



«Qualität im Gesundheitswesen»
**Perspektiven und Indikatoren:
 vom Einzelnen zum Kollektiv**

Impressum

Herausgegeben von der allianz q

Doris Fischer-Taeschler

Präsidentin der allianz q

Riedweg 16

5707 Seengen

E-Mail: doris@fischer-taeschler.ch

Redaktionsteam: Doris Fischer-Taeschler, Sara Käch, Carolin Lorber

Gestaltung: Continue AG, Basel

Bilder: Michel Matthey de l'Étang

Disponible en traduction française

© allianz q, 2016 Basel

Die allianz q ist ein Zusammenschluss von Akteuren aus dem Gesundheitswesen: Schweizerische Diabetesgesellschaft (SDG-ASD), OsteoSwiss, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), Ärzte mit Patientenapotheke ApA, H+ Die Spitäler der Schweiz, Interpharma, Merck Sharp & Dohme-Chibret (MSD), Zurich Heart House und Privatpersonen. Die allianz q stellt den Patienten ins Zentrum und thematisiert Qualität – vor allem die Qualität der Versorgung – in allen Facetten. Die allianz q zeigt Probleme auf, fragt nach Daten und zeigt auf, was epidemiologische und volkswirtschaftliche Bedeutung hat: Brustkrebs, Depressionen, Diabetes, Osteoporose, COPD, Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die allianz q fordert die richtigen Anreize, sucht Vorbilder und involviert Experten, welche Lösungen definieren. Die allianz q existiert seit Januar 2010.

Inhalt

Editorial

**Rückschlag und Chance für mehr Qualität
im Gesundheitswesen** 2

Qualität aus individueller Sicht

Welche Aspekte stehen im Vordergrund?

- Qualität aus Sicht der Patienten
 - Qualität aus Sicht der Ärzte
 - Qualität aus Sicht der Industrie
 - Qualität aus Sicht der Versicherer
- 4

Diskussionsrunde

«Koordination wird nicht finanziert» 14

Innovationspreis 2016

«Diabetesbetreuung kann grossen
Spass machen» 16

Qualitätsmessung ist kein Selbstzweck

Die Sicht des BAG 19

Transparenz bringt mehr Qualität

Die Sicht der GDK 22

Paneldiskussion

Ständerat sorgt für Erstaunen, aber auch
für Zustimmung 25

Rückschlag und Chance für mehr Qualität im Gesundheitswesen

Das Nichteintreten des Ständerates auf die Qualitätsvorlage des Bundesrates in der letzten Sessionswoche hat der diesjährigen Stoos-Tagung der Allianz q zu einer unverhofften Aktualität verholfen und die Diskussionen stark geprägt. Das bruske Nein der kleinen Kammer ist für die meisten Teilnehmer doch eher überraschend gekommen, obwohl die Signale aus der Politik nicht zu überhören waren. Aus den verschiedenen Voten der Referenten und Teilnehmer lässt sich eine gewisse Ratlosigkeit darüber ableiten, wie es nun weitergehen soll. Ins triste Bild passen die fast gleichzeitig gescheiterten Tarmed-Verhandlungen.

Trotzdem würde ich nicht so weit gehen, von einer Sackgasse zu sprechen, aus der es kein Entrinnen gibt. Im Interesse der Patienten und einer besseren Qualität im Gesundheitswesen müssen wir uns zusammenraufen. Tun wir es nicht freiwillig, drohen mehr staatliche Eingriffe. BAG-Vizedirektor Oliver Peters, Leiter des Direktionsbereichs Kranken- und Unfallversicherung, hat dies mehr als angedeutet. Bisher habe das BAG im Qualitätsbereich «zurückhaltend» agiert, so Peters, obwohl das Gesetz klare Vorgaben mache. Es kann also durchaus so weit kommen, dass wir mehr Top-down-Ansätze und -Entscheide sehen werden, als uns lieb ist. Deshalb wäre der Nationalrat gut beraten, so die Einschätzung wichtiger Exponenten der Stoos-Tagung, wenn er auf die Qualitätsvorlage des Bundesrates eintritt und sie zu einem tragbaren Kompromiss verbessert. Die Chancen dafür stehen aber nicht allzu gut.

Persönlich plädiere ich dafür, den Bottom-up-Ansatz zu stärken, und zwar mit Blick auf den Patienten. Drei Millionen Patienten haben keinen Hausarzt, viele von ihnen sind nicht in der Lage, die viel beschworene Eigenverantwortung überhaupt wahrzunehmen. Das Empowerment geschieht nicht einfach so. Vielmehr müssen die Patienten geschult werden. Dabei sind alle Leistungserbringer gefordert, weil künftig nicht mehr Geld zur Verfügung stehen wird. «Entscheidend für die Zufriedenheit des Patienten», so die Konklusion aus dem betreffenden Workshop, seien «letztlich auch weiche Faktoren und die subjektive Wertung». Die zentrale Erwartungshaltung ist und bleibt das Vertrauen. Nichtsdestotrotz müssen wir investieren, um die Koordination zwischen den Leistungserbringern zu verbessern. Vor allem chronisch kranke Patienten leiden besonders unter den unzulänglich definierten Schnitt- bzw. Nahtstellen.



Doris Fischer-Taeschler, Präsidentin der allianz q

«Nehmen Sie zur Kenntnis», sagte der Zuger Regierungsrat Urs Hürlimann in der Diskussion, «dass wir ein hervorragendes Gesundheitssystem haben.» Tatsache aber ist auch, dass es «fett und teuer ist», wie es BAG-Vize Peters polemisch formulierte, und wir immer noch in unseren Silos verhaftet sind. Allianz q will mit der jährlichen Stoos-Tagung dazu beitragen, Hürden abzubauen und einen Beitrag zur Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen zu leisten. Noch haben wir unsere Hausaufgaben nicht erledigt. Es gibt noch viel zu tun.

