

Koordinierte Versorgung – Zertifizierte Qualität

Programmbeschreibung

Aktualisiert im März 2023

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	3
2. Bedingungen zum Erhalt des Zertifikats.....	4
3. Der Zertifizierungsablauf.....	5
4. Die EQUAM Standards zur Koordinierte Versorgung.....	8
5. Die Mindestkriterien	9
6. Programmentwicklung und Literatur	11

1. Einleitung

Die Koordinierte Versorgung hat in der Schweiz in den letzten Jahrzehnten zunehmend an Bedeutung gewonnen und befindet sich in einem stetigen Entwicklungsprozess. Pioniere und seit Beginn ein zentraler Bestandteil der koordinierten gesundheitlichen Grundversorgung sind Ärztenetze, welche im Rahmen von Managed-Care Modellen vertragliche Partnerschaften mit Krankenversicherern eingehen. Zunehmend sind auch andere Modelle der koordinierten Versorgung Bestandteil von gesundheitspolitischen Diskussionen und Projekten.

In der koordinierte Versorgung arbeiten verschiedene Leistungserbringer zusammen, um die Versorgungsqualität und die Kosten möglichst optimal im Interesse der Patient:innen und der Prämienzahler:innen zu gestalten. Ärztenetze bieten ihren Mitgliedern in der Regel auch Unterstützung bei administrativen Aufgaben und bei der Umsetzung von Qualitätsstandards an.

Es zeichnet sich bei der Koordinierten Grundversorgung in der Schweiz eine noch engere Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen ab. Dabei ist es möglich, dass zusätzlich zu den Ärztenetzen und deren Partner weitere Akteure eine Rolle im Zusammenhang mit der Förderung der Qualität und der Kontinuität für die Grundversorgung spielen werden. Dies könnten beispielsweise Praxisgruppen, Telemedizin-Anbieter, Spitex-Organisationen, stationäre Einrichtungen, Gemeinden und andere, neue Organisationsformen sein, welche Partner aus verschiedenen Sektoren einschliessen. Die verstärkte Nutzung von digitalen Lösungen wie dem Elektronischen Patientendossier (EPD), mit standardisierten Austauschformaten und Sekundärnutzung von Daten, wird die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Leistungserbringern im Gesundheitswesen zunehmend erleichtern und somit zu einer effizienteren und besseren Versorgung beitragen.

In diesen Zusammenhang soll die EQUAM Zertifizierung für Koordinierte Versorgung als Unterstützung und Richtlinie dienen für übergeordnete Organisationen, welche nicht selbst Gesundheitsdienstleistungen erbringen, sondern Grundversorger dabei *unterstützen*, ihre Versorgung zu optimieren und zu koordinieren.

Die Überarbeitung (Version 5) dieses Zertifizierungsprogramms wurde in den Jahren 2021-2022 von einem breit abgestützten Komitee von Experten und Stakeholdern mit verschiedenen Perspektiven auf die Schweizerische Gesundheitsversorgung durchgeführt.

2. Bedingungen zum Erhalt des Zertifikats

Zugelassen für diese Zertifizierung sind Ärztenetze, Praxisgruppen mit mindestens drei Standorten, einzelne Ärztezentren oder Gemeinschaftspraxen, welche Grundversorgung sowie mindestens zwei weitere medizinische Fachrichtungen anbieten, sowie weitere Organisationen der Koordinierten Versorgung, sofern sie eine juristische Person darstellen und verschiedene medizinische Fachrichtungen oder Berufsgruppen der Gesundheitsversorgung vereinen.¹ Zudem muss die Organisation mindestens zehn ärztliche Mitglieder oder Angestellte haben.

Für den Erhalt des Zertifikats gelten die folgenden Bedingungen:

1. Mindestens **80% der hausärztlichen Leistung** der Organisation wird im Rahmen eines **zertifizierten Qualitäts-Managements-Systems** durchgeführt².
2. Sämtliche der **Programm-Mindestkriterien** müssen erfüllt sein³.
3. Mindestens **60%** der maximal möglichen **Punktzahl** des Programms müssen erzielt werden⁴.
4. Die Organisation definiert in Folge eines externen Audits mindestens **drei Qualitätsverbesserungsmassnahmen**.
5. In jedem Kalenderjahr nach dem Zertifizierungsaudit reicht die Organisation schriftlich oder mündlich einen **Zwischenbericht** ein und definiert **zwei weitere Qualitätsmassnahmen**.

