



Urs Stoffel

Die gesundheitspolitische Diskussion mitgestalten

Die Einführung des Fallpauschalensystems SwissDRG wird zu Verschiebungen der Patientenströme in die Arztpraxis führen. Um diese sektoriellen Verschiebungen zu dokumentieren, lancierten die Ärztesgesellschaft Zug, die Ärztekasse und das TrustCenter medkey vor zwei Jahren das Projekt «Reason For Encounter» (RFE). Es belegt die Verlagerung von Patienten vom stationären in den ambulanten Sektor und ist ein wichtiger Mosaikstein für die Begleitforschung zu SwissDRG.

Die ärzteeigene Datenerhebung und -validierung schafft evidenzbasierte Entscheidungsgrundlagen für die notwendigen gesundheitspolitischen Reformen und trägt so zur Optimierung der Behandlungsabläufe bei. Im Zentrum stehen die Analyse der volkswirtschaftlichen Gesamtkosten und der Nutzen medizinischer Behandlungen. Untersucht werden auch kostenintensive Krankheiten: Im Hinblick auf die Förderung von integrierten Versorgungsmodellen ist ein morbiditätsbasierter Risikoausgleich zentral und unabdingbar. Der Ärzteschaft bietet sich damit die einmalige Chance, die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion mitzugestalten.

Die Themen dieser Nummer sind

Was macht die Ärzteschaft mit ihren Daten?

Die heutige gesundheitspolitische Debatte ist vor allem auf die Kosten fixiert. Über Qualitätsrichtlinien, Versorgungskriterien oder Ressourcenverteilung für die langfristige Sicherstellung der Grundversorgung in peripheren Gebieten wird kaum gesprochen. Mit eigenen Projekten will die Ärzteschaft Daten erheben, um das Bewusstsein für diese Themen zu stärken. [Seite 2](#)

Mit «Reason For Encounter» Patientenströme erfassen

Der Ärzteschaft wird oft vorgeworfen, sie sei für die steigenden Patientenzahlen im ambulanten Sektor verantwortlich. Doch die Gründe für Arztbesuche wurden bisher nicht systematisch erfasst. Das Projekt «Reason For Encounter» hat zum Ziel, diese Lücke zu schliessen und dank eigenen Auswertungen die vorgebrachten Behauptungen zu entkräften. [Seite 3](#)

Versorgungsforschung in der Schweiz – Standortbestimmung und Ausblick

Sich wandelnde demografische und wirtschaftliche Rahmenbedingungen sowie neue Behandlungsstrategien setzen das Schweizer Gesundheitssystem einem dauernden Reformprozess aus. Neue Versorgungskonzepte müssen entwickelt, umgesetzt und auf ihren Nutzen hin überprüft werden, um Unter-, Über- und Fehlversorgung zu vermeiden. Eine nachhaltige und unabhängige Versorgungsforschung ist deshalb unabdingbar. [Seite 6](#)

Was macht die Ärzteschaft mit ihren Daten?

Von Peter Wiedersheim und Barbara Zinggeler

Die Datenerhebung durch die Schweizer Ärzteschaft trägt zur Optimierung der Behandlungsabläufe bei. Sie schafft evidenzbasierte Entscheidungsgrundlagen für Reformen im Gesundheitswesen.

Die gesundheitspolitische Debatte ist heute vor allem auf die Kosten des Gesundheitssystems ausgerichtet. So verlangt das Krankenversicherungsgesetz (KVG), dass Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich erbracht werden. Zu kurz kommt leider die Frage, wie die Qualität des Gesundheitssystems langfristig sichergestellt werden kann: Welche Kriterien müssen erfüllt sein, damit die medizinische Versorgung der Bevölkerung gewährleistet ist? Wie sollen die knapp vorhandenen Ressourcen optimal eingesetzt werden, damit die Grundversorgung auch in peripheren Gebieten sichergestellt bleibt? Gesundheitsdaten, welche die Ärzteschaft in verschiedenen Projekten erhebt, wollen auf diese Fragen antworten. Ziel ist eine optimale medizinische Versorgung der Bevölkerung in der Schweiz.

Welche Ziele verfolgt die Ärzteschaft mit der Erhebung von Gesundheitsdaten?