Doris Fischer-Taeschler
Präsidentin der allianz q

Qualität aus individueller Sicht

Welche Aspekte stehen im Vordergrund?

- **Qualität aus Sicht der Patienten**

«Zu wenig Koordination»

Sven von Ow, Präsident der Diabetes-Gesellschaft Schaffhausen, äussert sich stellvertretend für Patienten, die unter einer chronischen Krankheit leiden. Für ihn als Mehrfachbetroffenen (Diabetiker Typ 1, seit 4 Jahren Tumorpatient und genetisch bedingte Herzprobleme) machen Information und Koordination die Qualität aus. Gerade an der Koordination bestehe aber ein Manko. Immer wieder erlebe er, dass ihm mehrfach Blut genommen werde statt nur einmal. Zu viel Last auf dem oft überforderten Patienten: nachfragen, koordinieren und sich mit den Abrechnungen der Leistungserbringer «herumschlagen». Grundsätzlich betrachte er sich aber «als gut versorgt».

Konklusion des Workshops:

«Vertrauen ist zentral»

Entscheidend für die Zufriedenheit des Patienten sind letztlich auch weiche Faktoren und die subjektive Wertung. Oft fühlen sich Patienten ratlos, hilflos und überfordert, weil sie vielleicht die Sprache des Arztes nicht richtig verstehen oder sich nicht getrauen nachzufragen. Dies gilt vor allem für Patienten aus bildungsfremden Schichten. Diese sind manchmal auch nicht in der Lage, die viel beschworene Eigenverantwortung des Patienten wahrzunehmen. Wohl der Grossteil der Bevölkerung verfügt nicht über die Fähigkeit und das Beziehungsnetz, sich die beste, ganzheitliche Betreuung zu verschaffen. Auch bei der Definition der Ergebnisqualität und der Prozessqualität stehen subjektive Beurteilungen der Patienten im Vordergrund. Als die zentrale Erwartungshaltung wird das Vertrauen definiert, das vielleicht stärker wiegt als die fachliche Kompetenz des Arztes.



«Für den Patienten sind Information, Koordination und Vertrauen zentrale Qualitätsmerkmale.»

Workshopleiter Carlo Conti,
Rechtsanwalt, ehem. Regierungsrat Basel-Stadt

- **Qualität aus Sicht der Ärzte**

«Patienten mehr einbeziehen»

Prof. Dr. med. Peter Diem, bis vor Kurzem an der Universitätsspital für Endokrinologie, Diabetologie und Klinische Ernährung am Inselspital Bern tätig und Präsident der Schweizerischen Diabetesstiftung, legt Wert darauf, dass die Schweiz international «vergleichsweise gut dasteht». Bezogen auf die Qualitätsdimensionen nach Donabedian gilt dies für die Strukturqualität (Ausbildungsstand der Ärzteschaft, adäquate Vergütung relevanter Leistungen, Praxis- bzw. Klinikeinrichtung und -organisation, genügend Anbieter) und die Prozessqualität (Gesprächsführung, Kontrollen, Abläufe, gelebte Interdisziplinarität, Leitlinien). Die Ergebnisqualität dagegen bedingt mehr Zeit.

Bezogen auf Diabetes (Typ 2) zeigen Studien, dass durch bessere Therapien Komplikationen entscheidend reduziert werden konnten. Der Preis dafür: «Viele Medikamente, die viel kosten.» Dadurch hat die Mortalität in der Schweiz aber kontinuierlich abgenommen, bei den Männern um ein Viertel, bei den Frauen gar um die Hälfte. Die Kehrseite der Medaille: Weil Diabetiker länger mit ihrer Krankheit leben, nimmt die Zahl der Diabetiker stetig zu. Potenzial im Rahmen von QualiCCare sieht Prof. Diem vor allem im Bereich der Kontrolle und der Therapie von mikro- und makrovaskulären Komplikationen, etwa bei jährlichen Augen-, Nieren- oder Fusskontrollen. Selbstkritisch hält er fest: Anstatt den Patienten einzubeziehen, ihm mehr zuzutrauen, meinten die Ärzte oft, zu wissen, was für den Patienten gut und richtig ist.

Konklusion des Workshops:

«Arzt muss mehr vom Patienten wissen»

Mit «Outcome Quality», vom Einzelnen zum Kollektiv, ist die Zusammenfassung von Stefan Wild überschrieben. Die drei Felder Struktur, Prozess und Ergebnis werden unterschieden. Bei der Ausgangslage (Struktur) gilt es zwei Fragen zu klären: 1. Was will der Patient erreichen? 2. Sind die Ziele des Patienten realistisch? Geheilt werden und gesund bleiben gilt für den Normalfall. Bei schweren Erkrankungen wie Krebs oder chronischen Krankheiten ist die Klärung dieser zwei Fragen für den Arzt zentral. Der Prozess beinhaltet die Vereinbarung mit dem Patienten über den Zeitrahmen, die Vorgaben und die Umsetzung seiner Vorstellungen (der Weg zum Ziel).



«Ärzte sollten ihre Patienten mehr in Prozesse einbeziehen
und ihre jeweiligen Erwartungen kennen.»

