csr/1973_1999/

Nissenson, Allen R.; Richard A. Rettig (1999), Medicare's End-Stage Renal Disease Program: Current Status & Future Prospects, *Health Affairs*, 18 (1): 161–179.

Novo Nordisk (2007), *New UK Diabetes Centre to Improve Quality of Life*. Novo Nordisk A/S.

www.novonordisk.com/sustainability/learn_more/around_the_globe_subsites/uk_diabetes_centre.asp

Obsan Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Oktober 2001), *Concept and Business Plan of the Swiss Health Observatory*. Neuenburg, Schweiz.

O'Connor, Annette M.; Hilary A. Llewellyn-Thomas und Anne Barry Flood (7. Oktober 2004), *Modifying Unwarranted Variations in Health Care: Shared Decision Making Using Patient Decision Aids*. Health Affairs Web Exclusive.

<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.var.63v1.pdf>

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (17. Oktober 2006), *OECD Health Data 2006. Frequently Requested Data, Internet update*. OECD.
www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) und WHO (World Health Organization) (2006), *OECD Reviews of Health Systems – Switzerland*. Paris, Frankreich: OECD.

Oetiker, Magnus; Christian Westerhoff und Ole Wiesinger (12. Dezember 2006), *Interview. Geführt von Christopher Citron und Elizabeth Olmsted Teisberg*. Zürich, Schweiz.

Office fédéral de la santé publique (22. Dezember 2006), *Fiche d'information. Assurance-maladie obligatoire: Réduction des primes*. Bundesamt für Gesundheit BAG. Bern, Schweiz.

Office fédéral de la statistique (3. März 2006), *Coût et financement du système de santé en 2004*. Santé 14, no. 0351-0602-60. Bundesamt für Statistik. Neuenburg, Schweiz.
www.edi.admin.ch/aktuell/00705/00724/index.html?lang=fr&msg-id=3489

Porter, Michael E.; Elisabeth Olmsted Teisberg (2004), Redefining Competition in Health Care, *Harvard Business Review*, 82 (6): 64–76.

Porter, Michael E.; Elisabeth Olmsted Teisberg (2006), *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Boston, USA: Harvard Business School Press.

Porter, Michael E.; Matthias P. Schönemark (2006), *Reforming the German Health Care System: A Value-Based Competition Perspective*. Unveröffentlichter Entwurf. Harvard Business School. Boston, USA und Medizinische Hochschule Hannover. Hannover, Deutschland.

Porter, Michael E.; Elisabeth Olmsted Teisberg (14. März 2007), How Physicians Can Change the Future of Health Care, *Journal of American Medical Association*, 297 (10): 1103–1111.

Porter, Michael E. (7. Mai 2007), *The West German Headache Center: Integrated Migraine Care*. Harvard Business School case N-9-707-559. Boston, USA: Harvard Business School Publishing.

Preferred Global Health (April 2001), *The Independent Patient Organization*. Internes Dokument. Hamilton, Bermudas.

Reinhardt, Uwe E. (2004), The Swiss Health System: Regulated Competition Without Managed Care, *Journal of the American Medical Association*, 292 (10): 1227–1231.

Robert Wood Johnson Foundation (2004), *Glossary of Terms Commonly Used in Health Care, 2004 edition*. AcademyHealth. Washington D.C., USA.
www.academyhealth.org

Roggo, Antoine (11. Dezember 2006), *Interview. Geführt von Christopher Citron und Elizabeth Olmsted Teisberg*. Zürich, Schweiz.

Roth, Felix (14. Dezember 2006), *Interview. Geführt von Christopher Citron und Elizabeth Olmsted Teisberg*. Basel, Schweiz.

Saudan, Patrick; Georges Halabi, Thomas Perneger, Jean-Blaise Wasserfallen, Michel Kossovsky, Harold Feldman, Pierre-Yves Martin und Jean-Pierre Wauters (2005), Variability in Quality of Care among Dialysis Units in Western Switzerland. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 20 (9): 1854–1863.