¹ Dies kann eine Kombination von ärztlichen und nicht-ärztliche Gesundheitsberufen sein. Telemedizin-Anbieter können unter diese Kategorie fallen.

² Dies wird auch im Standard 4.1 (Mindestkriterium) erfasst.

³ Mindestkriterien: Siehe Seiten 9-10.

⁴ Punkte werden pro Standard ohne Gewichtung vergeben, d.h. für jeden erfüllten Programmstandard wird ein Punkt vergeben, für teilweise erfüllte Standards 0.5 Punkte.

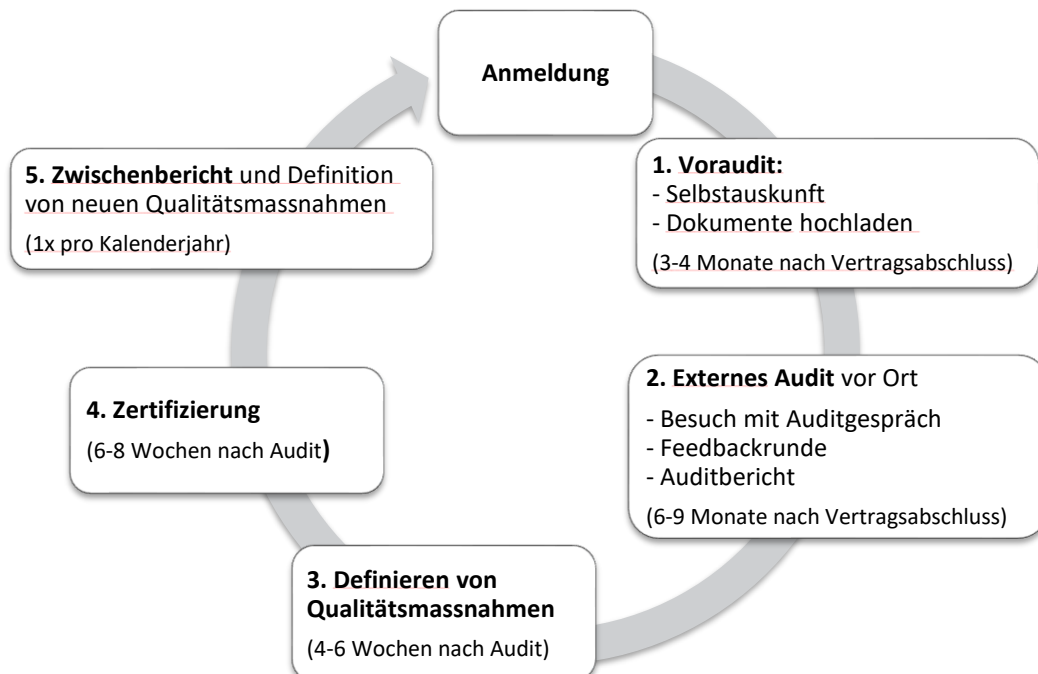
3. Der Zertifizierungsablauf

Bei der Anmeldung zur Zertifizierung oder Re-Zertifizierung macht die Organisation Angaben zur Anzahl Mitglieder / ärztlichen Angestellten und deren Stellenprozent in Vollzeit-äquivalenten. Nach Erhalt der Informationen schickt EQUAM der Organisation einen Vertrag und eine Zusammenstellung der Kosten über drei Jahre zu.

Nach der Unterzeichnung des Vertrags beginnt der Prozess der Zertifizierung. Dabei empfiehlt EQUAM der Organisation, eine projektverantwortliche Person zu bestimmen, welche die Rolle als Kontaktperson für organisatorischen Fragen und zur Koordination der Verantwortlichkeiten im Team einnimmt.

Die EQUAM Kundenbetreuung informiert die Organisation per E-Mail über alle weiteren Aufgaben und führt Sie schrittweise durch den Prozess. Dazu gehört das Zuteilen einer Lead-Auditor:in sowie die Angaben für den Zugang zum Online-Portal. Der Ablauf des Prozesses ist in Abbildung 1 dargestellt.

Abbildung 1: Der 3-jährige Zertifizierungszyklus in der Übersicht



Selbstauskunft

Nach der Aufforderung durch die Kundenbetreuung beantwortet die Organisation im Online-Portal einen kurzen Fragebogen zur Erfüllung der Mindestkriterien. Danach meldet sich die Auditor:in, um einen Termin für den Auditbesuch zu vereinbaren.