Workshopleiter Stefan Wild,
Geschäftsführer TopPharm Apotheken

- **Qualität aus Sicht der Industrie**

«Gefälschte Medikamente als Risikofaktor»

Dr. med. Isabel Marieluise Gruber, PhD, vertritt die Business Unit Oncology von MSD. Das Hauptkriterium für die Qualität ist aus Sicht der Industrie die Wirksamkeit und damit verbunden der Nutzen eines Medikamentes. Die Parameter, mit denen sich die Wirksamkeit messen lässt, können je nach Krankheit und Patient unterschiedlich sein. Für die Wirksamkeitsprüfung kommen klinische Studien zum Einsatz, die strengen Kriterien unterliegen und durch interne und externe Instanzen kontrolliert sind.

Ein zweiter Qualitätsaspekt ist die Verträglichkeit der Substanz, also welche Nebenwirkungen auftreten können. Hier gilt es das Verhältnis von Verträglichkeit und Nutzen zu beachten. Bei einer Krebsbehandlung etwa ist Haarfall akzeptiert, nicht aber bei einer chronischen Krankheit wie Diabetes. Dabei geht das Monitoring auch nach der Markteinführung weiter. Es besteht eine Meldepflicht gegenüber Swissmedic. Seltene Nebenwirkungen können teilweise erst nach der Markteinführung erfasst werden, wenn viele Patienten das Medikament einnehmen.

Zunehmend wird – allerdings erst am Rande – auch die Lebensqualität in den Studien berücksichtigt. Eine Grundvoraussetzung ist ausserdem, die Qualitätskontrolle von der Produktion bis zur Verteilung sicherzustellen. Ein international zunehmendes Problem sind Medikamentenfälschungen, welche ein potenzielles Risiko für die Patienten darstellen.



«Die Wirksamkeit und der damit verbundene Nutzen eines Medikaments sind für uns das Hauptkriterium für Qualität.»

Isabel Marieluise Gruber,
MD, PhD, Business Unit Lead Oncology bei MSD

- **Qualität aus Sicht der Versicherer:**

«Einfacher Zugang, Transparenz und Kompetenz»

Dr. med. Silke Schmitt Oggier, Ärztliche Leitung sante24 bei Swica, definiert ihre Kasse als «Gesundheitsorganisation», die ihre Mitglieder zuerst als Kunden sieht und erst in zweiter Linie als Patienten. Das 3-Säulen-Modell von Swica basiert auf der Unterstützung der Versicherten, zum einen, bedürfnisgerecht versichert zu sein, und zum anderen, gesund zu bleiben oder wieder gesund zu werden. Im Laufe seines Lebens kann man verschiedene Male von der einen in die andere Kategorie wechseln, da Gesundheit kein statischer Zustand ist. Bei chronischen Krankheiten soll der Patient in die Lage versetzt werden, möglichst gut damit leben zu können. Unter «gesund bleiben» fallen individuelle Präventionsthemen wie z.B. Impfungen oder Rauchstopp, Familienbedürfnisse (Unterstützung bei Familienplanung, Schwangerschaft und Geburt) und die Früherkennung von Risikopatienten (z.B. Vorsorgeuntersuchungen). «Gesund werden» umfasst die Akutbetreuung (medizinisches Ereignis, vollständig heilbar, im In- oder Ausland), die Intensivbetreuung (schwere Erkrankungen, die aufwendige Therapien und Betreuung bedingen) und die Permanentbetreuung von nicht heilbaren Krankheiten (ständige medizinische Versorgung).

Aus Sicht der Versicherer (und Versicherten) ergeben sich folgende Qualitätsaspekte:

- Einfacher, schneller und niederschwelliger Erstzugang zu Gesundheitsfachleuten wie Apotheke, Spitex, Telemedizin oder Hausarzt, die bei Bedarf gezielt weiterleiten.
- Finanzielle Sicherheit bei Krankheit oder Unfall im In- und Ausland.
- Transparenz der Leistungserbringer bezüglich Therapierichtlinien, Fallzahlen, Komplikationen, Zuweisungsverhalten usw.
- Einigung und Umsetzung bezüglich Guidelines für Therapie bei chronischen Erkrankungen (plus evtl. Diagnostik-Guidelines?)
- Reibungslose Übergänge (sowohl zeitlich als auch organisatorisch) im Therapieprozess.
- Unterstützung des Patienten und seiner Angehörigen vor, während und nach medizinischen Entscheidungen (z.B. Wahl des Leistungserbringers, Zweimeinung, Reha, Komplementärmedizin) und Begleitung in schwierigen Lebensphasen (Sucht, Lebensstiländerungen usw.)
- Sensibilisierung bestimmter Zielgruppen für Gesundheitsfragen oder -risiken und entsprechende Tipps, Angebote usw. (z.B. neue Diabetes-sensibilisierungskampagne von Swica: www.swica.ch/de/praediabetes).



«Wir setzen darauf, unsere Versicherten zu unterstützen, bedürfnisgerecht versichert zu sein, gesund zu bleiben oder wieder gesund zu werden.»

Dr. med. Silke Schmitt Oggier,
Ärztliche Leitung sante24, Swica



«Die Patientendaten müssen in einem umfassenden Qualitätsverbesserungssystem analysiert und die daraus gewonnenen Erkenntnisse in die Praxis umgesetzt werden.»