Schoen, Cathy; Robin Osborn, Phuong Trang Huynh, Michelle Doty, Kinga Zapert, Jordan Peugh und Karen Davis (2005), *Taking the Pulse of Health Care Systems: Experiences of Patients with Health Problems in Six Countries*. Health Affairs Web Exclusive.
<http://content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract/hlthaff.w5.509v3>

Schwappach, David L. B.; Annette Blaudszun, Dieter Conen, Heinz Ebner, Klaus Eichler und Marc-Anton Hochreutner (2003). «Emerge»: Benchmarking of Clinical Performance and Patients' Experiences with Emergency Care in Switzerland. *International Journal for Quality in Health Care*, (15): 473–485.

Schweizerische Eidgenossenschaft (2008), *Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994*.
www.admin.ch/ch/d/sr/832_10/index.html

Schweizer Paraplegiker-Stiftung (2007), *Organisationen*.
www.paranet.ch/sw11971.asp

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI) (Januar 2006), *Complementary medicine: where is it going?* 25.
http://www.ticinoricerca.ch/catprog/attachment/documentazioni/Medcom_ENG.pdf

Seematter-Bagnoud, Laurence; John-Paul Vader, Vincent Wietlisbach, Florian Fröhlich, Jean-Jacques Govers und Bernard Burnand (1999), Overuse and Underuse of Diagnostic Upper Gastrointestinal Endoscopy in Various Clinical Settings, *International Journal for Quality in Health Care*, 11 (4): 301–308.

Shahian, David M.; Sharon-Lise T. Normand (2003), The Volume-outcome Relationship: from Luft to Leapfrog, *Annals of Thoracic Surgery*, 75: 1048–1058.
<http://ats.ctsnetjournals.org/cgi/content/abstract/75/3/1048>

Sigrist, Stephan (12. Dezember 2006), *Interview. Geführt von Christopher Citron und Elizabeth Olmsted Teisberg*. Zürich, Schweiz.

Silberschmidt, Gaudenz; Thomas Zeltner (13. Dezember 2006), *Interview. Geführt von Christopher Citron und Elizabeth Olmsted Teisberg*. Bern, Schweiz.

Society of Thoracic Surgeons (2003), *National Audit Cardiac Surgery Database and Outcomes Program Participation Manual*. Society of Thoracic Surgeons. Chicago, USA.
<http://www.ctsnet.org/file/DatabaseManual2003.pdf>

Sowden, Amanda J.; Roberto Grilli und Nigel Rice (1997), *The Relationship between Hospital Volume and Quality of Health Outcomes*. CRD Report 8, pt. 1. Centre for Reviews and Dissemination. York, United Kingdom.

Suk, Michael; Beate P. Hanson, Daniel C. Norvell und David L. Helfet (2005), *AO Handbook: Musculoskeletal Outcomes Measures and Instruments*. Davos, Schweiz: AO Publishing.

Suva (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt) (2003), *New Case Management: A Reorientation in Case Management at Suva*.
www.suva.ch/en/ncm.pdf

Swica (2006), *Global care – The International Healthcare and Accident Insurane*.
<http://www2.Swica.ch/Default.aspx?language=en-us>

Synthes (2006), *Company Overview*.
www.synthes.com/html/company.4297.0.html

Taylor, Humphrey; Robert Leitman (8. August 2002), European Physicians Especially in Sweden, Netherlands and Denmark, Lead U.S. in Use of Electronic Medical Records, *Health Care News*, 2 (16). Harris Interactive, Health Care Research.
www.harrisinteractive.com/news/newsletters/healthnews/hi_healthcarenews2002vol2_iss16.pdf

Treweek, Shaun (2003), The Potential of Electronic Medical Record Systems to Support Quality Improvement Work and Research in Norwegian General Practice, *BMC Health Services Research*, 3: 10.

UBS AG (19. Januar 2007), *Swiss Economy*. Zürich, Schweiz.

Uhlig, Paul N.; Jeffrey Brown, Anne K. Nason, Addie Camelio und Elise Kendall (Dezember 2002), John M. Eisenberg Patient Safety Awards. System Innovation: Concord Hospital, *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 28 (12): 666–672.

van der Linde, François (14. Dezember 2006), *Interview*. Geführt von Christopher Citron und Elizabeth Olmsted Teisberg. Zürich, Schweiz.

Watts, Dorraine D.; Margie Roche, Ray Tricarico, Frank Poole, John J. Brown Jr., George B. Colson, Arthur L. Trask und Samir M. Fakhry (1999), The Utility of Traditional Prehospital Interventions in Maintaining Thermostasis, *Prehospital Emergency Care*, 3 (2): 115–122.

