

Nutzung von ökonomischen Anreizen in einem wettbewerblichen, sozialen Gesundheitswesen

Fallpauschalen und Integrierte Versorgungsstrukturen: Strategien für Leistungserbringer

S. Hölzer

Mit neuen pauschalierenden Modellen zur Abgeltung von Gesundheitsleistungen im stationären Sektor, wie zum Beispiel der Einführung von diagnoseorientierten Fallgruppensystemen (DRGs), wird der Versuch unternommen, ökonomische Anreize über ein prospektives Preissystem zu integrieren. Hieraus ergeben sich grundlegend neue rechtliche, finanzielle und organisatorische Rahmenbedingungen für die Leistungserbringer. Die eher planwirtschaftlichen Instrumente wie die Spitalplanung auf kantonaler Ebene werden zunehmend an Bedeutung verlieren und mehr und mehr durch die finanzielle Anreizstruktur des Systems gesteuert werden. Dies wird u.a. spürbare Auswirkungen auf den ambulanten Sektor nach sich ziehen, wie Erfahrungen im Ausland zeigen [1–4]. Umso wichtiger ist es, potentielle Steuerungsmechanismen offen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern zu diskutieren, um der Politik strategische Entscheidungsgrundlagen liefern zu können.

Weichenstellungen

Der Paradigmenwechsel im Hinblick auf die Finanzierung (von der Input- zur Outputorientierung) und die damit nötigen Anpassungs- und Umstellungsbemühungen von finanziellen Mischsystemen auf pauschale Entgeltsysteme ist seitens der Spitäler eher kritisch zu sehen. Ohne verlässliche mittelfristige Rahmenbedingungen und damit einhergehender Planungssicherheit sind neue strategische Entscheidungen im Spital deutlich erschwert. Dies kann negative Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit einzelner Regionen bzw. für bestimmte Patientengruppen haben. Darüber hinaus ist mit veränderten Aus- und Weiterbildungsbedingungen für Mediziner zu rechnen, welche jedoch hier nicht weiter thematisiert werden sollen.

Die Vorgabe von klaren Handlungsspielräumen für die Leistungserbringer auf dem Weg einer schrittweisen Reduktion der Spitalbedarfs-

planung in Richtung Leistungsaufträge der Grund- und Spezialversorgung erscheint notwendig. Hier bewegt man sich auch weiterhin im Spannungsfeld zwischen dem nur sehr schwer abschätzbaren tatsächlichen Bedarf an Krankenhausleistungen, dem zur Verfügung stehenden Angebot und der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen seitens der Bevölkerung. Eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik, eine rein auf der derzeitigen Datenbasis durchgeführte strikte Angebotsplanung oder aber das Arbeiten mit gedeckelten Spitalbudgets können als weitgehend unabhängig vom Bedarf angesehen werden und sind seitens der Leistungserbringer abzulehnen.

Welche Potentiale eines zukünftigen, wettbewerblichen Systems gilt es auszuschöpfen? Über welche Weichenstellungen kann die Gesundheitspolitik dieses System steuern? Wie lassen sich ökonomische Anreize ausnutzen? Hier sind insbesondere verlässliche Rahmenbedingungen für

- zukünftige Vergütungsformen,
- die sektorenübergreifende Kooperationen zwischen Leistungserbringern und
- die Vertragsgestaltung zwischen Kostenträger und Leistungserbringer zu fordern.

In der Zukunft gilt es, den Spagat zwischen der Setzung wettbewerblicher Anreize und der Wahrung der medizinischen Qualität zu finden. Dabei sollten produktive und kostengünstige Anbieter positive Anreize erfahren und die Möglichkeit bestehen, auch auf unwirtschaftliche Spitäler Druck ausüben zu können. Dabei sollten die Anreizstrukturen möglichst transparent und einfach gehalten werden. Unternehmerische Gewinne müssten grundsätzlich gefördert werden. Die Schwierigkeit besteht darin, krankenhausspezifische Faktoren in die Bewertung der wirtschaftlichen Betriebsführung einzubinden. Für die Leistungserbringer heisst dies, die jeweiligen Unternehmungsstrategien zu überdenken, vor

Korrespondenz:
PD Dr. med. Simon Hölzer
H+ Die Spitäler der Schweiz
Lorrainestrasse 4 A
Postfach 302
CH-3000 Bern
Tel. 031 335 11 24
Fax 031 335 11 70

E-Mail: simon.hoelzer@hplus.ch

allem bezüglich des Leistungsangebots, der Notwendigkeit des Eingehens von strategischen Allianzen, neuen Betriebsmodellen (zum Beispiel Kompetenzzentren oder Netzwerke) bis hin zu Formen integrierter Versorgung.