Workshopleiter Heiner Sandmeier, Interpharma

Konklusion des Workshops:

«Verschlossene Silos aufbrechen»

Versicherer und Industrie sind sich einig, dass Outcome-Qualität auf einem wissenschaftlichen Fundament, d.h. in klinischen Studien und vermehrt mit Real-World-Daten, gemessen und verbessert werden muss. Ebenfalls anerkannt ist, dass die subjektive Wertung der Qualität, wie Vertrauen, Zutrauen oder Zuwendung, eine grosse Rolle spielt. Auch subjektive Wahrnehmungen sind wissenschaftlich erfassbar und messbar. Welche Parameter sind nötig, um die Qualität zu definieren? Die Outcome-Qualität ist letztlich nicht trennbar von der Prozess- und Strukturqualität. Heute wird die Diagnosequalität zu stark vernachlässigt, was die weiteren Schritte kompromittiert.

Es genügt nicht, bloss Daten des Patienten zu erheben. Diese Informationen müssen in einem umfassenden Qualitätsverbesserungssystem analysiert und die daraus gewonnenen Erkenntnisse in die Praxis umgesetzt werden. Wofür sollen Qualitätsdaten erhoben werden? Die Versicherer wollen mit Qualitätsdaten den Wettbewerb unter den Leistungserbringern ermöglichen. Das ist im stationären Bereich einfacher als im ambulanten Bereich, wo die Mortalität keine geeignete Messgrösse ist. Was aber aus Sicht der Kassen fehlt, ist der Austausch von Qualitätsdaten unter den Akteuren. Für die Industrie stehen langfristige Outcomes für den Patienten im Vordergrund, als Ergebnis aller Massnahmen. Dies ist allerdings viel anspruchsvoller und schwieriger zu messen als das Ergebnis einer isoliert betrachteten Leistung im Spital oder beim Arzt.

Noch sind wir weit davon entfernt, die verfügbaren Daten wirkungsvoll einzusetzen. Wie können wir die heute «verschlossenen Datensilos» aufbrechen, wie können finanzielle Anreize gesetzt werden? Schaffen wir das selbst oder warten wir auf eine globale Lösung eines grossen Players wie Google? Welche Prioritäten sind zu setzen, damit wir in der Schweiz weiterkommen? Im stationären Bereich sollten am schnellsten Erfolge zu erzielen sein, während im ambulanten Bereich Qualitätsverbesserungsprogramme mit Netzwerken besser umzusetzen sind als in Einzelpraxen. Erfolgversprechend scheint es klein anzufangen, z.B. mit dem Ausbau der Krebsregister, und generell werden rechtliche Verbindlichkeiten als notwendig erachtet.

Diskussionsrunde

«Koordination wird nicht finanziert»

Eine grosse Herausforderung stellt die Koordination von Gesundheitsleistungen dar. Wer soll koordinieren und wie finanziert man das – oder fehlt es gar am Willen zur Organisation?

Der Wille zur Koordination ist zwar vorhanden – «aber nur auf dem Papier». Nach Ansicht von Sven von Ow «kann es so nicht mehr weitergehen». Prof. Diem räumt ein, dass der Arzt oftmals etwas anderes möchte als das Spital. Es muss Richtung bessere Vernetzung gehen (Big Data), aber unter Wahrung des Datenschutzes. Wer ist der ideale Koordinator? Der Patient selbst, der Hausarzt, Netzwerke oder die Spitex? Die Industrie kann diese Rolle sicher nicht übernehmen. Das Hauptproblem ist aber die Finanzierung der Koordination, die nirgends vorgesehen ist. Vor allem ambulante Leistungen müssten koordiniert werden. Alternativen sind keine in Sicht. Diem: «Einen vernünftigen Weg gibt es nicht.» Christoph Bosshard von der Suva widerspricht. Eine OECD-Studie zeige, dass Schnittstellen und Übergänge besser organisiert und koordiniert werden müssen, weil dies Kosten spart.

Dr. Jürg Vontobel von der Concordia-Krankenkasse verweist auf die Kleinräumigkeit der Schweiz. Im Prinzip habe man keinen Druck, die Prozesse effizienter zu gestalten. «Wir wissen darum, tun es aber nicht.» Dänemark mache es vor, wo seit zehn Jahren Rezepte elektronisch verfügbar und Medikamente einfach zu beziehen sind. In der Schweiz fehle der Wille zur Organisation, weil wir zu viele Apotheken und zu viele Ärzte haben. «Jeder denkt zuerst an sich.»



Von links: Peter Diem, Sven von Ow, Isabel Marieluise Gruber, Silke Schmitt Oggier.

Carlo Conti, Rechtsanwalt und früherer Basler Gesundheitsdirektor, verweist auf die Nachbarländer, «wo das Gesundheitswesen weniger gut ausgebaut ist als bei uns». Er ortet ein Problem bei den Spitälern, bei denen keine Produktivitätsfortschritte festzustellen sind. Zudem seien die Spitäler mehr auf sich und weniger auf die Patienten fokussiert. Auch Ineffizienz werde bezahlt.

Deshalb dränge sich die Frage auf, ob vielleicht gar nicht das Geld fehle, sondern der Leidensdruck. Dr. Schmitt Oggier bekräftigt diesen Ansatz: «Es gibt zu viele Partikularinteressen.» Man müsse nur an den Streit zwischen Apothekern und Ärzten denken in Sachen Medikamentenabgabe oder Impfen.

Innovationspreis 2016

«Diabetesbetreuung kann grossen Spass machen»

Zum dritten Mal vergab die allianz q einen Praxispreis. Ausgezeichnet wurde das santémed Gesundheitszentrum Kloten, das ein Pilotprojekt für eine verbesserte Betreuung von Patienten mit Typ-2-Diabetes in der Hausarztpraxis aufgegleist hatte.