Watts, Dorraine D.; Dan Hanfling, Maureen A. Waller, Colleen Gilmore, Samir M. Fakhry und Arthur L. Trask (2004), An Evaluation of the Use of Guidelines in Prehospital Management of Brain Injury, *Prehospital Emergency Care*, 8 (3): 254–261.

Wennberg, John E.; Megan McAndre Cooper, Hrsg. (1999), *The Dartmouth Atlas of Health Care in the United States*. The Trustees of Dartmouth College. Chicago, USA: AHA Press.

www.dartmouthatlas.com/atlases/99Atlas.pdf

Wilson, Mark C.; Robert S. A. Hayward, Sean R. Tunis, Eric B. Bas und Gordon Guyatt (1995), Users' Guide to the Medical Literature: VIII. How to Use Clinical Practice Guidelines: B. What are the Recommendations and Will They Help You in Caring for Your Patients? *Journal of the American Medical Association*, 274 (20): 1630–1632.

WHO (World Health Organization). Fifty-fifth World Health Assembly (23. März 2002), *Quality of Care: Patient Safety. Report by the Secretariat*. Provisional Agenda Item 13.9, paper A55/13.

www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha55/ea5513.pdf

Wolffhechel, K. M. (4. Juli 2007), E-Mail mit Elizabeth Olmsted Teisberg.

6.3 Abkürzungen

AO Foundation: Association for Osteosynthesis (Arbeitsgemeinschaft Osteosynthese)

HMO: Health Maintenance Organization (s. Glossar)

ICD: International Classification of Diseases (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)

ICT: Information and Communication Technology
(Informations- und Kommunikationstechnologie)

KVG: Bundesgesetz über die Krankenversicherung

MRI: Magnetic Resonance Imaging (Magnetresonanztomographie)

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development
(Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)

Suva: Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

VHA: Veterans Health Administration (Abteilung Gesundheit des
Kriegsveteranenministerium)

WHO: World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

6.4 Glossar

Akteure (im Gesundheitswesen): Juristische oder natürliche Personen, deren körperlicher, finanzieller oder anderweitiger Erfolg von der Funktionsweise des Systems tangiert wird. Dazu gehören Patienten, potenzielle Patienten, Angehörige, Krankenversicherer, Spitäler und Kliniken, Ärzte, Pflegepersonal, Apotheker, Arbeitgeber, Arzneimittel- und Gerätehersteller, E-Health-Anbieter sowie Bund, Kantone und Gemeinden.

Ambulante Leistungen: Im Gegensatz zu stationären Leistungen, die für Patienten mit mehrtägigem Aufenthalt in medizinischen Einrichtungen erbracht werden, werden ambulante Leistungen für Patienten erbracht, welche die medizinische Einrichtung noch am gleichen Tag verlassen. Zu den ambulanten Leistungen zählt auch die häusliche Versorgung pflegebedürftiger Personen.

Behandlungsergebnis: Das Resultat einer medizinischen Behandlung durch Ärzte oder Pflegepersonal. Die Ergebnisse umfassen beispielsweise: Mortalität, Dauer der Rekonvaleszenz, Grad der körperlichen oder mentalen Funktionsfähigkeit, HbA1c-Werte für Diabetiker, Blutdruckwerte für Patienten mit Bluthochdruck.

Behandlungsprozess/Behandlungszyklus: Eine vernetzte, die ganze Behandlungskette umfassende Sicht eines → KRANKHEITSBILDES, von der Kontrolle und Prävention über die Diagnose, Behandlung und Rehabilitation bis hin zum Monitoring bei chronisch Kranken. Ohne die Fokussierung auf den ganzen Behandlungszyklus besteht der Anreiz, Kosten zwischen den einzelnen Behandlungsschritten zu verlagern, um damit einen möglichst guten, aber künstlich erhöhten Nutzen für bestimmte Behandlungsabschnitte ausweisen zu können (Porter und Teisberg 2006, 5–6, 398–400).

Benchmark: Eine Referenzgrösse zum Vergleich von Behandlungsleistungen über einen gewissen Zeitraum hinweg. Ein Benchmark wird in der Regel von den Leistungen der besten Ärzte oder der besten Prozesse abgeleitet.