Die laufenden Projekte (siehe Artikel Seiten 3 und 6) zeigen den Nutzen einer eng vernetzten medizinischen Grundversorgung durch die niedergelassene Ärzteschaft. Dabei liegt der Fokus auf der ambulanten Betreuung der Patientinnen und Patienten. Analysiert werden die volkswirtschaftlichen Gesamtkosten und der Nutzen der medizinischen Behandlung. Dazu werden auch kostenintensive Krankheiten untersucht. Die Datenerhebung durch die Ärzteschaft will zur Optimierung der Behandlungsabläufe beitragen und evidenzbasierte Entscheidungsgrundlagen für Reformen des Gesundheitswesens schaffen.

In der kommenden Session setzt das eidgenössische Parlament die Debatte über integrierte Versorgungsmodelle bzw. Managed Care fort; in diesem Zusammenhang erlauben die neu erhobenen Daten den Kantonen, Konzepte für eine nachhaltige Gesundheitsversorgung – sowohl auf

regionaler wie auf kantonaler Ebene – zu erarbeiten. Auch in der Diskussion um Zulassungsbeschränkungen für Leistungserbringer sind diese Daten unverzichtbar: Sie ermöglichen den kantonalen Gesundheitsdirektionen überhaupt erst, Entscheidungen zu treffen. Bei den Fallpauschalen geht es darum, Veränderungen bei der Nachfrage medizinischer Leistungen durch die Patienten festzustellen und zu dokumentieren. Diese sogenannten Patientenströme sollen über die Kantonsgrenzen hinweg erfasst werden. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass Patienten zunehmend mobil sind und die ambulante Versorgung daher überregional geplant werden muss.

Eine aktive Versorgungsforschung bietet der Ärzteschaft die Chance, aufgrund fundierter Daten die aktuelle politische Diskussion im Gesundheitswesen mitzugestalten. Für eine Planung, die sich an den Bedürfnissen der Patienten orientiert, braucht es weiter einen morbiditätsbasierten Risikoausgleich. Im Hinblick auf die Förderung von integrierten Versorgungsmodellen ist dieser Punkt zentral. Auch für diese Analysen liefern die Daten der Ärzteschaft wichtige Grundlagen.

Pilotprojekt zur Begleitforschung: «Reason For Encounter» RFE

2012 kommt es zur Einführung des Fallpauschalensystems SwissDRG in den Spitälern. Für die niedergelassene Ärzteschaft ist dieser Systemwechsel von grosser Bedeutung; er wird weitreichende Auswirkungen haben. Es ist unabdingbar, dass künftig datenbasierte Aussagen zur Verfügung stehen. Dasselbe gilt für die Evidenz medizinischer Leistungen. Hier gilt es, zu entscheiden, welche Leistungsdaten die nötigen Informationen liefern können. Unter welchem Fokus kann der Nutzen einer ambulanten Versorgung in unserem Gesundheitssystem hervorgehoben werden? Ziel bleibt immer die optimale medizinische Versorgung der Patienten. Der ärztteigene Datenpool wird entsprechende Auswertungen ermöglichen.

Zu diesem Zweck stellen wir nachfolgend das Projekt «Reason For Encounter» RFE vor. Es ist ein gemeinsames Projekt der Ärztesgesellschaft Zug, der Ärzteskassen und des TrustCenter medkey. Wir können damit das Nachfrageverhalten der Patienten erfassen und evaluieren. Damit liegen erstmals gesicherte Daten vor, warum ein Patient aus einem bestimmten Grund eine medizinische Leistung auslöst. Das Projekt ist ein wichtiger Teil für eine Begleitforschung zu SwissDRG. Es ist von grösster Wichtigkeit, dass möglichst viele Ärztinnen und Ärzte bei der Erhebung dieser RFE-Codes mitmachen!

Die hier beschriebene Datenerhebung ist unverzichtbar für die Ärzteschaft. Je mehr Ärztinnen und Ärzte sich daran beteiligen, umso besser können wir uns mit evidenzbasierten Statistiken in den politischen Prozess einbringen. Nehmen Sie bitte noch heute Kontakt mit Ihrem Software-Anbieter auf!

Dr. med. Peter Wiedersheim ist Vorstandsmitglied der Konferenz der Kantonalen Ärztesgesellschaft KKA und Präsident der Konferenz der Ostschweizer Ärztesgesellschaft K-OCH.
lic. phil. Barbara Zinggeler ist Geschäftsführerin der KKA.