Stellvertretend für sein Team stellt der Leiter des Gesundheitszentrums, Dr. med. Michael Pfänder, das Projekt vor. Ausgangspunkt waren die von der Arbeitsgruppe Disease Management Diabetes der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED) erarbeiteten Kriterien für ein «gutes» Disease Management Diabetes in der Grundversorgung. Die acht Kriterien basieren auf dem Diabetes Recognition Program von NCQA und ADA mit Anpassungen für die Schweiz. Darin werden die wichtigsten Aspekte in der Betreuung von Patienten mit Diabetes gewichtet und ergeben einen Score. Es werden relevante und einfach erfassbare Prozesse (Anzahl diabetesspezifischer Gespräche/Lifestyle-Beratungen/Untersuchung der Augen, Nieren und Füsse) sowie messbare Ergebnisse (HbA_{1c}, Blutdruck, Lipide) analysiert.

«Ich wollte ein Projekt zur Qualitätsverbesserung machen», beschreibt Michael Pfänder die Projektmotivation, «welches nur geringen Schulungsaufwand erfordert, möglichst das ganze Praxisteam einbezieht und zur Motivation bezüglich stetiger Verbesserung der Patientenbetreuung beiträgt.» Er zeigte sich positiv überrascht, dass sich die drei weiteren Hausärzte im Team rasch einverstanden erklärten, ihre Performance mittels des Scores sowohl individuell als auch als Team messen zu lassen. «QualiCCare suchte Arztpraxen, die sich nach den oben beschriebenen Qualitätskriterien messen lassen wollten, und erklärte sich bereit, unsere Praxis bei der zeitaufwendigen Auswertung, die manuell anhand der Krankengeschichte vorgenommen werden musste, finanziell und beratend zu unterstützen.»



«Ich wollte ein Projekt zur Qualitätsverbesserung machen, welches das ganze Praxisteam einbezieht und motiviert.»

Dr. med. Michael Pfänder,
Leiter Gesundheitszentrum Kloten

Die Scoreerhebung erfolgte durch die damals im Team mitarbeitende Diabetesfachberaterin Jacqueline Herbst, die auch die Initialidee bezüglich der Scoreanwendung gegeben hatte.

Die Basisauswertung vor Intervention umfasste die Beurteilungsperiode des Jahres 2013. Das grösste Optimierungspotenzial zeigte sich für die Scoreteilkategorien Lifestyle-Beratungen und -interventionen hinsichtlich Ernährung und Nikotinkonsum sowie für die Suche nach krankheitsspezifischen Endorganschäden (Augen- und Fusskontrollen sowie Kontrolle der Nierenfunktion). In der Folge konnten die Jahre 2014 und 2015 ausgewertet werden.

2013 umfasste das ausgewertete Patientenkollektiv 65, im Jahr 2015 bereits 88 Patienten. Zwei Drittel des Kollektivs waren männlich, der Altersdurchschnitt betrug 63 Jahre. Ein Drittel der Patienten war übergewichtig, ein weiteres Drittel stark übergewichtig, was der für die Schweiz zu erwartenden Verteilung für Patienten mit Typ-2-Diabetes entspricht.

«Lediglich durch kleine Interventionen, nämlich durch Vereinbarung einer strukturierten Dokumentation und Etablierung eines für jeden Patienten individuell konfigurierbaren Recallsystems, konnten wir bereits für das Jahr 2014 in sämtlichen Scoreteilkriterien eine zum Teil deutliche Verbesserung feststellen», so Michael Pfänder. Im Jahr 2015 zeigte sich eine weitere Verbesserung hinsichtlich mehrerer Teilkriterien. Die grösste Verbesserung konnte im Bereich der Suche nach Endorganschäden erreicht werden. Interessant war auch die Beobachtung, dass der durchschnittliche HbA_{1c} um absolut knapp 0,3% tiefer lag als im Zeitraum der Baselineerhebung. Möglicherweise führt allein die Selbstevaluation zu einer Verbesserung des Surrogatparameters HbA_{1c}.

«Schnell hat sich gezeigt», so das Fazit von Dr. Pfänder, «dass der Wirkungsgrad überraschend hoch ist und sich der Aufwand für alle Beteiligten lohnt.» Durch die Selbstevaluation des Behandlungsteams und die daraus resultierenden Automatismen werden die Patienten engmaschig begleitet und die krankheitsspezifisch relevanten Parameter regelmässig erfasst und beurteilt. «Der nächste Schritt wird sein, die medizinischen Praxisassistentinnen stärker in die Betreuung mit einzubeziehen und die Zusammenarbeit mit internen und externen Spezialisten wie Diabetesfach- und Ernährungsberaterinnen, Podologen sowie Augenärzten zu intensivieren. Denkbar wäre, dass der Score künftig für grössere Betreuungseinheiten, beispielsweise für die von Ärztenetzwerken betreuten Patientenkollektive, Anwendung findet.» «Es hat sich gezeigt», so Dr. Pfänder, «dass Diabetesbetreuung grossen Spass machen kann und bereits mit kleinen Interventionen ein grosser Wirkungsgrad erreicht werden kann.»

Qualitätsmessung ist kein Selbstzweck

Die Sicht des BAG

Aus Sicht des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) ist das Schweizer Gesundheitswesen im Vergleich zu anderen OECD-Ländern «reich mit personellen und finanziellen Ressourcen» ausgestattet. Trotzdem stehen wir punkto Sicherheits- oder Qualitätsergebnisse nicht automatisch besser da.