Bonusversicherung: Eine Form der Krankenversicherung in der Schweiz, bei der die anfänglich über der Grundversicherung liegenden Prämien jedes Jahr sinken, sofern der Versicherte keine Leistungen in Anspruch nimmt. Im fünften Jahr beträgt die Prämie noch rund die Hälfte der obligatorischen Grundversicherungsprämie.

Capitation: Ein Abrechnungssystem mit fixen Beträgen pro Person und Zeiteinheit (z. B. ein Monat, ein Jahr) anstelle von Einzelleistungsvergütungen. Häufig eingesetzt bei: → MANAGED CARE (→ HMO-MODELL der Krankenversicherung) (vgl. → KOPFFPAUSCHALE).

Chronische Krankheit: Eine lang anhaltende körperliche Beeinträchtigung mit (in der Regel) langsam fortschreitendem Krankheitsverlauf. Beispiele: Diabetes, verschiedene Herzerkrankungen, Arthritis.

Disease Management: Integrierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen, die unter Einbezug von Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Spitex mit einer aufeinander abgestimmten und kontinuierlichen Betreuung die Behandlung bestimmter, kostenintensiver Erkrankungen über den gesamten Verlauf steuern.

Einheitskasse: In einem Gesundheitssystem mit einer Einheitskasse betreibt eine einzige, meist staatlich geführte Kasse die Dienste der Krankenversicherung. In der Schweiz existieren im Jahr 2007 rund 80 Krankenkassen, welche die obligatorische Grundversicherung nach den Vorgaben des → KRANKENVERSICHERUNGSGESETZES in einem wettbewerbsähnlichen Verhältnis anbieten.

Elektronisches Gesundheitsdossier: Eine elektronische Patientenakte, welche die gesundheitsbezogenen Daten eines Menschen oder den Zugangsschlüssel dazu sowohl für die Leistungserbringer als auch für die Patienten enthält und unabhängig von Ort und Zeit präsentiert werden kann.

Ergebnismessung: Der Prozess der Datenerhebung zu den → BEHANDLUNGSERGEBNISSEN. Die Ergebnisse werden für jeden Leistungserbringer zur Bewertung des → PATIENTENNUTZENS einer Behandlung gemessen. Welche Ergebnismessungen bei welcher Krankheit relevant sind, muss zusammen mit Experten bestimmt werden. Zu den typischen Messungen gehören: Mortalität, Schmerzindizes, Beweglichkeit, Auftreten von Infektionen oder Komplikationen, ungeplante Re-Hospitalisationen, Dauer des Spitalaufenthalts und Zeit bis zur Wiederaufnahme der normalen Aktivitäten. Die Ergebnismessung ist ein zentrales Instrument, um die Interessen der Akteure des Gesundheitssystems auf die Steigerung des Patientennutzens auszurichten.

HMO (Health Maintenance Organization)-Modell: Ein Krankenversicherungs- und Versorgungsmodell, bei dem sich Versicherte verpflichten, sich primär in einem HMO-Zentrum behandeln zu lassen, und dafür von einer Prämienreduktion profitieren. Ein HMO-Zentrum versammelt Ärzte verschiedener Fachrichtungen und Therapeuten unter einem Dach. Dazu gehören: kasseneigene Gruppenpraxen, ärzteeigene Gruppenpraxen und → VERNETZTE ÄRZTEPRAXEN.

Hotelleriedienste: Bezeichnet die nichtmedizinischen Aspekte eines Spitalaufenthalts wie Essen und Zimmerkomfort.

Integrierte Behandlungseinheiten: Vgl. → VERNETZE ÄRZTEPRAXEN.

Kapnografie: Ein medizinisches Verfahren, um den Kohlenstoffdioxidgehalt der Atemluft eines Patienten zu messen und zu überwachen.

Komorbidität: Das gleichzeitige Vorliegen eines oder mehrerer zusätzlicher Gesundheitsprobleme zu einer Grunderkrankung (Indexerkrankung), wobei diese mit der Grunderkrankung zusammenhängen kann, aber nicht muss (vgl. → KRANKHEITSBILD).

Kontrahierungszwang: Eine Regelung, welche die → VERTRAGSFREIHEIT zwischen den Krankenversicherungen und den Leistungserbringern beschränkt. Die Krankenversicherungen sind verpflichtet, für die durch die Leistungserbringer erbrachten Leistungen aufzukommen, wenn die gesetzlichen Zulassungsbedingungen erfüllt sind. Im Gegenzug sind die Leistungserbringer verpflichtet, die Versicherten sämtlicher Krankenversicherer zu behandeln.

