



«Qualität im Gesundheitswesen»
Kuration und Prävention:
Welche Qualitätsdaten braucht es?

Impressum

Herausgegeben von der allianz q

Doris Fischer-Taeschler

Präsidentin der allianz q

Riedweg 16

5707 Seengen

E-Mail: butz@fischer-taeschler.ch

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

Gestaltung: Continue AG, Basel

Bilder: Michel Matthey de l'Étang

Disponible en traduction française

© allianz q, 2017

gedruckt in der
schweiz

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	2
«Qualität muss in den Händen der Ärzte bleiben» Erfahrungen mit dem Register	4
Medical Registries and Data Linkage Schweizer Zentrum als Vision	7
Diabetes – relevante Qualitätsdaten im Blick Ein individueller Diabetespass als Ziel	10
Erkrankung der Atemwege Qualitätsdaten «fordern» die Schulung von Health Professionals und Patienten	13
Welche Qualitätsdaten braucht es? Am Beispiel der Herz-Kreislauf-Erkrankungen	16
Innovationspreis 2017 «Das vernetzte Gesundheitswesen ist unsere Vision»	19
Der Umgang mit Qualitätsdaten im Kanton Zürich Mindestfallzahlen sind erfolgreich	22
Der Umgang mit Qualitätsdaten Die Sicht des Bundes	25
Paneldiskussion Qualitätsdaten – es gibt keinen Königsweg	28
Schlussfolgerung	32

Editorial

Stoos Nr. 8 – und es braucht ihn immer noch! Das ist mein Fazit nach der diesjährigen Auflage. Aus verschiedenen Blickwinkeln wollte die allianz q klären, welche Qualitätsdaten im Schnittstellenbereich zwischen Prävention und Kuration notwendig sind. Dies aus der Überzeugung heraus, dass Wirkung nur aufgezeigt und gemessen werden kann, wenn auch die Daten entsprechend aufbereitet sind. Prof. Michael Brändle, Chefarzt Kantonsspital St. Gallen, und Prof. Jörg Leuppi, Chefarzt Kantonsspital Baselland, vermittelten dazu einen Einblick in die Praxis ihrer Fachgebiete.

Die Referate von Prof. Marcel Zwahlen von der Universität Bern, Thomas Christen, Vizedirektor BAG, und Regierungsrat Thomas Heiniger, Zürcher Gesundheitsdirektor, machten deutlich, dass der Weg zu einer umfassenden, in Übereinstimmung mit dem Datenschutz stehenden Datenerfassung und -auswertung noch weit und steinig ist. Prof. Michele Genoni berichtete eindrücklich über den Aufbau und die Erfahrungen mit dem Herzregister sowie das komplizierte Verhältnis der untereinander konkurrierenden Herzkliniken.

In der Paneldiskussion mit Hans Stöckli, Ständerat und Mitglied der Gesundheitskommission, Reto Egloff, CEO KPT, und Sonja Bietenhard, Direktorin der Lungenliga Schweiz, wurde der Frage nach pragmatischem, lösungsorientiertem Vorgehen nachgegangen. Erfolgversprechend sind einzig Lösungen, die von der Basis angedacht und getragen werden. Für einmal also keine zusätzlichen Forderungen an Staat und Verwaltung, sondern aktive Unterstützung der bestehenden Bottom-up-Ansätze.

Doris Fischer-Taeschler
Präsidentin der allianz q



Doris Fischer-Taeschler, Präsidentin der Allianz q

«Qualität muss in den Händen der Ärzte bleiben»

Erfahrungen mit dem Register

Die Qualität muss von der Branche sichergestellt werden, weil nur die Ärzte in der Lage sind, sie zu beurteilen. Die Politik kann nur die Leitplanke setzen. Dies ist eine der zentralen Aussagen von Prof. Michele Genoni zu den Erfahrungen mit dem Herzchirurgie-Register.