Statistische Vergleiche und direkte Befragungen von Versicherten zeigen vielmehr, dass sich die Schweiz «eher im Mittelfeld als an der Spitze bewegt». Ein Grund dafür ist die viel schlechtere Datenbasis. Das BAG fokussiert darauf, die Leistungserbringer zu vergleichen. Die Qualitätsmessung ist aber kein Selbstzweck, sondern trägt dazu bei, die Qualität zu verbessern. Relevante Ergebnisse erhöhen die Patientensicherheit. Gemäss den BAG-Grundsätzen müssen die dabei verwendeten Indikatoren das tun, «was von ihnen erwartet wird: zuverlässig (robust), aussagekräftig (valide) und frei von Zufallseffekten (signifikant)».

«Erhebungsbürokratien» sind nicht das Ziel, das BAG will kein Zertifizierungsbusiness ohne Aussagekraft, wie man es z.B. in vielen Organisationen in Zusammenhang ISO gesehen hat. Bei der Datenbasis muss die Welt nicht neu erfunden werden. Im stationären Bereich bestehen gut überprüfte Routedaten. Hingegen müssen für den ambulanten Bereich, Pflegeheime und Spitex Daten bereitgestellt und Qualitätsindikatoren entwickelt oder validiert werden.

BAG-Vizedirektor Oliver Peters verweist auf die gesetzlichen Grundlagen, aus denen das BAG seine Aufgabe ableitet, Qualität und Sicherheit im Gesundheitswesen sicherzustellen. Diese sehen die Möglichkeit vor, zu regulieren, was das BAG «bislang mit Zurückhaltung getan hat». Mehr Transparenz steht im Vordergrund. Die seit letztem Jahr publizierten Fallzahlen sind ein Indikator, «der sich schlecht manipulieren lässt». Eine wichtige Rolle kommt der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) zu, die mit BAG-Indikatoren arbeitet und auch in Zu-



«Die Qualitätsmessung ist kein Selbstzweck, sondern trägt dazu bei, die Qualität zu verbessern. Relevante Ergebnisse erhöhen die Patientensicherheit.»

Oliver Peters, Leiter Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung,
Vizedirektor BAG (Bundesamt für Gesundheit)

kunft freiwillig bleiben soll. Doch wer hier mitmacht, unterzieht sich den «sehr klaren Qualitäts- und Transparenzregeln von IQM». Die Qualitätsmessung erfolgt auf Basis von Routinedaten, die Transparenz wird durch die Veröffentlichung der Ergebnisse hergestellt und die Verbesserung der Qualität durch Peer-Review-Verfahren erreicht.

Das BAG betrachtet das 2015 von grossen Spitälern gestartete Projekt als eine «wesentliche Initiative, um eine Kultur der ständigen Verbesserung auf der Basis der (selbst)kritischen Analyse von Patientendossiers (wieder) in den klinischen Alltag einzuführen». Der Ausbau der Betriebsvergleiche auf der Website des BAG soll weiter vorangetrieben werden. Nationale Programme sind ein wichtiges Instrument, um die Spitäler bei der Verbesserung von Qualität und Patientensicherheit zu unterstützen.

Sehr erfolgreich abgeschlossen ist das Programm «Sichere Chirurgie», implementiert wird aktuell «Sichere Medikation an Schnittstellen», in Vorbereitung ist «Sicherheit bei Blasenkathetern» und geplant «Sichere Medikation in Pflegeheimen».

Transparenz bringt mehr Qualität

Die Sicht der GDK

Für die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) muss der Leistungsauftrag überprüfbar sein, nicht nur bezüglich der Kosten, sondern auch der Qualität.

Den «frommen Wunsch ans Gesundheitswesen» umschreibt Michael Jordi wie folgt: «Unser Gesundheitswesen erreicht mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen mit effizienter und qualitativ hochstehender Versorgung das medizinisch bestmögliche Ergebnis für die Patientinnen und Patienten.» Doch wie lässt sich feststellen, ob das stimmt? Im Vordergrund der Bemühungen steht die Verbesserung der Qualität und nicht das Aussprechen von Sanktionen gegen Leistungserbringer.

Im Umgang mit Outcome-Messungen sei der Dialog mit den Spitälern prioritär, um die Möglichkeiten und den Bedarf für qualitätsverbessernde Massnahmen auszuloten. Die Herausforderungen beim Messen und Vergleichen von Ergebnisqualität sind: sinnvolle Indikatoren zu finden, methodisch korrekte, manipulationsresistente und vergleichbare Messungen durchzuführen sowie faire und aussagekräftige Publikationen. Als Chancen nennt Michael Jordi: bessere Transparenz über die Qualität der Leistungserbringung, minimale Vergleichbarkeit der Leistungserbringer sowie die Qualitätsverbesserungen zu fördern und zu ermöglichen. Die Bestrebungen, bei den Spitälern eine «möglichst tiefe Infektionsrate» zu erreichen, tragen schon Früchte.

Ein wunder Punkt sei, dass Daten manipuliert werden können. Doch, so Jordis Hoffnung, «motivierten Leuten kommt es gar nicht in den Sinn zu manipulieren». Im Gegensatz zu den Spitälern gibt es in der Psychiatrie noch kaum Leistungsmessung und Qualitätsindikatoren. Auch bei der Rehabilitation ist dieser Prozess «erst langsam am Kommen». Für Jordi wäre es wünschenswert, «dass es schneller geht».



«Beim Messen und Vergleichen von Ergebnisqualität braucht es sinnvolle Indikatoren, methodisch korrekte und vergleichbare Messungen sowie aussagekräftige Publikationen.»