Kopfpauschale: Eine Tarifform, mit welcher der Leistungserbringer keine Entschädigung für Einzelfälle, sondern eine Pauschale für jeden ihm zugeteilten Versicherten erhält. Kopfpauschalen finden vor allem bei HMO-Praxen Verwendung (vgl. → CAPITATION).

Kostenverlagerung: Ein Nullsummenspiel, bei dem die Akteure des Gesundheitssystems ihren Anteil an der Kostendeckung auf andere Akteure zu verlagern versuchen.

Krankheitsbild: Eine Kombination von Gesundheitsproblemen, die am besten koordiniert und vernetzt behandelt werden (Porter und Teisberg 2006, 44–45 und 105–107). Dies umfasst nicht nur die Diagnose gemäss gängiger Definition von Ärzten (z. B. Diabetes, chronische Herzinsuffizienz), sondern auch häufige, gleichzeitig auftretende Nebendiagnosen (z. B. Diabetes mit gleichzeitigen Gefässproblemen und/oder Bluthochdruck). Die Organisation der Gesundheitsversorgung nach Krankheitsbild innerhalb → VERNETZTER ARZTEPRAXEN vermeidet die für Patienten mit komplexeren Krankheiten erlebte Fragmentierung der Gesundheitsversorgung (Porter und Teisberg 2007, 1104–1105).

Krankenversicherungsgesetz (KVG): Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung regelt die finanzielle Absicherung der Schweizer Wohnbevölkerung im Krankheitsfall. Gemäss KVG müssen alle in der Schweiz wohnhaften Personen einer Krankenkasse angehören. Das Krankenversicherungsgesetz ist seit 1996 gültig.

Nullsummen-Wettbewerb: Eine Wettbewerbssituation, in welcher der Gewinn des einen Akteurs zum Verlust eines anderen Akteurs führt. Dieser Wettbewerb schafft keinen Mehrwert (vgl. → POSITIVSUMMEN-WETTBEWERB und → KOSTENVERLAGERUNG).

Nutzenorientierter Wettbewerb: Ein Wettbewerb mit dem Ziel, die Gesundheit und die Behandlungsergebnisse der Patienten zu verbessern. Erforderlich sind eine vernetzte Behandlung durch Ärzte und die Messung der Verbreitung der Behandlungsergebnisse (Porter und Teisberg 2006, 13–15; Porter und Teisberg 2007).

Obligatorische Krankenversicherung: Eine von in der Schweiz wohnhaften Personen abgeschlossene Grundversicherung mit gesetzlich definiertem Leistungskatalog.

Oximetrie (oder Oxymetrie): In der Medizin die Messung des Sauerstoffgehalts im Blut.

Patientennutzen: Ein → BEHANDLUNGSERGEBNIS je Kosteneinheit für den einzelnen Patienten. Aus Patientensicht wird der Patientennutzen nicht durch eine Steigerung der Quantität der Behandlung, sondern durch einen besseren Gesundheitszustand oder bessere Behandlungsergebnisse erzielt (Porter und Teisberg 2006, 155–156). Patientennutzen bedeutet auch, den gleichen Gesundheitszustand oder die gleichen medizinischen Behandlungsergebnisse wirtschaftlicher zu erreichen. Häufig senken bessere Behandlungsergebnisse die Gesundheitskosten, womit die Steigerung des Patientennutzens gleichzeitig die Behandlungsergebnisse verbessert und die Kosten senkt (Porter und Teisberg 2006, 107–111).

Positivsummen-Wettbewerb: Ein Wettbewerb, der den → PATIENTENNUTZEN erhöht. In den meisten Branchen führt ein Positivsummen-Wettbewerb sowohl zu Qualitäts- als auch zu Wirksamkeitsverbesserungen (vgl. → NULLSUMMEN-WETTBEWERB und → KOSTENVERLAGERUNG).

Process Compliance: Die Einhaltung von vorgängig definierten Behandlungsverfahren (vgl. → PROZESSMESSUNG).