Michele Genoni vertritt auf dem Stoa nicht nur die Allianz Herzchirurgie Zürich (Universitätsspital und Stadtpital Triemli), sondern als Präsident auch die Schweizerische Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie (SGHC). In ihrem Namen hält er ohne Wenn und Aber fest: «Die 18 Zentren für Herzchirurgie, die wir in der Schweiz für 8 Millionen Einwohner haben, sind zu viel.» Deshalb habe sich die SGHC auch dagegen gewehrt, dass in Freiburg ein neues Zentrum eröffnet wird. Aber wie kann die notwendige Konzentration gegen Partikularinteressen herbeigeführt werden? Entscheidend sei die Qualität, «zu der wir uns bekennen». Dazu müssten Kriterien erstellt werden, die für die Ausübung einer herzchirurgischen Tätigkeit notwendig sind: Qualitätsmanagement und -sicherung, «Zertifizierung» und Behandlungspfadenetzwerk. «Die Herzchirurgie gehört heute nicht zur hoch spezialisierten Medizin, die Herzchirurgie ist einfach nur teuer.»

Der Beschluss für das Herzregister datiert aus dem Jahr 2012, ein Jahr später wurde es eingeführt. «Doch wir sind längst nicht so weit, wie wir möchten», stellt Genoni fest. Deshalb könne er auch noch keine Outcomes präsentieren. «Sehr positiv» sei, dass im Jahr 2014 insgesamt 6368 operierte Patienten erfasst wurden. Dabei fiel eine viel höhere Mortalitätsrate auf als vom Risikoprofil der Patienten erwartet (EuroSCORE II). Sind wir so schlecht oder liegt es an der Qualität der Daten? Genoni deutet an, dass die Audits bei den einzelnen Spitälern teilweise nicht korrekt eingegeben wurden. So seien Daten für die



«Entscheidend ist die Qualität, zu der wir uns bekennen. Dazu müssen Kriterien erstellt werden, die für die Ausübung einer herzchirurgischen Tätigkeit notwendig sind.»

Prof. Dr. med. Michele Genoni, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie (SGHC)

Berechnung des Risikoprofils nicht richtig erfasst worden («ein riesiges Problem»), oder eine Klinik habe «kurzfristig die Daten verändert, um besser dazustehen». Um zu besseren Ergebnissen und Daten zu kommen, brauche es aber unabhängige Kontrolle (Audits) – allen Problemen zum Trotz. In anonymisierter Form zeigt die Darstellung der vom Audit-Team gesammelten Eindrücke beträchtliche Unterschiede auf, bei zwei Kliniken waren nur 53% bzw. 62% der Datensätze korrekt. Immerhin verbesserte sich im Jahresvergleich von vier Herzzentren zwischen 2015 und 2016 die Datenqualität insgesamt von 77% auf 86%. Im Jahr 2016 wurde das Audit auf 8 Kliniken ausgeweitet.

Eine offene Frage sei der Umgang mit den Daten. Was wollen wir damit, fragt Genoni in die Runde? Schon aus Gründen des Datenschutzes plädiert er für «eine nationale Verständigung». Er gehe davon aus, dass es eine Einverständniserklärung der Betroffenen (Patienten) für das Register brauche. Auch zu diesem Punkt gibt es viele unterschiedliche Meinungen zwischen den acht Herzzentren. Zur Qualitätssicherung merkt Genoni an, dass die Datenqualität noch ungenügend sei. Ins Gewicht falle, dass einzelne Zentren die Registerdaten anderer Zentren in Zweifel ziehen, da «sie nicht korrekt sein können». Letztlich hänge die Qualität, Aussagekraft und Vergleichbarkeit der Daten davon ab, «ob sich alle Zentren umfassend beteiligen und sich den Audits unterziehen lassen». Ungeklärt sei die Frage, wem die Daten gehören.

Um die offenen Fragen zu klären und Lücken und Mängel anzugehen, beschloss die SGHC für 2017 ein System-Audit 2017. Die Audits der Vorjahre hatten gezeigt, dass die Prozesse, Hilfsmittel und der Wissensstand der Beteiligten nicht ausreichend sind, um den sicheren Betrieb des Registers, eine hohe Datenqualität und die gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz zu gewährleisten. Er sei stolz, sagt Prof. Genoni, dass es gelungen sei, ein Register zu schaffen. Aber noch sei vieles zu definieren und dazu brauche es die Unterstützung der Politik, weil es generelle Regelungen brauche. Als positiv wertet er, dass 2017 und 2018 alle herzchirurgischen Kliniken auditiert werden und die Datenfelder definiert wurden. Negativ zu Buche schlägt, dass vom Register selbst noch kein institutionalisiertes Verfahren für die Meldung, die Erfassung, die Bewertung und die Behandlung nicht konformer Ergebnisse besteht, die Datenqualität der abgegebenen Daten nicht überprüft wird, der Persönlichkeitsschutz und die Vertraulichkeit der Daten nicht gewährleistet sowie die Aufbewahrung und spätere Löschung der Daten nicht geregelt sind.