DRG-System: nur bedingt sinnvolles Steuerungsinstrument

DRG-Systeme versuchen, Krankenhaufälle in medizinisch und kostenmässig aufwandhomogene Gruppen aufgrund medizinischer Parameter zusammenzufassen. Treibender Parameter für die Zusammenfassung sind also die Kosten, so dass im Extremfall unterschiedlichste medizinische Problemkonstellationen in eine DRG (Fallgruppe) zusammengefasst werden könnten. Eine medizinisch nicht plausible Gruppenbildung ermöglicht jedoch keine Transparenz der Leistungen und beeinträchtigt dementsprechend die Akzeptanz eines solchen Systems. Das DRG-System selbst stellt also im Resultat immer einen Kompromiss zwischen medizinischer Plausibilität, Kostenhomogenität und Praktikabilität dar. Die zur Verfügung stehenden DRG-Systeme wurden in den jeweiligen Ursprungsländern im Sinne einer optimierten Kostenhomogenität entwickelt. Eine direkte Übertragung eines solchen Systems ist mit Problemen behaftet, welches insbesondere die Varianz der Kosten in den einzelnen Fallgruppen betrifft. Zu den Ursachen, die die Varianz deutlich beeinflussen, gehören die Unterschiede der Behandlungsstrategien und der Spitalorganisation wie auch Ungenauigkeiten der Kostenerfassung und Umlage-/Verrechnungsverfahren. Dazu kommen auch echte Unterschiede der Kosten auf regionaler, nationaler bzw. internationaler Ebene.

Gefahren für die Spitäler

Je grösser die Streuung der Ist-Kosten einer Fallgruppe und damit der Varianz, desto grösser ist die Gefahr, dass das Entgelt nicht den tatsächlichen Kosten des einzelnen Behandlungsfalles entspricht. Übersteigen die Behandlungskosten das Entgelt, so erleidet das Krankenhaus einen Verlust (einen Gewinn entsprechend im umgekehrten Fall). Die ökonomischen Risiken steigen mit zunehmender Varianz und geringer Behandlungsfallzahl für das einzelne Spital. Beim Unterschreiten einer kritischen Masse (Behandlungsfallzahl) können Leistungen entsprechend nicht mehr kostendeckend angeboten werden bzw. keine Erlöse erwirtschaftet werden. Dies ist

eines der Steuerungsmechanismen eines DRG-Systems, welches auf Spezialisierung abzielt. Dies bedeutet für das einzelne Spital somit, auf selten erbrachte Leistungen ganz zu verzichten. Hierzu geben die ökonomischen Risiken aus geringer Fallzahl einen weiteren Anreiz. Diese Gefahren sind für kleinere Häuser mit geringeren Fallzahlen trotz eines breiten Angebotes von medizinischen Grundleistungen vergleichsweise grösser.

Ein weiterer Anreiz besteht darin, aus dem Spektrum der Krankheitsfälle aller Fallgruppen nur jene mit geringen Kosten zu selektieren (Patientenselektion). Aufwendigere Krankheitsfälle werden vermehrt frühzeitig verlegt oder entlassen bzw. einzelne Leistungskomponenten vorenthalten. Dies führt zu Qualitätsreduktion einerseits und einer Belastung von Spitalern der Maximalversorgung mit komplexen und potentiell «unwirtschaftlichen» Fällen.

Kosteneinsparungen können u.a. über Art und Menge erbrachter Leistungen erzielt werden. Wichtige Schnittstellen zur Prozessoptimierung sind nicht direkt mit der Einführung eines DRG-Systems verknüpft. Diese gilt es im Hinblick auf eine patientenzentrierte Versorgung nach den Massstäben der evidenzbasierten Medizin aufzubauen. Trotz Preiswettbewerb müssen darüber hinaus Kontrollmechanismen geschaffen werden, die es erlauben, die Menge erbrachter Leistungen bzw. Fallzahlen zu plausibilisieren.