Dokumente hochladen

Spätestens sechs Wochen vor dem Auditbesuch (nach der entsprechenden Aufforderung) sollten im Online-Portal die benötigten Dokumente hochgeladen werden. Dabei handelt es sich in erster Linie um Dokumente, welche die **Mindestkriterien** betreffen (siehe Seite 9-10). Zusätzlich zu den dort aufgelisteten Dokumenten können optional auch folgende Dokumente hochgeladen werden:

- Patienteninformationsmaterial (zu Standard 2.1)
- Auswertungsbericht zur Erfahrung der Patienten der Leistungserbringer im Zusammenhang mit der Versorgungskoordination (zu Standard 2.6)
- Datenbasierter interner Bericht zum Zweck der Qualitätsentwicklung (zu Standard 3.5)
- Öffentlicher Bericht mit aussagekräftigen Qualitätskennzahlen zur Organisation; Dokument oder Web-Link (zu Standard 3.6)
- Organisatorische Standards und / oder Vorlagen zur Qualität von Überweisungsschreiben der Organisation oder deren Mitglieder (zu Standard 3.7)

Die EQUAM Stiftung macht keine Vorschriften zur Strukturierung der Dokumente.

Auditbesuch, Feedback und Bericht

Das Audit ist ein vertieftes Gespräch mit der Auditor:in, bei dem der Umgang der Organisation mit den verschiedenen Punkten der EQUAM-Standards diskutiert und demonstriert wird. Dies beinhaltet die gemeinsame Besprechung von Dokumenten und kann je nach Wunsch mit Hilfe eines Projektors oder mit anderweitig geteilten Dokumenten, Berichten und Datensätzen geschehen. Zudem kann die Organisation auch ihre weiteren innovativen qualitätsfördernden Aktivitäten und Massnahmen beschreiben.

Eine Feedbackrunde bildet den Abschluss des Auditbesuchs. Die Auditor:in gibt dabei Rückmeldungen und Empfehlungen aufgrund des Gesprächs und der eingesehenen Dokumentation. Gemeinsam werden Qualitätsentwicklungsmassnahmen und Ziele diskutiert.

Im Anschluss an das Audit erstellt die Auditor:in einen Bericht und macht Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung.

Definieren von Qualitätsmassnahmen

Nach dem Erhalt des Auditberichts definiert die Organisation mindestens drei Qualitätsverbesserungsmassnahmen; diese sollten zumindest teilweise im Zusammenhang mit den EQUAM Standards stehen. Korrekturen zu allfällig nicht vollständig erfüllten Mindestkriterien werden dabei nicht zu den Qualitätsmassnahmen gezählt.

Die Auditor:in beurteilt vor dem Antrag zur Zertifikatserteilung, ob die vorgeschlagenen Massnahmen angemessen sind. Der Zertifizierungsausschuss oder die von ihm delegierte Fachperson kann Anpassungen oder weitergehende Verbesserungen verlangen.

Zertifizierung

Sofern alle Voraussetzungen erfüllt sind, wird die Praxis zertifiziert. Der formelle Zertifizierungsentscheid erfolgt aufgrund der Empfehlung der Auditor:in durch den Zertifizierungsausschuss oder einer vom Ausschuss delegierten Fachperson.

Zwischenbericht und Definition von neuen Qualitätsmassnahmen

In den beiden Kalenderjahren nach dem Zertifizierungsaudit bittet EQUAM die Organisation, einen kurzen Zwischenbericht zu den definierten Qualitätsmassnahmen zu liefern.

Diese Zwischenberichte können gemäss Wunsch der Organisation entweder schriftlich oder in einem persönlichen Gespräch mit einer Auditor:in erfolgen. Zu diesem Zeitpunkt definiert die Organisation zudem jeweils zwei weitere Qualitätsverbesserungsmassnahmen.

Wichtige Hinweise

Stellt die Auditor:in beim Auditbesuch fest, dass ein **Mindestkriterium nicht erfüllt ist**, muss dieses innert einer gesetzten Frist erfüllt und nachgewiesen werden. Ansonsten kann kein Zertifikat vergeben werden. Die Mindestkriterien müssen danach während der gesamten Zeitdauer der 3-jährigen Gültigkeit erfüllt bleiben. Ist bei einer Re-Zertifizierung ein Mindestkriterium nicht erfüllt, entscheidet der EQUAM Zertifizierungsausschuss über eine Nachbesserung oder eine Suspendierung der Zertifizierung.