Abschliessend lobt Prof. Genoni die Zusammenarbeit mit der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, «bei der wir auf offene Ohren gestossen sind». Sie habe genügend Zeit eingeräumt, um Erfahrungen mit dem Register zu sammeln.

Medical Registries and Data Linkage

Schweizer Zentrum als Vision

Um zu überprüfbareren Resultaten zu kommen, ist die Datenqualität zentral – Vollständigkeit und Risikobereinigung (Case Mix Adjustment) als Stichworte. Diese Ansicht vertritt Prof. Marcel Zwahlen von der Universität Bern (Institute of Social and Preventive Medicine).

Verschiedene Studien hätten gezeigt, dass die Verlinkung der Daten wichtig ist. Um die Qualität einer Behandlung beurteilen zu können, müsse man wissen, wie die Resultate zustande gekommen sind. Zwahlen zitiert eine vergleichende Studie von zwei Spitälern, die Patienten mit einem akuten Herzinfarkt behandelt hatten. Im Spital A verstarben von 800 Patienten 40, das Spital B zählte bei gleich vielen Patienten 81 Sterbefälle. Eine genaue Analyse der erhobenen Daten zeigte grosse Unterschiede in der Erfassung der Risikoprädiktoren. Im Spital A wurden irrtümlich 30% der Personen mit tiefem Risiko der hohen Risikokategorie zugeordnet, beim Spital B 10%. Altersgruppe und Geschlecht wurden dagegen hundertprozentig korrekt erhoben. Mit andern Worten: Beim Case-Mix ist das «Adjustment» potenziell immer unvollständig, da Outcomes nicht identisch definiert oder unvollständig erfasst sind. Für Zwahlen heisst die Lösung: Datelinkages mit vollständigen Registern. Den Vergleich der 30-Tage-Mortalität hält er «für einen fairen Vergleich». Technisch könne dieser über eine Datenverknüpfung erfolgen.

Die 30-Tage-Mortalität zu erheben, wäre laut Prof. Zwahlen auch in der Schweiz seit 5 bis 6 Jahren technisch möglich, und zwar wie folgt: Der im Spital verwendete anonyme Patientencode kann in der Bevölkerungsstatistik rekonstruiert werden. Damit kann die Bevölkerungsstatistik und die Todesursachenstatistik anonym mit der Statistik der Spitalaufenthalte verbunden werden. Voraussetzung dafür ist die breitere Verwendung der AHV-Nummern, wie sie auch vom Bundesrat angestrebt wird. Bis im Herbst 2017 soll eine Gesetzesvorlage vorliegen, die eine kontrollierte Verwendung der AHV-Nummer «effizienter» macht.

Zwahlen schwebt in der Umsetzung ein offiziell akkreditiertes «Swiss Data Linkage Center» vor. Dazu käme eventuell eine Bewilligungsinstanz für Datenverknüpfungen zwischen behördlich geführten medizinischen Registern und Daten von «Dritten» (Krankenkassen, Studien mit Ethik-Bewilligung). Als Vorbild und seinen «privaten Traum» nennt Zwahlen Dänemark, «das uns in Sachen Daten schon weit voraus ist».



«Die Verlinkung von Daten ist wichtig. Um die Qualität einer Behandlung beurteilen zu können, muss man wissen, wie die Resultate zustande gekommen sind.»

Prof. PhD MSc Marcel Zwahlen,
Universität Bern, Institute of Social and Preventive Medicine

Diabetes – relevante Qualitätsdaten im Blick

Ein individueller Diabetespass als Ziel

Für das Diabetesmanagement ist das Arbeiten mit regelmässig erhobenen Daten eminent wichtig. Nur die strukturierte Betreuung macht eine kontinuierliche Verlaufsbeurteilung möglich, erklärt Prof. Michael Brändle.