Wirtschaftlichkeitsreserven im schweizerischen Gesundheitswesen

Obwohl international vergleichende Daten zu den Gesundheitsausgaben mit Vorsicht zu interpretieren sind, da die verwendeten Indikatoren unterschiedlichen Definitionen unterliegen und auch das Rechnungswesen zwischen den Ländern variieren kann, sind diese zur Orientierung durchaus geeignet. Für die Schweiz zeigte sich bei der stationären Behandlung ein sehr starkes Wachstum zwischen den Jahren 1980 bis 1994. Mit einem Anteil von 4,9% am Bruttoinlandsprodukt (BIP) steht sie an der Spitze der europäischen Vergleichsländer, hierin sind jedoch auch zum Beispiel Kosten für die Langzeitpflege entgegen den Gewohnheiten manch anderer Länder mitenthalten. Bezüglich der Zahl von Akutbetten pro 1000 Einwohner liegt die Schweiz mit einer Zahl von 5,1 unter den Nachbarländern Deutschland und Österreich, jedoch über dem EU-Durchschnitt von 4,2 Betten (OECD 1999). Diese Bettendichte in der Akutpflege lässt sich nur teilweise durch die Einweisungsraten erklären, welche mit 17,5 pro 100 Einwohner

knapp über dem EU-Durchschnitt auf mittlerem Niveau liegt. Trotz der massiven Reduktionen der vergangenen Jahre zeigt die akutstationäre Verweildauer mit einem Wert von 10,3 Tagen einen der höchsten Werte im EU-Umfeld auf.

Interessant sind hier jedoch die interkantonalen Unterschiede, die sich unter anderem auch durch die unterschiedlichen Vergütungssysteme erklären lassen. So erreicht man zum Beispiel im Kanton Bern mit einem Mischmodell und der Einführung von Abteilungsfallpauschalen eine Senkung der mittleren Aufenthaltsdauer auf 8,2 Tage. Im Insspital Bern, als einem Zentrum der Maximalversorgung, konnte die Aufenthaltsdauer im Jahr 2002 auf 7 Tage gesenkt werden.

Mit der Einführung pauschalierender Entgeltsysteme wird eine Reduktion der Aufenthaltsdauer erreicht, worüber man sich eine Kostenreduktion verspricht. Gleichzeitig kommt es aber kompensatorisch zu einer Fallzahlvermehrung. Diese erklärt sich zum einen durch den Zwang, Leistungen in bezug auf unterschiedliche Erkrankungen in getrennt abzurechnenden Behandlungsepisoden durchzuführen. Des Weiteren kommt es zu höheren Einweisungsraten (Rehospitalisationen) aufgrund von nachstationären Komplikationen. Fallpauschalen können, um einer frühzeitigen Entlassung entgegenzuwirken, mit einer Gewährleistungspflicht kombiniert werden. Diese besagt, dass keine zusätzliche Vergütung für eine Wiedereinweisung bei gleicher Grunderkrankung innerhalb eines festgelegten Zeitraums erfolgen darf.

Aufgrund der vorliegenden internationalen Zahlen besteht ein gewisses Potential, stationäre Kosten durch die Verkürzung von Aufenthaltsdauern zu beeinflussen. Über alle Versorgungsstufen hinweg scheint eine mittlere Verweildauer von acht Tagen im akutstationären Bereich bei der in der Schweiz verfügbaren ausserstationären Infrastruktur realisierbar. Dieses Potential ist jedoch in einigen Kantonen (siehe oben) nahezu ausgeschöpft. Begleitend hierzu sollte man jedoch der Frage nachgehen, wo eine spezifische Leistung am besten erbracht wird: (a) ambulant, (b) ambulant im Krankenhaus, (c) stationär in Abhängigkeit der Versorgungsstufe des Krankenhauses oder (d) im Bereich der Heimpflege. Leider gibt es nur sehr wenige versorgungsübergreifende Fallstudien, die dieser Frage nachgehen. So ist bis heute nicht gänzlich geklärt, inwieweit mit der Anwendung eines DRG-Systems tatsächlich Rationalisierungspotential ausgeschöpft werden können. Häufig werden wirkungslose Leistungs- und Kostenver-

lagerungen (auf Kosten der Qualität?) provoziert. Darüber hinaus ist auch nicht geklärt, welche Kosten für die Einführung und Pflege eines solchen Systems und dessen Komplexität notwendig sind. Eine suffiziente Steuerung des Patientenwerdegangs wie auch die Indikationsstellung zur stationären Aufnahme bzw. Überweisung zu Spitälern höherer Versorgungsstufen im Sinne eines dezidierten Fallmanagements ist nicht Bestandteil eines DRG-Systems.