Michael Jordi, Zentralsekretariat GDK
(Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren)

Einen grossen Handlungsbedarf sieht die GDK vor allem in Pflegeheimen, «wo wir leider noch wenig wissen». (Das ist auch darauf zurückzuführen, dass die Trägerschaften und Führungsmodelle der Pflegeheime sehr heterogen sind.) Bei den Labors existiert zwar mit Qualab eine Organisation mit einem Auftrag für Messungen und Qualitätskontrollen, «nur wissen die breite Öffentlichkeit und die Patienten kaum davon». Die heutigen Lücken bei der Langzeitpflege und der ambulanten Versorgung sind aus Sicht der Kantone die Herausforderungen für die Zukunft, da es noch keine Messung der Ergebnisqualität gibt. Piloterhebungen der Qualitätsindikatoren in Pflegeheimen sind zu begrüssen. Jordi erachtet deshalb die im Bundesparlament in Beratung stehenden Vorschläge zur Verbesserung von Qualitätsprogrammen «als unabdingbar».

Paneldiskussion

Ständerat sorgt für Erstaunen, aber auch für Zustimmung

Die Qualitätsdebatte der diesjährigen Stoons-Tagung bekam eine ungewollte Aktualität, nachdem der Ständerat die Qualitätsvorlage des Bundesrates überraschend versenkt hatte, ohne überhaupt darauf einzutreten. In den Referaten, vor allem aber auch in den spontanen Wortmeldungen oder in Diskussionsbeiträgen, wurde immer wieder darauf Bezug genommen. Der generelle Tenor: Bedauern über das Nichteintreten des Ständerates, aber nur leise Hoffnungen, dass der Nationalrat korrigiert. Besonders engagiert fielen die Voten der Referenten aus.

Oliver Peters als Vertreter des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) macht aus seiner Enttäuschung keinen Hehl. Er kündigt einen Plan C an, um eine Qualitätssicherung auf die Beine zu stellen, die insbesondere auch den ambulanten Bereich und die Pflege abdeckt. Handlungsbedarf hätten nicht nur grosse Universitätsspitäler, sondern vor allem Pflegeheime und Spitex-Betriebe auf Ebene der Gemeinden. «Im Prinzip sind alle für mehr Qualität», sagt Peters, «aber wenn es ernst gilt, will man nichts mehr davon wissen.»

Aus Sicht der GDK ist die Umsetzung durch den Bund sinnvoll. **Michael Jordi:** «Wir haben die Hoffnung noch nicht aufgegeben.» Er fordert die Skeptiker auf, Vorschläge zu machen. Und falls die Mittelallokation falsch sei, «dann sagt es. Das setzt aber voraus, dass man darüber spricht.» Nichteintreten sei keine Alternative. Durch die Sparpolitik in den Kantonen sei nämlich die Finanzierung der Stiftung Patientensicherheit infrage gestellt. Es müsse ein Kompromiss gefunden werden.

Panelteilnehmer Urs Hürlimann bestreitet die Notwendigkeit der Qualitätssicherung durch den Bund. «Weil wir klein und überschaubar sind, ist eine Qualitätssicherung gar nicht notwendig.» Der Zuger FDP-Regierungsrat und bis Januar 2016 Gesundheitsdirektor betont, dass 85% der Gesundheitskosten im Kanton Zug gebunden sind. Das Nichteintreten der Politik zeige, dass wir kein Erfolgsrezept haben, die Kosten zu senken. Im Radius von 50 Kilometern habe Zug 23 Akutspitäler, «das ist ein strukturelles Problem». Aber wehe dem Gesundheitsdirektor, der ein Spital schliessen will. Die grosse Mehrheit der Bevölkerung sei überdies mit den Leistungen des Schweizer Gesundheitswesens «sehr zufrieden».

Der Bündner SVP-Nationalrat Heinz Brand, Mitglied der Gesundheitskommission und Präsident von santésuisse, bringt die steigenden Gesundheitskosten in die Diskussion ein. «Darüber müssen wir auch sprechen, weil ein direkter Zusammenhang zur Qualität besteht». Die Informationen seien zwar vorhanden, «aber nicht liquid». Es besteht Koordinations- und Abstimmungsbedarf, aber auch ein Optimierungsbedarf, damit der Qualitätswettbewerb kostensenkend wirkt. Brand ist überzeugt davon, dass Player, welche die Qualität nicht erbringen, ausscheiden.

Die Solothurner SP-Nationalrätin Bea Heim, ebenfalls Mitglied der Gesundheitskommission, fordert eine wissensbasiere Gesundheitspolitik. Es brauche mehr Qualitäts- und Registerforschung und gesundheitsökonomische Studien z.B. für die optimale Versorgung von chronisch Kranken. Sie ist für den Wettbewerb um die beste Behandlungsqualität im Interesse der Kranken, der Kosteneffizienz und der «Wertschätzung des Engagements von Ärzten und Pflegenden». Mit ein Grund für die hohen Gesundheitskosten sind nach Bea Heim u.a. Fehlversorgungen. «Wir geben mind. 3 Milliarden für unnötige Eingriffe aus. Auch Spitalinfekte und Medikationsfehler haben, nebst dem Leid der Betroffenen, Kostenfolgen.» Ohne ein Mehr an Forschung werde die Qualitätsstrategie des Bundes «kaum zum Fliegen kommen». Anders als der Ständerat sieht sie in der geplanten Netzwerkvorlage «kein Diktat».