Grundsätze bei der Datenerhebung und -auswertung

Das Ziel ist bessere Gesundheit und nicht Behandlungsausweitung. Gesundere Patienten sind weniger teuer.

Ein verbesserter, morbiditätsbasierter Risikoausgleich und Modelle zur integrierten Versorgung ermöglichen eine optimierte Patientenbetreuung.

Alles Streben und Handeln muss auf einen «Mehrwert» («added value») für die Patienten ausgerichtet sein.

Volkswirtschaftliche Gesamtkosten und der Patientennutzen sind mit zu berücksichtigen.

Qualität vor Kosten: Eine Verbesserung der Qualität spart nachweislich Kosten im Gesundheitswesen.

Etablierung einer Begleit- und Versorgungsforschung.



Mit «Reason For Encounter» Patientenströme erfassen

Von Ueli Zihlmann und Thomas Banz

Der ambulante Sektor verfügt über aussagekräftige Zahlen zu ärztlichen Leistungen. Jedoch wurden die Gründe für einen Arztbesuch bisher nicht systematisch erfasst. Das Projekt «Reason For Encounter» hat zum Ziel, diese Lücke zu schliessen. Oft wird der Ärzteschaft vorgeworfen, sie sei für die steigenden Patientenzahlen verantwortlich, insbesondere in den Notfallstationen und Ambulatorien der Kliniken. Mit den Daten aus RFE kann dieser Vorwurf objektiv entkräftet werden. Die Einführung von Fallpauschalen in den Spitälern wird zu Verschiebungen der Patientenströme in die Arztpraxen führen. Mit RFE können diese Patientenströme erfasst und analysiert werden.

Das Problem: ständig steigende Patientenzahlen in den Arztpraxen

Die Ärzteschaft ist immer wieder dem Vorwurf ausgesetzt, für die Mengenausweitung im Gesundheitswesen verantwortlich zu sein. Dieser Vorwurf wurde nie belegt, insbesondere weil Statistiken fehlen, die eine Klassierung der Nachfrage nach medizinischen Leistungen enthalten.

Für die Nachfrage nach medizinischen Leistungen sind verschiedene Faktoren massgebend. Dazu gehören demografische Entwicklungen, neue Versorgungsmodelle, behördliche Verordnungen, aber auch die Revision der Analysenliste. Per 1. Januar 2012 wird zudem die Einführung der Fallpauschalen SwissDRG die Patientenströme im stationären Bereich durch externe Vorabklärungen, Nachbehandlungen oder Selektion verändern.

In den Spitälern einiger Kantone sind seit geraumer Zeit Pilotprojekte nach AP-DRG im Gang. Die Beteiligten bereiten sich so auf SwissDRG vor und sammeln Erfahrungen, wie die Struk-

turen bis zur Einführung der Schweizer Fallpauschalen angepasst werden müssen. Damit ist SwissDRG bereits heute Realität und zeigt Konsequenzen.

Es gilt, rechtzeitig zu handeln

Die Erfahrungen aus den vergangenen Jahren haben gezeigt, dass sich die Ärzteschaft nicht immer rechtzeitig gegen Tarifsenkungen und nachteilige Gesetzesänderungen wehren konnte. Angesichts der erwarteten Zunahme der ambulanten Patientenzahlen ist es für die Ärzteschaft zent-

ral, über eigene Zahlen zu verfügen. Sie muss aufzeigen können, aus welchem Grund Patienten einen Arzt aufsuchen. Es braucht verlässliche Daten, um entsprechend argumentieren zu können. Damit wappnet sich die Ärzteschaft gegen Unbill, die unweigerlich mit der Einführung von SwissDRG einhergeht. In der Phase der Kostenneutralität von TARMED hat sich gezeigt, dass Mengenausweitungen ohne belegbare Statistiken zuungunsten des Leistungserbringers gewertet werden. Wo die Ärzteschaft über keine

Bisher wurden die Gründe für Konsultationen nicht systematisch verfasst – zum Leidwesen und Nachteil der Ärzteschaft.



eigenen Daten verfügte, wurden die Mengenausweitungen der Ärzteschaft angelastet.