Integrierte Versorgung und Pauschalvergütung: Potentiale nutzen

Die Verzahnung der einzelnen Gesundheitssektoren, insbesondere des ambulanten und stationären Sektors wird als Notwendigkeit für das Erreichen effizienter Strukturen und weitere Qualitätsverbesserungen angesehen. Unterschiedliche Vergütungsstrukturen, Abgeltungsmodelle und Finanzierungsgrundlagen für die einzelnen Sektoren bzw. gar sektorale Budgets führen bei der Patientenversorgung zumeist zu Informationsverlusten bzw. Parallelstrukturen, die zu Mehrfachuntersuchungen, Interessenkonflikten und zunehmendem Einzelkämpfertum geführt haben.

Die gesetzlich gewünschte Umstellung der stationären Leistungsabgeltung auf eine pauschalierte Vergütung im Sinne von Fallpreispauschalen könnte eine Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors unter gewissen Voraussetzungen weiter vorantreiben [5–7]. Durch die zu erwartende Verkürzung der stationären Liegezeiten der Patienten wird das Spital mehr und mehr Wert darauf legen, dass eingewiesene Patienten möglichst gut vordiagnostiziert aufgenommen werden und so schnell wie möglich ambulant weiterbetreut werden können. In den Spitälern wird damit nur noch eine fragmentierte Behandlung erfolgen, die qualitativ nur mit einer entsprechenden vor- und nachstationären Versorgung einhergehen kann. Ein absolutes Ziel ist es dabei, eine durchgehende Versorgungskette zwischen allen beteiligten Sektoren aufzubauen. In anderen Ländern wird sogar seitens der Spitäler darüber nachgedacht, niedergelassene Ärzte an der Fallpauschale zu beteiligen. Damit kann aus haftungsrechtlicher Sicht vermieden werden, dass eine frühzeitige Entlassung teure Schadensansprüche auslöst, wenn es zu Komplikationen bei der Nachbehandlung kommt, die auf eine zu kurze, medizinisch nicht verantwortbare Verweildauer zurückzuführen sind.

Gleichzeitig ermöglicht diese Beteiligung, dass kooperierende Ärzte mittelfristig als Einweisende in die stationäre Behandlung des entsprechenden Spitals tätig würden. Das System ergibt für beide Seiten Anreize, sich an dieser Form der integrierten Versorgung zu beteiligen, welches eine strikte Trennung der Sektoren weiterhin aufweichen würde. Eine weitere Triebfeder im Hinblick auf eine integrierte Versorgung sind sogenannte Versorgungspfade, die auf einer Fallpauschale aufbauen [8, 9]. Der Versorgungspfad beinhaltet dabei nicht nur die standardisierte Behandlung im Spital, sondern auch hiermit verknüpfte vor- und nachstationäre Versorgung. Damit soll mittel- und langfristig gewährleistet sein, dass die Leistungen dort erfolgen, wo sie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW-Kriterien) erbracht werden können. Das System kann natürlich nur soweit funktionieren, als dass praxisnahe Rahmenbedingungen die einzelnen Player nicht noch zur maximalen Ausnutzung ihres Tarifpotentials ermuntern. In anderen Ländern geht bereits der Trend hin in Richtung einer sektorenübergreifenden (zunächst fallbezogenen) Pauschalvergütung. Die wiederum langfristig auf eine morbiditätsorientierte Kopfpauschale umgestellt werden könnte. Welche Rolle hierbei die Einzelleistungsvergütung nach TARMED spielen wird, ist zu klären.