Die Zahl der chronischen Diabeteserkrankungen dürfte europaweit von 33 Millionen im Jahre 2000 bis 2030 auf 48 Millionen zunehmen. Daraus resultieren auch mehr Folgeerkrankungen. Für kardiovaskuläre Ereignisse ist Diabetes ein beträchtlicher Risikofaktor, wie vergleichende Studien belegen. Dies gilt es gemäss Michael Brändle, Chefarzt für Innere Medizin am Kantonsspital St. Gallen, zu verhindern, weil dadurch die Teuerung im Gesundheitswesen weiter angeheizt wird. Die Jahreskosten pro Diabetespatient Typ 2 erhöhen sich um das Dreifache, wenn er von mikrovaskulären und makrovaskulären Komplikationen betroffen ist. In der Schweiz betragen die Kosten von Diabeteskomplikationen beispielsweise bei einem Schlaganfall 48 000 Franken, bei Herzinsuffizienz 33 000 Franken und bei einer Fussamputation 24 000 Franken.

Beim Diabetesmanagement kommt der regelmässigen Erfassung von Daten eine zentrale Bedeutung zu. Die strukturierte Betreuung ermöglicht eine kontinuierliche Verlaufsbeurteilung der Blutzuckerkontrolle alle drei Monate, eine Beurteilung der kardiovaskulären Risikofaktoren und das Erfassen von Diabetes-assoziierten Komplikationen. Dieses Management kann in der Hausarztpraxis für alle Personen mit Diabetes überprüft werden, indem für die Erreichung der Ziele Punkte vergeben werden. Etwa für regelmässige Kontrollen in der Sprechstunde, Lifestyle-Massnahmen, Erreichen von Blutdruck-Zielwerten bzw. Zielwerte für Cholesterin und Langzeit-Blutzuckerkontrolle, Augen-, Nieren- und Fussuntersuchungen. «75 von 100 möglichen Punkten ist ein guter Schnitt», betont Prof. Brändle.



«Mithilfe von systematisch erfassten klinischen und therapeutischen Daten soll die Detektion von Hochrisikogruppen bei Diabetes ermöglicht werden.»

Prof. Dr. med. Michael Brändle, Facharzt für Endokrinologie/Diabetologie, Chefarzt Klinik für Allgemeine Innere Medizin, Kantonsspital St. Gallen

Eine genauere Überprüfung und langfristige Beurteilung des Diabetesmanagements in der Schweiz gelingt mittels Diabeteskohorten bzw. -registern. Das Swiss Diabetes Registry wurde durch SwissDiab Verein bereits im Jahre 2008 gegründet. Dabei soll Folgendes strukturiert prospektiv erfasst werden: demografische Daten, klinische Befunde und Komplikationen, Laborresultate, Therapien und Medikation sowie Komorbiditäten (Begleiterkrankungen). Mithilfe dieser systematisch erfassten klinischen und therapeutischen Daten soll die Detektion von Hochrisikogruppen ermöglicht werden, eine strukturierte Prävention eingeleitet und eine Intensivierung der Behandlung vorgenommen werden.

Konklusion des Workshops

Der Workshop zu Diabetes erarbeitete drei Kriterien zum Umgang mit Daten. Als Herausforderungen am Beispiel der SwissDiab Study wurden vorgängig genannt: Die Finanzierung, der Zeitaufwand zur Datenerfassung, die Repräsentativität der erfassten Diabetespopulation im Vergleich zur gesamten Diabetespopulation in der Schweiz, Qualitätssicherung der erhobenen Daten und die vertrauliche Behandlung der erhobenen Daten. Laut Stefan Wild von TopPharm gelte es, die Lebensumstände zu berücksichtigen. Kontrollen seien unabdingbar. Beim Outcome sei klar: «Die Behandlungsqualität steigt, wenn die Krankenkassen für die strukturierte Datenerfassung mehr bezahlen.» Im Vordergrund stehe aber die Schulung und die Förderung der Selbstmotivation des Patienten, der sein Verhalten ändern müsse (Essen, Bewegung, Schlaf etc.). Der Patient als Kunde sollte besser eingebunden werden. «Wie können wir ihn emotionalisieren?» Bei der digitalen Unterstützung würde es noch an geeigneten Instrumenten fehlen. «Sehr viel Entwicklungsbedarf ist vorhanden.» Auch beim Register macht der Workshop «Stolpersteine» aus. Wer zahlt? Wie können die Datenlöcher gestopft werden? Als Forderung formuliert Stefan Wild, dass die Leistungserbringer mehr einbezogen werden und das KVG diese Leistungen auch vergütet.