Auf die Erfahrungen anderer Länder bei der Einführung von Fallpauschalen lässt sich leider nicht zurückgreifen. In Deutschland wurde zum Beispiel verpasst,

«Was führt die Patienten in die Arztpraxis?»

Daten aus dem ambulanten freiberuflichen Segment vor der Einführung der Fallpauschalen zu erheben. Dieses Versäumnis bedauern die Verantwortlichen heute sehr. Deshalb müssen wir schnell verlässliche Informationen und Daten zur Nachfrage erfassen.

Das Projekt RFE

Die Zuger Ärztegesellschaft ergriff Ende 2009 die Initiative und suchte zusammen mit den Partnern TrustCenter medkey und der Ärztekasse nach einer Lösung, um eine solche Erhebung rasch, einfach und unkompliziert umzusetzen. So wurde das Projekt «Reason For Encounter» (RFE) (Deutsch: «Grund für die Begegnung») entwickelt. Mit RFE wird jede Sitzung nach dem Beweggrund des Patienten, einen Arzt aufzusuchen, klassifiziert. Die Klassierung erfolgt direkt bei der Leistungserfassung mittels der Praxissoftware. Um die Erfassung zu vereinfachen, wurden acht Codes entwickelt.

Die Anforderungen an RFE wurden wie folgt festgelegt:

- Minimaler Aufwand bei der Code-Erfassung durch die Ärztin oder den Arzt
- Leichte Verständlichkeit und Identifikation des Codes
- Erhebung ohne Kostenfolge für den Arzt
- Keine Änderung an bestehenden Strukturen und Standards (XML, Tarifpositionen, Diagnosen)
- Einfache Implementation für die Software-Anbieter
- Rasche Umsetzbarkeit

Die RFE-Codes

Den Teilnehmenden stehen zurzeit acht Codes zur Verfügung, um das Motiv des Patienten für einen Arztbesuch zu klassieren. Um die Wahl des richtigen Codes zu vereinfachen, erarbeiteten die Initianten in Zusammenarbeit mit dem RFE-Steuerungsausschuss je eine Definition sowie ein praktisches Beispiel.

Code 01 Definition	Kontakt auf Wunsch des Patienten Dieser Code wird immer dann gesetzt, wenn der Kontakt vom Patienten oder seinen Angehörigen initiiert wurde.
Code 02 Definition	Notfallkonsultation Für Notfallkontakte im engeren Sinne des Wortes. Entsprechend den Tarmed-Positionen (00.2510 – 00.2590). Ausgenommen Position 00.2505.
Code 03 Definition	Kontakt auf Zuweisung Der Arztkontakt entsteht, weil der Patient durch medizinische oder paramedizinische Stellen (Chiropraktiker, Psychologen etc.) zugewiesen wurde.
Code 04 Definition	Kontakt auf eigene Verordnung/Empfehlung Kontakt auf Empfehlung des behandelnden Arztes. Der zeitliche Abstand spielt keine Rolle. Verlaufskontrollen bei akuten oder chronischen Erkrankungen, Tumornachsorge, vereinbarte Vorsorgeuntersuchung etc.
Code 05 Definition	Folgekontakt nach auswärtiger Untersuchung Der Kontakt erfolgt aufgrund einer externen Untersuchung oder Analyse.
Code 06 Definition	Kontakt im Zusammenhang mit Langzeitpflege Der Arztkontakt ist im Zusammenhang mit der Langzeitpflege erforderlich.
Code 07 Definition	Kontakt in kausalem Zusammenhang mit Eingriff/Hospitalisation Ausschlaggebend ist der kausale Zusammenhang mit dem Eingriff oder der Hospitalisation – vorher oder nachher, unabhängig davon, wer die Konsultation ausgelöst hat. Code 07 wird verwendet, bis der Behandlungsgrund weggefallen ist. Dies trifft zu bei Wundversorgung oder Quick-Einstellung.
Code 99 Definition	Kein Arztkontakt Dieser Code dient nicht zuletzt der Vollständigkeit.



«Reason For Encounter» – ein landesweites Projekt

Was als Zentralschweizer Projekt geplant war, stiess nach kurzer Zeit auch ausserhalb der Innerschweiz auf Interesse. Mittlerweile werden in fast in allen Kantonen, Romandie und Tessin inbegriffen, RFE-Codes erfasst. Sämtliche Dokumentationen sind auf Französisch verfügbar, in Kürze auch auf Italienisch.