Vertragsgestaltung

Derartige integrierte Versorgungssysteme mit einer sektorenübergreifenden Vergütung bedürfen einer gemeinsamen Vertrags- und Führungsstruktur der Leistungserbringer. Dabei ist das Spektrum ambulanter und stationärer Versorgung einer definierten Bevölkerungsgruppe festzusetzen. Erfahrungen in anderen Ländern zeigen, dass die sinnvollste Form der integrierten Pauschalvergütung eine morbiditätsgewichtete Versichertenpauschale ist. Dabei trägt die Versorgungsstruktur (Netzwerk, Verbund) die wirtschaftliche Verantwortung für sämtliche Leistungen nach dem Versorgungsvertrag. Die Vorteile, die sich durch effizientes Arbeiten ergeben, verbleiben beim Verbund und wirken als Wirtschaftlichkeitsanreiz. Innerhalb dieser Modelle erlaubt die Klassifizierung von Patienten im Sinne einer DRG-Eingruppierung die Definition von stationären Produkten und erleichtert das freie Einkaufen dieser Krankenhausleistungen. Darüber hinaus könnte sich ein Wettbewerb über die Qualität der Leistung bzw. des Leistungserbringers (Akkreditierung, wissenschaftlicher Ruf usw.) entwickeln. Solch ein Preis- und

Leistungswettbewerb setzt u.a. den Wegfall des Kontrahierungszwanges voraus.

Abschätzen von Morbidität

Für diese Modelle sind zu Steuerungszwecken über einen Case-Mix hinaus Instrumente zu entwickeln, um prospektiv Kosten von Versicherten- und Patientenkollektiven abschätzen und vergleichen zu können. Heute werden zum Beispiel für den Risikostrukturausgleich zwischen Krankenversicherern neben der Wohnregion vor allem das Alter und das Geschlecht sowie Vorjahreskosten und Anzahl der Hospitalisationstage zur Standardisierung herangezogen. Es wurde der Versuch unternommen, Indikatoren zu entwickeln, die zukünftige Risiken und entsprechende Kosten besser abzubilden vermögen. Derartige Indikatoren könnten dann in Zukunft für Pauschalabgeltungssysteme im Rahmen der integrierten Versorgung Anwendung finden. Sie stellen eine Messgrösse zur Charakterisierung des Gesundheits- bzw. des Krankheitszustandes eines Kollektives dar. Ziel ist es, dass dieser Indikator möglichst reproduzierbar und insbesondere valide, d.h. prospektiv diskriminierend, ist. Beim Thurgauer Morbiditätsindikator [10] wird eine Kostenschätzung anhand des Alters, Geschlechts, der Zahl der Akutkrankheiten und des langfristigen Gesundheitszustandes (sogenanntes chronisches Grading) festgemacht. In das chronische Grading fliessen sowohl die Zahl, die Schweregrade chronischer Erkrankungen als auch präexistente Risikofaktoren ein. Als schwere Krankheiten gelten zum Beispiel instabile Krankheiten, wie ein Typ-I-Diabetes-mellitus mit hyperglykämischen Entgleisungen. Es konnte gezeigt werden, dass die Kombination obengenannter Faktoren in einem linearen Modell sehr gut mit den Jahreskosten der obligatorischen sozialen Krankenpflegegrundversicherung korreliert. Während der Case-Mix eines Patientenkollektives eines Spitals als medizinischer Versorgungsaufwandsindikator angesehen werden kann, welcher unter anderem auch einer Angebotsinduktion unterliegen kann, könnte ein Morbiditätsindikator in der gezeigten Form möglicherweise objektiver Auskunft über die zu erwartenden Gesundheitskosten geben. Bei einer pauschalen sektorenübergreifenden Abgeltung von Gesundheitsleistungen werden diese Indikatoren mehr und mehr an Bedeutung gewinnen. Dabei spielt letztlich für die Reproduzierbarkeit eine grosse Rolle, inwieweit auch diese Indikatoren einem Upcoding unterliegen.

Zukünftige Spitalplanung und staatliche Steuerungen

Mit der Einführung pauschalierender Entgeltssysteme und der Entwicklung von Werkzeugen zur prospektiven Abschätzung der Gesundheitskosten von Versichertenkollektiven werden bedarfswirtschaftliche Steuerungsinstrumente an Bedeutung verlieren. Eine Steuerung über eine leistungsgerechte Vergütung wird an ihre Stelle treten (müssen) und kann Grundlage für wettbewerbliche Komponenten sein. Damit eröffnen sich sowohl für die Spitäler als auch für die Kostenträger mehr und mehr einzelwirtschaftliche Spielräume. Der Preiswettbewerb wird forciert und sektorenübergreifende integrierte Versorgungsmodelle kontinuierlich ausgebaut werden. In diesem Modell müssen natürlich auch die Sektoren Rehabilitation und Pflege einbezogen werden.