Datenschutz: Die Auditor:innen unterstehen im Rahmen ihres Audit-Auftrags vertraglich unter Geheimhaltungspflicht, die über die Vertragsdauer hinaus gilt.

4. Die EQUAM Standards zur Koordinierten Versorgung

Die Indikatoren sind eine Checkliste, anhand derer die Qualitätsarbeit der Organisation evaluiert wird. Die Standards für Koordinierte Versorgung sind in 5 Dimensionen aufgeteilt: Effektivität und Patientensicherheit, Patientenzentriertheit, Effizienz und Zugang zu Qualität. Die detaillierte Liste der jeweils aktuellen Indikatoren findet sich in einem separaten Dokument, welches unter www.equam.ch/downloads/ kostenlos zugänglich ist.

Wichtig: Die mit einem Asterisk (*) gekennzeichnete Standards gelten als obligatorische Mindestkriterien. Sie sind auf den nachfolgenden Seiten in mehr Detail beschrieben.

Tabelle 1: Übersicht der EQUAM-Standards zur Koordinierten Versorgung

Dimension	Nr.	Standard
1. Effektivität und Patientensicherheit	1.1	*Aktualisierte klinische Guidelines
	1.2	*Medizinische Entscheidungsfreiheit der Ärzt:innen
	1.3	*Mindestens 6 Qualitätszirkel pro Jahr (Hausärzte)
	1.4	Mindestens 4 Qualitätszirkel pro Jahr (Spezialärzte und Pädiater)
	1.5	Einhaltung von Standards für die Qualitätszirkel
	1.6	*Critical Incident Reporting als Teil des Qualitätszirkel-Konzepts
	1.7	Critical Incident Reporting System
2. Patienten-zentriertheit	2.1	Aktualisiertes Patienteninformationsmaterial
	2.2	Elektronischer Informationsaustausch
	2.3	*Mindestens 4 interaktive Qualitätszirkel (MPAs)
	2.4	Analyse und Optimierung von externen Leistungen
	2.5	Förderung von Chronic Care Management
	2.6	Erhebung der Patientenerfahrung zur Versorgungskoordination
	2.7	Zusammenarbeit mit externen Leistungserbringern
	2.8	Richtlinien und Supportmaterial zu Shared Decision-Making
3. Effizienz	3.1	*Koordinierte Versorgung im Organisationsleitbild
	3.2	*Beschreibung des Managements koordinierter Versorgung
	3.3	Teilnahme an Multicenter-Datenbanken für Versorgungsoptimierung
	3.4	Förderung der Teilnahme an Forschungsprogrammen
	3.5	Vertiefte Nutzung von Daten zum Zweck der Qualitätsentwicklung
	3.6	Öffentlich zugängliche Qualitätskennzahlen
	3.7	Standards zur Qualität von Überweisungsschreiben
4. Zugang zu Qualität	4.1	*Zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem der hausärztlichen Leistung
	4.2	*Unabhängige Ombudsstelle
	4.3	Anlaufstelle für Patient:innen mit besonderen Bedürfnissen

5. Die Mindestkriterien

Die Mindestkriterien sind eine Grundvoraussetzung für eine EQUAM-Zertifizierung. Sie sind Teil der EQUAM-Indikatoren und finden sich auf der untenstehenden Liste.

Tabelle 2: EQUAM Mindestkriterien für Koordinierte Versorgung

1.1 Aktualisierte klinische Guidelines

Die Organisation erlässt Empfehlungen, die von ihren Leistungserbringern zu verwendenden klinischen Guidelines für mindestens fünf verschiedene Diagnosen, darunter Diabetes Typ 2 und Hypertonie. Sie macht die aktuelle Version der Guidelines den Leistungserbringern auf eine einfache Weise zugänglich.

Erläuterung: Klinische Guidelines sind Handlungsleitlinien für Diagnostik, Therapie und Betreuung in definierten Diagnosen, auf der Basis wissenschaftlicher Evidenz.

1.2 Medizinische Entscheidungsfreiheit der Ärzt:innen

Die medizinische Entscheidungsfreiheit der ärztlichen Leistungserbringer wird durch die Organisation gewährleistet. Nur praktizierende Ärzte haben Weisungsbefugnis.