Prozessmessung: Die Messung der Einhaltung der Behandlungsprozesse. Ersetzt oft die Messung von Behandlungsergebnissen. Gemessen wird, ob vorgängig definierte Behandlungsprozesse eingehalten werden. Ziel ist die Standardisierung und damit Verbesserung der Behandlungsqualität jener Ärzte, die diese Prozesse bisher nicht eingehalten haben. Die medizinische → QUALITÄT von Gesundheitsleistungen kann die Prozessmessung allerdings nur ungenügend abbilden. (Porter und Teisberg 2006, 6–8, 84, 88).

Qualität: Der Grad, in dem eine bewertete Leistung das Behandlungsergebnis verbessert. Das KVG liefert eine Arbeitsdefinition für Qualität, indem Gesundheitsleistungen zweckmässig, wirksam und wirtschaftlich sein müssen.

Resultate: → BEHANDLUNGSERGEBNISSE und Behandlungskosten.

Risikoausgleich: Beim Risikoausgleich wird die durchschnittliche Bevölkerungsstruktur nach Alter und Geschlecht mit der entsprechenden Struktur eines Versicherten verglichen. Versicherer mit einer vergleichsweise günstigen Struktur haben einem Ausgleichsfonds eine Abgabe zu entrichten, die den Versicherern mit einer vergleichsweise ungünstigen Struktur zu Gute kommt. Die Durchführung des Risikoausgleichs ist Aufgabe der Gemeinsamen Einrichtung (Art. 18 KVG).

Risikobereinigte Behandlungsergebnisse/Resultate: Die Bereinigung der Behandlungsergebnisse durch den Gesundheitszustand bzw. das Gesundheitsrisiko der Patientenpopulation vor Behandlungsbeginn. Ärzte und medizinische Gesellschaften sollten bei der Entwicklung risikobereinigter Berechnungsmethoden eine zentrale Rolle spielen (Porter und Teisberg 2006, 130–133 und 347–348).

Risikobereinigte Ergebnismessung: Vgl. → RISIKOBEREINIGTE BEHANDLUNGSERGEBNISSE.

Risikoselektion: Ein Vorgehen von Krankenversicherungen, gesunde Personen als Mitglied zu gewinnen und Personen mit einem höheren Krankheits- oder Unfallrisiko abzuschrecken.

Schwellenwert: Eine Fallzahl, ab der eine signifikante Verbesserung der Behandlungsergebnisse eintritt. Der Schwellenwert muss nicht sehr hoch sein. Auch ist der Schwellenwert je nach Behandlungsverfahren und Krankheitsbild verschieden hoch. Wird der Schwellenwert nicht erreicht, fallen Resultate schlechter aus (Porter und Teisberg 2006, 114–117).

Solidarität: Das Krankenversicherungsgesetz KVG fusst auf dem Prinzip der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, indem für alle in der Schweiz wohnhaften Personen unabhängig von ihrem Krankheitsrisiko die gleiche Deckung der Grundversicherung gewährleistet wird.

Tarmed (von «tarif médical»): Schweizweit geltendes Rückerstattungssystem für die ambulanten Leistungen von Ärzten und Spitälern.

Vernetzte Ärztepraxen: Ein patientenzentrierter Ansatz zur Organisation der Gesundheitsversorgung. Die Versorgung erfolgt durch multidisziplinäre Teams aus Ärzten, Pflegepersonal und Therapeuten entlang von → KRANKHEITSBILDERN. Ein solches Team umfasst Ärzte und Personal aus mehreren medizinischen Fachgebieten. Beispiel: Die Behandlung von Herzpatienten kann Kardiologen, Gefäss- und Herzchirurgen, Radiologen sowie spezialisiertes Pflegepersonal und Therapeuten umfassen (Porter und Teisberg 2006, 169–170).

Vertragsfreiheit: Mit der Vertragsfreiheit zwischen Krankenversicherungen und Leistungserbringern haben Krankenversicherungen die Wahl zu entscheiden, mit welchen Leistungserbringern sie Verträge für die Entgeltung derer Leistungen abschliessen wollen. Für Leistungserbringer entfällt im Gegenzug die Pflicht, die Patienten aller Krankenversicherungen zu behandeln. Die Vertragsfreiheit wird in der Schweiz durch den → KONTRAHIERUNGSZWANG beschränkt.

Zusatzversicherung: Heilungs- und Pflegekosten, die über die Leistungen der obligatorischen Grundversicherung hinausgehen bzw. nur teilweise übernommen werden, können durch eine zusätzliche Versicherung abgedeckt werden.