Eine staatliche Steuerung in diesem wettbewerblichen System kann sich im Idealfall die vorhandenen Steuerungsmechanismen zunutze machen und entsprechende Anreize setzen. Vorhandene Informationsinstrumente (insbesondere die Gesundheitsstatistiken) können genutzt werden, um spezifische Kontrollen durchzuführen. Diese sollten dann jedoch nicht mehr zur Bedarfsplanung eingesetzt werden. An deren Stelle könnten, wie oben bereits angesprochen, dezidierte Leistungsaufträge (mit der Definition von Mindestangeboten in den Basisversorgungsbereichen wie der Inneren Medizin und Allgemeinen Chirurgie) treten.

Das Rationalisierungspotential im stationären Sektor wird in Zukunft in einem solchen System stärker in Anspruch genommen werden. Trotzdem muss man vor einer stillen Rationierung auf dem Hintergrund der obengenannten Anreizsysteme warnen. In einem marktwirtschaftlich geregelten Gesundheitswesen bedarf es hier trotz allem einer staatlichen Kontrolle bzw. einer Festlegung langfristiger Gesundheitsziele: Zuerst ist festzulegen, inwieweit ein Spital auf regionaler Ebene seine sozialen Funktionen aufrechterhalten soll. Dabei erscheint es wichtig, eine offene Diskussion über die Werte einer Gesellschaft und deren Umsetzung im Gesundheitswesen zu

führen. Der wünschenswerte, garantierte Leistungszugang für alle Versicherten kann nur im verantwortungsbewussten/kritischen Umgang mit diesen Leistungen durch alle Beteiligten langfristig erhalten werden. Eine rein ökonomische oder rein medizinische Betrachtungsweise bringt hier keine Fortschritte. So liegt es u. a. an der Ärzteschaft, sich federführend für eine soziale Umsetzung von neuen Versorgungs- und Vergütungsstrukturen einzusetzen.

Literatur

- 1 Arnold M, Litsch M, Schellschmidt H (Hrsg.). Schwerpunkt: Vergütungsreform mit DRGs. Krankenhaus-Report 2000. Stuttgart: Schattauer; 2000.
- 2 Rodrigues JM, Trombert-Pavio B, Martin C. DRG information system, healthcare reforms and innovation of management in the western countries during the 90s: where are the key success factors? Oral presentation at 17th PCSE 2001 International Working Conference. 10–13 October 2001, Brugge, Belgium; 338-46.
- 3 Rodrigues JM, Trombert-Pavio B, Martin C, Samuel O. Les systèmes DRG en Europe et dans le monde. Competence Hospital Management Forum 2001;9-12.
- 4 Roger France FH, Mertens I, Closon MC, Hofdijk J (eds.). Case-Mix: Global Views, Local Actions. Evolution in Twenty Countries. Amsterdam: IOS Press; 2001.
- 5 Flintrop J. Integrierte Versorgung: Neuer Schub durch Fallpauschalen. Dtsch Ärztebl 2003; 100(16):A-1038.
- 6 Schneider AW. Fallpauschalen: DRGs könnten das Belegarztsystem fördern. Dtsch Ärztebl 2003; 100(23):A-1599.
- 7 Beyer H-M. Das «integrierte Gesundheitszentrum»: Die alternative Versorgungsstruktur der Zukunft. Dtsch Ärztebl 2002;99(30):A-2020.
- 8 Rieben E, Plank A, Haefeli M. »mipp« – ein zukunftsweisendes Modell für integrales Spitalmanagement. Schweizer Spital 1999;12:26-31.
- 9 Rieben E, Mildenerger D, Conen D. »mipp«: Ein Modell integrierter Patientenpfade aus der Schweiz. Das Krankenhaus 1999;11:721-4.
- 10 Bühler A, Zaugg PY. Der Thurgauer Morbiditätsindikator (TMI) – ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu besseren Pauschalabgeltungsmodellen. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(6):264-7.