Ursula Koch von der Krebsliga Schweiz bedauert das Nichteintreten des Ständerats ebenfalls «sehr». Es brauche einheitliche Qualitätskriterien, damit der Patient beurteilen kann, welches Angebot er in Anspruch nehmen soll. Wichtig dabei ist die Transparenz. «Wir können nicht auf die Politik warten», betont Koch, deshalb müssten weitere Pilotprojekte gestartet und gefördert werden. Mit dem Qualitätslabel für Brustzentren habe man es geschafft, «Kriterien zu definieren und zu zertifizieren».



Von links: Ursula Koch, Jürg Schlup, Bea Heim.

Laut Dr. Jürg Schlup, Präsident der Ärzteschaft, hat die FMH es bedauert, «dass der Ständerat die Qualitätsvorlage des Bundesrates versenkt hat». Da die Vorlage substantiell verbesserbar sei, besteht die Möglichkeit, sie im Nationalrat nochmals zu prüfen. Die Qualität der Medizin geniesse in der FMH-Strategie «einen hohen Stellenwert». Auf der Homepage heisst es dazu: «Die FMH nimmt dabei eine proaktive und tragende Rolle ein: Sie koordiniert seit mehreren Jahren durch ihre Abteilung Daten, Demographie und Qualität (DDQ) Qualitätsarbeiten innerhalb der Ärzteschaft und lanciert vielfältige Projekte. Im Vordergrund steht dabei stets der Nutzen für Patientinnen und Patienten.» Jährlich publiziere die FMH beispielsweise zwei Grundlagenpapiere mit Qualitätsrichtlinien für die Mitglieder. «Wir machen einiges», sagt Schlup, «aber vielleicht kommunizieren wir ausserhalb unseres Verbandes zu wenig darüber.» Bei Übersichten der OECD sei die Schweiz immer bei den fünf Besten, bei europäischen Befragungen gar auf den Plätzen 1 bis 3. Die Transparenz der Qualität ärztlichen Handelns erachtet er als «sehr wichtig». Aber Qualitätstransparenz darf nicht Ausdruck einer Misstrauenskultur werden. Sie soll Leistungserbringern ermöglichen, die Qualität ihrer Leistungen aufzuzeigen. An einem Beispiel der Spitalinfektionsrate in Deutschland lässt sich dies zeigen: Dank in der Schweiz entwickelter Indikatoren wird die Infektionsrate in deutschen Spitälern einheitlich und damit vergleichbar monitorisiert. Damit konnte die Infektionsrate in den letzten zehn Jahren halbiert werden. Jeder Klinikdirektor erhält die Messresultate der andern Kliniken und zieht so für sich und seine Klinik die nötigen Konsequenzen: Jeder will besser werden,



Heinz Brand



Urs Hürlimann

keiner will schlecht sein. Öffentlich sind die Resultate nur anonymisiert erhältlich. «Verbesserungspotenzial», sagt der FMH-Präsident, «kann nicht über eine Misstrauenskultur realisiert werden, sonst macht niemand mit.»

Nach Ansicht von Heinz Brand müssten die Ärzte Interesse haben an einem Benchmark. «Ich befürworte finanzielle Konsequenzen.» Man könne nicht überall gut sein, deshalb Hände weg von Eingriffen, die man nicht beherrscht. Nationalrätin Heim ist nicht mehr überzeugt von positiven Anreizen. «Vertrauen ist gut, aber eine gewisse Transparenz braucht es doch.» Fallzahlen führen zwingend zu Kompetenzzentren in den Regionen. Die Ärzte wissen viel über die Leistungen der Spitäler in ihrer Nähe, so Hausarzt Philippe Luchsinger, «und wir tauschen uns auch darüber aus». Qualitätsmanagement richtig gemacht, bringt mit Sicherheit Kosteneinsparungen. Oliver Peters erinnert daran, dass 70% aller Kosten von nur 10% der Patienten verursacht werden. Ursula Koch plädiert für mehr Druck durch die Patienten. Die Patientenorganisationen müssten gestärkt werden. Einen möglichen Lösungsansatz sieht sie in einer Art Trip-Advisor-Modell, denn eine solche Bewertung würde den Druck erhöhen.

Schlussfrage

Was können wir in den nächsten drei bis fünf Jahren tun, lautet die Schlussfrage ans Panel.

Laut Bea Heim sind Qualität und Kosteneffizienz kein Widerspruch, sondern ergänzen sich. Das Qualitätskonzept des Bundes sei zusammen mit den Kantonen, Forschungskreisen und Leistungserbringern umzusetzen. Denn das breite Wissen der ärztlichen Fachgesellschaften ist unentbehrlich.

Auch Ursula Koch wünscht sich auf nationaler Ebene, dass die Vorlage des Bundesrats doch noch durchkommt. Auf der praktischen Ebene gelte es zu zeigen, dass der Bottom-up-Ansatz weiter funktioniert. «Wenn wir die Qualität verbessern wollen», so Koch, «müssen wir Ergebnisse messen können.»

Für Jürg Schlup rechnet sich der Aufwand für mehr Qualität. Sie bringt mehr Nutzen für den Patienten und seine Angehörigen.

Regierungsrat Hürlimann plädiert für ein pragmatisches Vorgehen «mit gesundem Menschenverstand». Eigenverantwortung und unternehmerisches Denken seien zu fördern.

Für Heinz Brand ist Vertrauen zwar wichtig, aber trotzdem hält er den «transparenten Zugang zu Vergleichsmöglichkeiten für unerlässlich». Dafür wünscht er sich ein stärkeres Engagement der Fachgesellschaften, da nur sie die Basis für die Vergleiche bieten.