1.3 Mindestens 6 Qualitätszirkel pro Jahr (Hausärzte)

Die hausärztlichen Leistungserbringer der Organisation sind dazu verpflichtet, an mindestens 6 Qualitätszirkeln pro Jahr teilzunehmen und die Teilnahme wird kontrolliert.

Erläuterung: Wenn weniger als 80% der Hausärzte in den vergangenen 12 Monaten an mindestens 6 Qualitätszirkeln teilgenommen haben, gilt dieser Indikator als «teilweise» erfüllt. Eine Zertifizierung wird in diesem Fall nur mit Auflage vergeben.

1.6 Critical Incident Reporting als Teil des Qualitätszirkel-Konzepts

Das Qualitätszirkel-Konzept, welches allen Moderatoren und Teilnehmern aktiv kommuniziert wird und frei zugänglich ist, enthält eine Methode zur aktiven Einbindung des Reportings und der Analyse von Critical Incidents in die Qualitätszirkel.

Erläuterung: Es ist nicht vorgeschrieben, dass während jedem Qualitätszirkel unerwünschte Ereignisse besprochen werden. Empfehlung: Nebst der Diskussion und Analyse von unerwünschten Ereignissen während Qualitätszirkeln sollte auch das Thema der optimalen Methode für CIRS von Zeit zu Zeit thematisiert werden.

2.3 Mindestens 4 interaktive Qualitätszirkel (MPAs)

Mindestens 80% aller Medizinischen Praxisassistent:innen der Organisation nehmen an 4 Qualitätszirkeln (oder mehr) pro Jahr teil.

Erläuterung: Wenn weniger als 80% der MPAs in den vergangenen 12 Monaten an mindestens 4 Qualitätszirkeln teilgenommen haben, gilt dieser Indikator als «teilweise» erfüllt. Eine Zertifizierung wird in diesem Fall nur mit Auflage vergeben. Für Ärztenetze: Von mindestens 80% der Praxen nimmt mindestens eine MPA an insgesamt 4 oder mehr QZs teil. Rein Praxisinterne QZs werden nicht angerechnet.

3.1 Koordinierte Versorgung im Organisationsleitbild

Das Netz verfügt über ein schriftliches Leitbild (oder Vision oder Strategie), welches explizit auf die koordinierte oder integrierte Versorgung Bezug nimmt.

Erläuterung: Im Rahmen einer Re-Zertifizierung der Nachweis nicht mehr verlangt

3.2 Beschreibung des Managements koordinierter Versorgung

Die Koordinierung der Gesundheitsversorgung innerhalb der Organisation und mit externen Leistungserbringern ist in schriftlichen Dokumenten beschrieben und geregelt.

Erläuterung: Das Management der Koordinierten Versorgung kann Teil der allgemeinen Management-Dokumente sein (Funktionsbeschreibungen, Organigramm, Vergütungsreglement) oder es können separate, explizite Regeln und Konzepte zur koordinierten oder integrierten Versorgung vorgelegt werden. Bei Re-Zertifizierungen wird nur nach Änderungen gefragt.

4.1 Zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem für die hausärztliche Leistung

Mindestens 80% der hausärztlichen Leistung der Organisation muss im Rahmen eines zertifizierten Qualitäts-Managements-Systems durchgeführt werden.

Erläuterung:

- *Mindestens 80% der hausärztlichen Tätigkeit der Leistungserbringer, welche der Organisation angeschlossen sind bzw. unter deren Label auftreten, müssen entweder in einer zertifizierten Gesundheitseinrichtung erfolgen oder auf individueller Ebene zertifiziert sein.*
- *Die Tätigkeit wird in Vollzeitäquivalenten erfasst, d.h. Ärzte welche niedrigprozentig arbeiten fallen weniger ins Gewicht*
- *Zertifizierungen für die Behandlungsqualität einzelner Diagnose-Gruppen (Behandlungsqualität) und Medikationssicherheit werden angerechnet*
- *Alle Qualitätszertifizierungen, welche die Empfehlungen der Schweizerischen Akademie für Medizinische Wissenschaften (SAMW) erfüllen werden angerechnet. Eine SAS-Akkreditierung ist jedoch nicht notwendig.*

4.2 Unabhängige Ombudsstelle

Die Patienten der Leistungserbringer, welche der Organisation angeschlossen sind, sind informiert über die Möglichkeit, kostenlos von einer unabhängigen Ombudsstelle Gebrauch zu machen.