Erkrankung der Atemwege

Qualitätsdaten «fordern»
die Schulung von
Health Professionals
und Patienten

Die Erfassung von Hausarzt-basierten Daten bei COPD-Patienten haben gezeigt, dass viele Patienten über-, aber auch unterbehandelt sind; so erhalten 30% bis 50% eine unnötige oder auch ungenügende Medikation. Die «continuous medical education» von Hausärzten und Pneumologen (aber auch weiterer Health Professionals wie Apotheker) spielt bei Atemwegserkrankungen eine zentrale Rolle.

Jörg Leuppi, Chefarzt Medizinische Universitätsklinik Baselland, orientiert sich bei den Qualitätsdimensionen an Avedis Donabedian, also der notwendigen Unterscheidung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität als zentrale Qualitätsdimensionen in der gesundheitlichen Versorgung. Vor gut zehn Jahren wurde in einem schweizweiten Projekt die lungenfunktionelle Einschränkung bei Rauchern («Raucherlunge») systematisch erfasst. Bei diesem Raucher-screening in 440 Hausarztpraxen bei 25 000 Patienten wurden 28,3% COPD-Diagnosen erstellt, 10% leichte COPD, 17,2% mittelschwer bis schwer und 1,1% sehr schwer. (Die Schlagzeile von «20 Minuten» dazu: «Jeder dritte Raucher ist ernsthaft krank.») Ein weiteres zentrales Ergebnis war aber, dass nur 60% der Spirometrien verwertbar waren. Die spirometrischen Untersuchungen wurden nicht richtig durchgeführt. Spirometrieschulungen für Hausärzte und ihre Medizinischen Praxisassistenten werden seither in der Schweiz flächendeckend angeboten.

Im Wallis zeigte ein Versuch mit einem aktiven «Asthma-Management», insbesondere der Schulung der Patienten, dass sich Abwesenheiten von Schule oder Arbeit deutlich reduzieren lassen. Leuppi: «Durch die Schulung der Patienten hat man Geld gespart.» Die Kosten pro Patient und Jahr reduzierten sich – trotz der Mehrkosten für die Schulung – um 39%.

Wie wichtig die richtige Bedienung ist, zeigt laut Leuppi auch die CRAP-Therapie (Continuous Positive Airway Pressure). Vom Schlafapnoe-Syndrom betroffene Patienten können damit ein normales Leben führen. Der Einsatz des Atemgerätes mache aber nur Sinn, «wenn es richtig benutzt wird». Erhobene Compliance-Daten würden belegen, dass von der Lungenliga betreute Patienten bezüglich Kosten «deutlich besser abschnitten als ihre Pendanten ohne Lungenliga-Betreuung». Regressionsanalysen der Helsana ergaben, dass die totalen Leistungskosten des Patienten pro Jahr mehr als 10% tiefer lagen und die durchschnittlichen jährlichen Ärztekosten um 900 Franken niedriger waren. Das Resultat lasse sich dadurch erklären, dass die Patienten dank der Mitbetreuung durch die Lungenliga enger begleitet und somit therapiekonformer sein dürften. Leuppi ist der Ansicht, dass die Geräte eben nicht verkauft, sondern viel besser über die Lungenliga vermietet werden sollten. Dies führt zu einer patientenfreundlichen und effektiven Zusammenarbeit von Pneumologen mit der Lungenliga.

Konklusion des Workshops

Der Workshop zu den Atemwegen, der vom früheren Basler Gesundheitsdirektor Carlo Conti geleitet wurde, erarbeitete 4 Thesen zur Relevanz der Qualitätsdaten:

1. Es müssen nicht mehr Daten gefordert werden, sondern die verfügbaren Daten besser verknüpft und zugänglich gemacht werden. 80% der Daten reichen aus, anzustreben sind nicht 100%.
2. Bei den Routinedaten gibt es im Grunde genommen keinen Handlungsbedarf. Die Digitalisierung wird dafür sorgen, dass man mehr Daten erhält.
3. Entscheidend ist, was der Leistungserbringer mit den Daten überhaupt anfangen kann. Letztlich sei immer eine individuelle Beurteilung durch den Arzt notwendig. Man kann die Daten nicht mechanisch auf den einzelnen Patienten ummünzen.
4. Die Summe aller Qualitätsindikatoren muss performanceorientiert eingesetzt werden. Dies ist eine zentrale Forderung.