Informationen zu Software-Anbietern

Die einfache Idee und die problemlose Umsetzbarkeit überzeugten auch die Software-Anbieter. Vitodata und die Ärztekasse ermöglichten ihren Kunden bereits wenige Wochen nach Projektstart die Erfassung von RFE-Codes. Es folgten weitere Anbieter, sodass bereits ein Jahr nach der Projektlanierung zahlreiche grosse und mittelgrosse Software-Anbieter die Code-Erfassung ermöglichen. Die Art und Weise der Code-Erfassung variiert zwischen den einzelnen Softwareanbietern. Eine kurze Dokumentation zu den einzelnen Lösungen ist unter www.reasonforencounter.ch verfügbar.

Wie werden die erfassten Codes ausgewertet?

Dank den gut vernetzten TrustCenters kann bei der Datenauswertung auf eine bestehende Infrastruktur zurückgegriffen werden. Der RFE-Code wird in der XML-Version jeder Rechnung vermerkt. Mit der regulären Datenübermittlung an ein TrustCenter wird der Code transportiert. Die nationale Konsolidierungsstelle NewIndex erstellt im Auftrag der RFE-



«Reason For Encounter» ist lizenzfrei und steht allen praktizierenden Ärztinnen und Ärzten offen.

Projektleitung einen Rohdatenextrakt der erfassten Codes, dies ausschliesslich zuhanden der Ärztesgesellschaften. Aktuell wird eine wissenschaftliche Projektbegleitung implementiert. Damit soll sichergestellt werden, dass der Ärzteschaft valide Zahlen zur Verfügung stehen, die in der Standespolitik verwendet werden können.

Machen Sie mit!

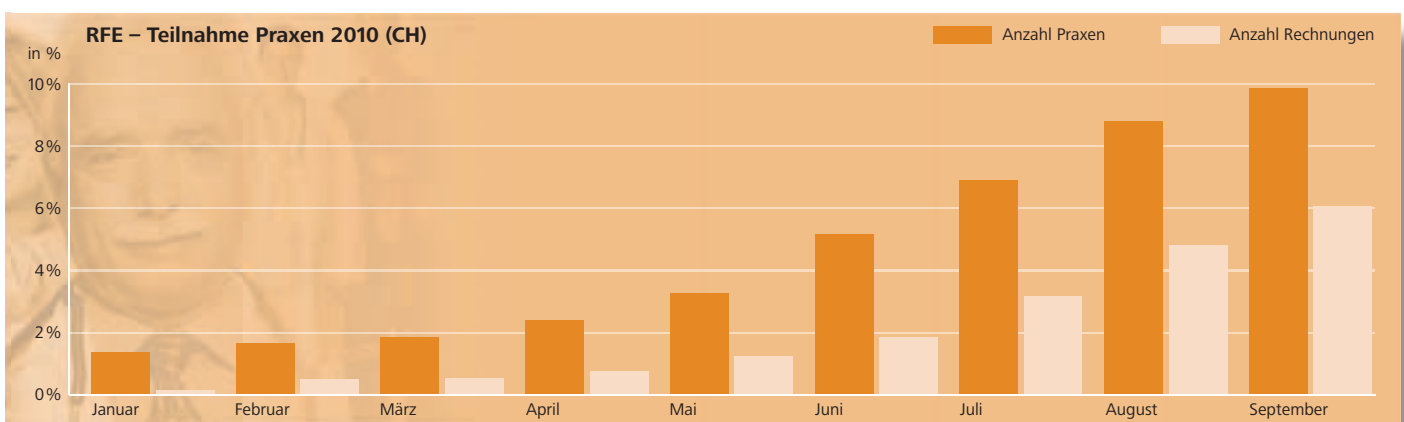
Beginnen auch Sie noch heute mit der Erfassung der Besuchsgründe Ihrer Patienten! Je mehr Ärztinnen und Ärzte sich daran beteiligen, umso besser können wir uns mit evidenzbasierten Daten in den politischen Prozess ein-

bringen. Nutzen Sie die RFE-Codes – der Aufwand lohnt sich! Das Ressort Tarife und Verträge der FMH, die KKA und die Hausärzte Schweiz unterstützen dieses wichtige Projekt. «Reason For Encounter» ist lizenzfrei und steht allen praktizierenden Ärztinnen und Ärzten offen. Nehmen Sie noch heute mit Ihrem Software-Hersteller Kontakt auf und tragen auch Sie dazu bei, dass sich die Beteiligungsquote weiter erhöht!