Erläuterung: Falls Zweifel darüber bestehen, ob das Informationsmaterial genügend Patienten erreicht, kann dieser Standard als «teilweise erfüllt» bezeichnet werden. Eine Zertifizierung folgt in solchen Fällen mit einer Auflage.

6. Programmentwicklung und Literatur

Programmentwicklung

Seit dem Jahr 2003 bietet die EQUAM Stiftung Zertifizierungen für Arztpraxen und für Ärztenetze an.

Das Zertifizierungsprogramm „Koordinierte Grundversorgung – Zertifizierte Qualität“ ist die fünfte überarbeitete Weiterentwicklung einer Norm, welche bereits kurz nach der Gründung der EQUAM Stiftung entwickelt wurde und für die Organisation immer eine zentrale Bedeutung hatte. Das Programm wurde während vieler Jahre „Modul B“ genannt. Die Namens-Bezeichnung wechselte im Lauf der Jahre von EQUAM Standards HMO (Version 1 und 2) über EQUAM Standards Managed-Care (Version 3) und Integrierte Versorgung – Zertifizierte Qualität (Version 4) zum heutigen Namen der fünften überarbeiteten Version.



Die EQUAM Stiftung dankt allen Expert:innen, die einen Beitrag zur Erarbeitung dieses Programmes geleistet haben herzlich für Ihr Engagement für Qualität und Patientensicherheit. Für die Überarbeitung des Programmes im Jahr 2021 haben folgende Personen wertvolles Input gegeben (in alphabetischer Reihenfolge):

Esther Bättig, MScN (Perspektive: Spitex); **Prof. Dr. med. Eva Blozik, MPH** (Perspektive: Versorgungsforschung); **Dr. med. Anne Sybil Götschi** (Perspektive: Managed Care); **Annette Grünig, MA phil.** (Perspektive: Kantone); **Andrea Hornbach** (Perspektive: Krankenversicherung); **Dr. med. Leander Muheim** (Perspektive: Managed Care); **PD Dr. Oliver Reich** (Perspektive: Managed Care); **Oliver Strehle** (Perspektive: Managed Care); **Beate Wagner** (Perspektive: Krankenversicherung); **Erika Ziltener, Lic. Phil** (Perspektive: Patientenvertretung).

Versionsverlauf, seit 2015:

Version	Überarbeitung	Verantwortlich	Datum
4	Erarbeitung und Erprobung von Version 4, nach Genehmigung durch die Fachgruppe und Genehmigung durch die Stiftungsratsausschuss am 01.07.2015	M. Jossen	2015
5	Erarbeitung, Pilotierung und Veröffentlichung der Version 5, nach Genehmigung durch den Fachausschuss und den Stiftungsrat im November 2021.	J. Lehmann	2021

Detaillierten Änderungsprotokolle zur *normativen Grundlage* des Zertifizierungsprogramms (Indikatoren-Liste) sind auf Wunsch bei der Geschäftsstelle erhältlich.

Eine Auswahl der in die Entwicklung einbezogenen Literatur

Qualitäts-Standards und Indikatoren (inkl. Methoden zur Entwicklung)

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2016). Care Coordination Quality Measure for Primary Care.
- Dixon, J., Spencelayh, E., Howells, A., Mandel, A., & Gille, F. (2015). Indicators of quality of care in general practices in England. The Health Foundation.
- Kraft, A., Fischer, A., Schulte, T., & Dr. Pimperl, A. (2016). Qualitätsindikatoren in der Integrierten Versorgung. OptiMedis. Med-swiss.net. (2005). Indikatorenset für Ärztenetze. Dachverband Med-Swiss.Net c/o Arbeitsgruppe Quali-Med-Net, 1.
- Szecsényi, J., Stock, J., & Broge, B. (2003). Qualität greifbarer machen: Qualitätsindikatoren der AOK für Ärztenetze. AOK-Bundesverband Stabsbereich Medizin, 8–10.
- Stock, J., Szecsényi, J., & Broge, B. (2009). Allgemeine Indikatoren. Universitätsklinikum Heidelberg Und AQUA-Institut.
- Westrick, M. G., & Schwenk, U. (2010). Qualität in integrierten Versorgungsstrukturen: Qualitätsindikatoren für Medizinische Versorgungszentren.