6.5 Interviewte Personen in der Schweiz

Dr. med. Sonja Aellig, Ärztin, Managerin Qualitätsmessungen, Verein Outcome

Semya Ayoubi, lic. rer. pol., wissenschaftliche Mitarbeiterin, Bereich Gesundheitsökonomie und -information, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

Hanspeter Bättig, Abteilungsleiter Organisation und Informatik, Gesundheitsdepartement des Kantons Luzern

Dr. med. Christoph Bangerter, Geschäftsleitungsmitglied, e-mediat AG

Otto Bitterli, CEO, Sanitas Krankenversicherung

Claudia Brenn, lic. iur. MBA, Generalsekretärin, Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich AGZ

Thomas B. Cueni, Generalsekretär, Interpharma

Dr. Martin D. Denz, Vizepräsident, European Health Telematics Association

Dr. Markus Dürr, Regierungsrat, Präsident, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

Dr. med. Andy Fischer, CEO, Medgate AG

Prof. Dr. Antoine Geissbühler, Direktor, Service Informatique Médicale (SIM) der Universitätsspitäler Genf (HUG)

Dr. Mark Kohler, CEO, Spital Thurgau AG

Philippe Milliet, Mitglied des Executive Committee, Leiter Generaldirektion Santé, Galenica Ltd.

Magnus Oetiker, Leiter Hospital Services, Mitglied der Geschäftsleitung, Klinik Hirslanden

Beat Osswald, Co-Leiter der Geschäftsstelle, Betriebsökonom FH, Verein Outcome

Dr. Marc-André Raetzo, Direktor, Groupe Médical d'Onex

Dr. Antoine Roggo, Dr. med., Dr. iur., MBA HSG, Senior Consultant, Healthcare Risk Management, Kessler Consulting Inc.

Felix Roth, lic. rer. pol., Geschäftsführer, EQUAM Stiftung

Stephan Sigrist, Dipl. Natw. ETH, wissenschaftlicher Mitarbeiter, Gottlieb Duttweiler Institut GDI, Collegium Helveticum

Gaudenz Silberschmidt, Leiter Internationales, Bundesamt für Gesundheit BAG

Dr. med. Urs Stoffel, Präsident, Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich AGZ

Dr. François van der Linde, MPH, Facharzt FMH für Prävention und Gesundheitswesen, Präsident, Radix Gesundheitsförderung

Dr. Isabelle Vautravers, Leiterin Kommunikation, Sanitas Krankenversicherung

Hans Peter Vogler, wissenschaftlicher Mitarbeiter, Gesundheitsdepartement des Kantons Luzern

Dr. med. Christian Westerhoff, Leiter Planung Steuerung Projekte, Klinik Hirslanden

Dr. Ole Wiesinger, Direktor, Klinik Hirslanden

Franz Wyss, lic. rer. pol., Zentralsekretär, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

Prof. Dr. med. Thomas Zeltner, Direktor, Bundesamt für Gesundheit BAG

Prof. Dr. Peter Zweifel, Professor für Ökonomie, Sozialökonomisches Institut, Universität Zürich

6.6 Mitglieder der Arbeitsgruppe economiesuisse

Fritz Britt, Direktor, santésuisse +

Urs Brogli, Leiter Unternehmenskommunikation, Klinik Hirslanden

Thomas B. Cueni, Generalsekretär, Interpharma

Marc Defalque, Head of e-Health, Swisscom IT Services AG

Roman Del Medico, Product Manager e-Health, Healthcare & Insurance, Swisscom IT Services AG

Brigitte Dostert, Economic Research, ILPE, Credit Suisse

Gregor Dünki, Business Development Manager, Healthcare Industry Switzerland, Intel Switzerland AG

Dieter Grauer, stv. Direktor, SGCI Chemie Pharma Schweiz

Markus Nufer, Manager of Governmental Programs, IBM Switzerland

Clemens Roggen, lic. iur., Fürsprecher, SGCI Chemie Pharma Schweiz

Heinz Roth, Bereichsleiter Krankenversicherung, Schweizerischer Versicherungsverband SVV

Aleksandar Ruzicic, Project Manager, Roland Berger Strategy Consultants

Dr. Heiner Sandmeier, MPH, stv. Generalsekretär, Interpharma

Dr. Daniel A. Schlegel, Partner, Health & Life Sciences, Accenture AG