Weitere Informationen finden Sie auf www.reasonforencounter.ch.

Ueli Zihlmann ist Geschäftsleiter, Thomas Banz Projektleiter der medkey AG.

Die RFE-Beteiligungsquote des Jahres 2010 in der Schweiz



Versorgungsforschung in der Schweiz – Standortbestimmung und Ausblick

Von André Busato

Das schweizerische Gesundheitswesen ist aufgrund der sich wandelnden demografischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und wegen neuer Behandlungsstrategien einem dauernden Reformprozess ausgesetzt. Neue Versorgungskonzepte müssen entwickelt, umgesetzt und auf ihren Nutzen hin überprüft werden, um Unter-, Über- und Fehlversorgung zu vermeiden. Eine nachhaltige und unabhängige Versorgungsforschung ist deshalb unabdingbar: Nur sie kann sicherstellen, dass eine angemessene und auf wissenschaftlicher Evidenz basierte medizinische Versorgung aller Landesgegenden und Bevölkerungsgruppen gewährleistet bleibt.

Das schweizerische Gesundheitssystem ist reformbedürftig. Die kleinräumige und kleingewerbliche Angebotsstruktur ist auf Dauer kaum überlebensfähig, integrierte Versorgungssysteme gewinnen an Bedeutung. In unmittelbarer Zukunft werden neue Tarifsysteme und Organisationsformen eingeführt, die über Kantonsgrenzen hinweg die freie Wahl des Leistungserbringers im stationären Bereich ermöglichen. Stichwörter dazu sind SwissDRG und Managed Care. Patienten werden sich bei der Spitalwahl vermehrt an Qualitätskriterien orientieren, das kantonale Territorialprinzip verliert an Bedeutung. Es ist zu erwarten, dass auch die Aufgaben unter den Gesundheitsberufen neu verteilt werden und die Rolle der Ärzte sowie die Position der Spitäler sich ändern.

Diese Neuorientierung erfolgt weitgehend unter dem Druck zunehmender Gesundheitsausgaben: So liegt eine Vielzahl von Studien vor, die eine Kostenreduktion bzw. eine Verminderung des Kostenwachstums bei den Leistungserbringern dokumentieren. Andererseits fehlen Untersuchungen, die Nutzen und Schaden dieser Prozesse für die Versorgung der Bevölkerung aufzeigen. Eine wissenschaftliche Begleitung des schweizerischen Gesundheitssystems ist nur in Ansätzen vorhanden.

Entsprechend fehlen nicht nur Entschei-

dungsgrundlagen, sondern auch die Möglichkeit, Fehlentwicklungen frühzeitig zu erkennen. So gibt es in der Schweiz nur wenige Daten, die Rückschlüsse auf den effektiven Bedarf an regionalen medizinischen Leistungen zulassen. Mit der Folge, dass die aktuelle Versorgungsplanung auf der Entwicklung der vergangenen Jahre beruht – und leider nicht den effektiven Bedarf als Planungsgrundlage verwendet.

Obwohl die Schweiz klein ist und alle Landesteile verkehrsmässig gut erschlossen sind, gibt es beträchtliche regionale Unterschiede hinsichtlich Verfügbarkeit und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen: Die grosse regionale Varianz (bis Faktor zehn) bei der Inanspruchnahme kardiovaskulärer Operationen lässt darauf schliessen, dass Leistungen erbracht werden, die medizinisch nicht begründbar sind, oder dass notwendige Leis-

tungen vorenthalten werden. Systematische und anhaltende Praxisvariation ist Zeichen eines Systems, das seine Aufgaben nicht erfüllt. Langjährige Untersuchungen in den USA weisen darauf hin, dass medizinische Notwendigkeiten und soziokulturelle Unterschiede der Bevölkerung die beobachtete Praxisvariation nur zu einem geringen Teil erklären können. Die Ursachen sind vielmehr in Fehlansätzen sowohl auf Angebots- wie auf Nachfrageseite zu suchen. Über das Ausmass der damit verbundenen Kosten kann nur spekuliert werden.