Thematische Literatur zur Koordinierten Versorgung in der Schweiz

- Ebert, S., Peytremann-Bridevaux, I., & Senn, N. (2015). Les programmes de prise en charge des maladies chroniques et de la multimorbidité en Suisse.
- Brügger, S., Kohli, L., & Sottas, B. (2016). Analyse von Good-Practice-Modellen im Bereich der spezialisierten, geriatrischen Versorgung. Sottas - Formative Works, 61.
- Altenhofen, L., Blumenstock, G., Diel, F., Döbler, K., Geraedts, M., Jäckel, W. H., Klakow-Franck, R., Kleudgen, S., Kopp, I., Nothacker, M., Ollenschläger, G., Reiter, A., Weinbrenner, S., & Zorn, U. (2010). National Program for Disease Management Guidelines Responsible - Quality Indicators. ÄZQ-QI, November, 1–17.
- Thorshaug, K., Balthasar, A., & Zeltner, C. (2018). Interprofessionalität im Gesundheitswesen Beispiele aus der Berufspraxis. Bundesamt Für Gesundheit BAG.
- Ärztinnen- und Ärztenetz Nordwest AG. (2015). Überlassen Sie Ihre Gesundheit nicht dem Zufall. Ärztenetz Nordwest AG.
- Berchtold, P., Schusselä Filliettaz, S., & Zanoni, U. (2019). Impulse für die Integrierte Versorgung in den Kantonen: ein Leitfaden. Konferenz Der Kantonalen Gesundheitsdirektorinnen Und Direktoren.
- Berchtold, P., & Zanoni, U. (2018). Denkstoff N°4 - Bund, Kantone und Gemeinden in der Integrierten Versorgung: Rollenszenarien 2026. In fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung (Vol. 4).
- Huber, F., Bezzola, P., & Hosek, M. (2019). Der Beitrag von Zertifizierungen zur Koordination zwischen Leistungserbringern : Gegenwart und Zukunft.
- Universität Zürich - Institut für Hausarztmedizin. (n.d.). Das Chronic Care Model – Ein konkreter Ansatz für eine Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Menschen.
- Universität Zürich - Institut für Hausarztmedizin. (2003). Disease-Management (Issue 6).
- Widmer, M., & Kohler, D. (2015). Behandlungsketten und ihre Schnittstellen. Obsan Bulletin.
- Camenzind, P., & Bonassi, T. (2015). Verbesserungspotenzial bei Qualität und Koordination in der Gesundheitsversorgung älterer Menschen. Obsan Bulletin, 2, 1–4.
- Giger, M.-A., Häusler, E., Sander, M., & Staffelbach, D. (2018). Abgeltung von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung. Bericht Im Rahmen Des Projektes «Koordinierte Versorgung» Des Bundesamts Für Gesundheit BAG, S. 12.
- BAG, & von Wartburg, L. (2016). Faktenblatt Koordinierte Versorgung. In Bundesamt für Gesundheit BAG - Direktionsbereich Gesundheitspolitik (Issue Juni).
- Schusselä Filliettaz, S., Kohler, D., Berchtold, P., & Peytremann-Bridevaux, I. (2017). Soins intégrés en Suisse - Résultats de la 1re enquête (2015–2016). In Obsan Dossier (Vol. 57).
- SAMW. (2011). Zertifizierung im medizinischen Kontext Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften.

Konferenz-Präsentationen

- Emmanuele, L. (2019). Qualitäts- und Effizienzbeurteilung der CSS: Einige Erkenntnisse. 3C-Workshop auf dem Stoos.
- Muheim, L. (2019). « Verantwortlichkeit » oder die Wiederentdeckung der koordinierten Grundversorgung - Ein Blick in die USA. 3C-Workshop auf dem Stoos.
- Muheim, L. (2019). Performance Indikatoren aus der Sicht der Ärzteschaft. 3C-Workshop auf dem Stoos.
- Neuner-Jehle, S. (2019). Qualitätsmessung aus wissenschaftlicher Sicht Die Büchse der Pandora. 3C-Workshop
- Schaller, P. (2019). Perspectives romandes pour une intégration des soins responsable et durable. 3C-Workshop auf dem Stoos.
- SWICA. (2019). Performance Indikatoren aus Sicht der Swica: Erfahrung mit ccm-Programmen-Anforderungen an Chronic-care Programme. 3C-Workshop auf dem Stoos.