Inwieweit sich die Aufhebung von Kantonsgrenzen (als Folge der Einführung von SwissDRG) auf die beobachteten regionalen Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Leistungen auswirken wird, ist ebenfalls unklar. Man kann davon ausgehen, dass veränderte Patientenströme und Leistungsverschie-

Fallpauschalen und integrierte Versorgungsmodelle werden die Rolle der Ärztinnen und Ärzte verändern.





bungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor direkte Auswirkungen auf die regionale Angebotsstruktur haben. Nachgelagerte Effekte in Bezug auf Versorgungssicherheit und -qualität der lokalen Bevölkerung sind vorprogrammiert. Praktisch alle Beteiligten stellen einen Mangel an wissenschaftlich soliden Grundlagen fest. Diese wären für einen derart grundlegenden Umbau des schweizerischen Gesundheitssystems als Entscheidungshilfen dringend nötig. Weniger Konsens besteht über die Prioritäten und das methodische Vorgehen. In Bezug auf die Begleitforschung zur Einführung von SwissDRG ist trotz gesetzlicher Vorschriften bisher praktisch nichts geschehen. Aber die Zeit drängt! Leider hat eine akademisch verankerte Versorgungsforschung, die unabhängig von Partikularinteressen solche Fragestellungen längerfristig untersucht, in der Schweiz keine Tradition. Die dafür nötigen strukturellen Ressourcen, Investitionen und Fördermittel sind praktisch nicht vorhanden. Eine Situation, die im Vergleich zu anderen Ländern mit ähnlichen Gesundheitssystemen schon fast grotesk wirkt.

An der Universität Bern wurde nun eine Arbeitsgruppe geschaffen, deren primäre Aufgabe es ist, die Versorgungsforschung in der Schweiz nachhaltig akademisch zu verankern. Für die nächsten drei Jahre wurden folgende Ziele definiert:

Dokumentation regionaler Unterschiede in Verfügbarkeit und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

Die erste Zielsetzung stützt sich auf das Konzept von spezifischen Versorgungsregionen, die aufgrund der bisherigen Verfügbarkeit und Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen definiert werden. Diese Regionen stellen ein Abbild effektiv beanspruchter Leistungen dar. Sie ermöglichen eine bevölkerungsbezogene Dokumentation der regional vorhandenen Ressourcen (Anzahl Ärzte,



Wie wirkt sich die Aufhebung der Kantonsgrenzen auf die medizinische Versorgung in den Regionen aus?

Geräte usw. pro 1000 Einwohner) und deren Inanspruchnahme, unabhängig von kantonalen oder administrativen Grenzen. Analog kann der erzielte Effekt einer Leistung für bestimmte Indikationen dokumentiert werden, das heisst, die Veränderung regionaler Morbiditäts- und Mortalitätsindikatoren sichtbar machen. Die dabei gewonnenen Ergebnisse liefern nicht nur die Grunddaten der aktuellen Epidemiologie von Gesundheitsproblemen auf regionaler Ebene, sie bilden auch die Basis für eine Versorgungsplanung hinsichtlich einer effizienten und gleichberechtigten Zuteilung von Ressourcen.

Für diese erste Phase werden weitgehend bestehende Daten verwendet. Eine Schwierigkeit liegt darin, die zum Teil sehr grossen Datenbestände, die von Bundesämtern, Ärzteorganisationen und von Versicherungen gesammelt werden, zu beschaffen und unter Einhaltung des Datenschutzes sinnvoll zu verbinden. In einem weiteren Schritt müssen Strategien zur Validierung

und Operationalisierung von Variablen entwickelt (oder aus dem Ausland übernommen) und für die Schweiz angepasst werden. Aus diesen Daten wollen wir Informationen gewinnen, die für die Öffentlichkeit von direktem Nutzen sind.

Methodisch stützt sich das Vorgehen auf den «Dartmouth Health Atlas», der in den USA eine zentrale Rolle in der aktuellen Reorganisation des US-Gesundheitssystems einnimmt. Mit dem Dartmouth Institute, der Mutterorganisation des US-Atlas-Projekts, wird eine enge Kooperation angestrebt.

Analyse der Ursachen von Praxisvariation im schweizerischen Gesundheitssystem

Praxisvariation ist ein universales Problem, das in der Struktur der medizinischen Praxis verwurzelt ist und sich nicht auf eine bestimmte Organisationsform oder ein bestimmtes Tarifsystem zurückführen lässt. Klinische Entscheidungen erfolgen in der Regel nicht nach einem

eindeutigen Richtig-falsch-Schema, sondern sie entstehen aus einem Kontinuum von möglichen Interventionen. Demzufolge besteht für eine Vielzahl medizinischer Verfahren eine mehr oder weniger kollektive Unsicherheit mit einem breiten Spektrum akzeptabler Lösungen. Aufgrund der beobachteten Unterschiede in der medizinischen Praxis liegt jedoch die Vermutung nahe, dass nicht allen Ärzten die besten und effektivsten Massnahmen bekannt sind. Nicht alle wenden optimale bzw. evidenzbasierte Behandlungsformen an. Die Folgen sind nicht nur erhebliche Kosten, die letztlich von der Gesellschaft getragen werden, sondern auch potenzielle Risiken für die Patienten.

Die bisherige Forschung zur Praxisvariation hat vor allem das grundsätzliche Phänomen dokumentiert. Ausländische Untersuchungen haben eine Serie von hypothetischen Erklärungen aufgezeigt, aber Lösungen wurden bisher kaum präsentiert. In diesem Sinn besteht nicht nur in der Schweiz ein erheblicher Forschungsbedarf zu den Ursachen und Auswirkungen von Praxisvariation, die nicht durch medizinische Notwendigkeiten begründet ist.

Forschung in diesem Bereich ist allerdings heikel, da die Bestimmung von effektiven medizinischen Notwendigkeiten in Populationen schwierig, wenn nicht unmöglich ist. In der Regel verläuft die Grenze von zu wenig und zu viel Behandlung bzw. von Unter- und Überversorgung entlang der Schnittstelle zwischen klinischen Notwendigkeiten und ökonomischen Anreizen. Forschungsprojekte sind deshalb den Interessenkonflikten zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern unmittelbar ausgesetzt, entsprechend hoch sind die methodischen Anforderungen. Im Weiteren ist ein hohes Mass an Transparenz und Kommunikationskultur gefordert, damit negative Resultate nicht nur für rote Köpfe sorgen, sondern auch eine Verhaltensänderung auslösen.

Da nur Ärzte und Spitäler die Art, wie medizinische Leistungen erbracht werden, verändern können, wird ein



Klinische Entscheide folgen in der Regel nicht einem eindeutigen Richtig-falsch-Schema, sondern einem Kontinuum möglicher Interventionen.

pragmatisches Vorgehen gewählt, um Ursachen und Folgen von Praxisvariation im schweizerischen Gesundheitssystem zu untersuchen. Die Entwicklung und Nutzung validierter Indikatoren der Ergebnisqualität wird dabei zum zentralen Element, um die Versorgung hinsichtlich Effizienz und Qualität zu verbessern.

Internationale Zusammenarbeit

Versorgungsforschung erfordert eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Medizin, Biometrie, Sozialwissenschaften, Ökonomie und Organisationswissenschaften. Die methodischen Anforderungen sind komplex, je nach Fragestellung werden völlig unterschiedliche Studiendesigns verwendet. Die nötigen fachlichen und personellen Anforderungen übersteigen rasch die Möglichkeiten einer einzelnen Institution. Nationale und internationale Zusammenarbeit, wie zum Beispiel mit dem Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich und dem Dartmouth

Institute in den USA, gehört deshalb zu einem weiteren Schwerpunkt der Arbeitsgruppe Versorgungsforschung.

Ob international oder national, eine nachhaltige und unabhängige Versorgungsforschung ist unerlässlich, wenn wir auch künftig eine angemessene und auf wissenschaftlicher Evidenz basierte medizinische Versorgung in allen Regionen und Bevölkerungsgruppen sicherstellen wollen.

Professor André Busato lehrt am Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern sowie am Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich.

Redaktionskommission

Dr. med. Peter Wiedersheim, Vorstandsmitglied KKA;
Dr. med. Fiorenzo Caranzano, Vorstandsmitglied KKA;
Dr. med. Marc-Henri Gauchat, Co-Präsident KKA;
lic. phil. Barbara Zinggeler, Geschäftsführerin KKA;
Marco Tackenberg, Geschäftsführer forum | p r;
Markus Gubler, Projektverantwortlicher forum | p r