«Die regelmässige Schulung von Hausärzten, Pneumologen, anderen Health Professionals, aber auch von Patienten bildet die Basis für eine erfolgreiche Behandlung bei Atemwegserkrankungen.»

Prof. Dr. med. Jörg Leuppi PhD, Facharzt Allgemeine Innere Medizin und Pneumologie, Chefarzt Medizinische Universitätsklinik Kantonsspital Baselland

Welche Qualitäts- daten braucht es?

Am Beispiel der Herz-Kreislauf- Erkrankungen

Im Grunde genommen sind bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen die Fakten bekannt, die zu mehr Lebensqualität und einer besseren Gesundheit führen würden. Doch es fehlt am gesellschaftlichen und politischen Willen, auf diese Umfeld- und Verhaltensfaktoren den notwendigen Einfluss zu nehmen.

In seinem Input-Referat skizziert Prof. Michael Zellweger vom Universitätsspital Basel die Qualitätsparameter, die ein guter Q-Parameter erfüllen muss. Er muss für den Patienten erstens relevant sein. Zweitens muss Verbesserungspotenzial vorhanden sein und drittens muss er beeinflussbar sein. Zellweger weist darauf hin, dass bei Erkrankungen im Herz-Kreislauf-Bereich, aber auch bei nicht ansteckenden Krankheiten, 60% bis 70% der Faktoren durch das Umfeld und das individuelle Verhalten bestimmt sind, also ungenügende Bewegung, keine ausgewogene Ernährung, Übergewicht und natürlich das Rauchen. Diese Faktoren wiederum sind seitens der Medizin nicht oder nur beschränkt beeinflussbar. Vielmehr stellen sie eine gesellschaftlich-politische Herausforderung dar. Zellweger: «Die Parameter und Indikatoren sind bekannt, jedoch scheint es am gesellschaftlichen und politischen Willen zu fehlen, aktiv zu werden.» Stattdessen überlasse man das Problem dem Gesundheitswesen, überspitzt ausgedrückt: «Wir medikalisieren die Herausforderung.»



«Bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind 60–70% der Faktoren durch das Umfeld und individuelles Verhalten bestimmt. Diese Faktoren sind seitens der Medizin nur beschränkt beeinflussbar.»

Prof. Dr. med. Michael Zellweger,
Leiter Nichtinvasive Kardiologie, Universitätsspital Basel

Nachweislich verfügen wir in der Herz-Kreislauf-Versorgung über «sehr hohe Standards». Auch hier stelle sich jeweils die Frage des Grenznutzens im Sinne der 80/20-Regel. Randomisierte kontrollierte Studien (RCT's) haben einen eng umschriebenen Geltungsbereich und enthalten klare Ein-/Ausschluss-Kriterien, wo meist gerade Mehrfacherkrankte ausgeschlossen werden. Vor dem Hintergrund der Polymorbidität zeigt sich somit die Grenze der Möglichkeit einer Guideline-Adhärenz. Bei der Frage der Register stellt sich die Frage nach deren Grundlage: Haben wir ein Gesetz? Bewegen wir uns im Humanforschungsbereich? Wem gehören die Daten? Wer hat die Datenhoheit?

Konklusion des Workshops

Die Diskussion im Workshop zeigt, dass die Politik an die Qualitätsparameter folgende Anforderungen stellt: Sie müssen einfach, verständlich und widerspruchsfrei sein. Die Daten sollen auch zur Ressourcenverteilungsgerechtigkeit beitragen. Der von Dr. Christoph Bosshard, Vizepräsident FMH, geleitete Workshop einigt sich auf fünf wichtige Parameter:

1. Der Faktor Zeit ist im Herzbereich entscheidend. Zeit = Herzmuskel-schaden. Beim akuten Koronarsyndrom bedeutet Zeitgewinn ein Gewinn an Herzmuskelgewebe und dadurch an Qualität.
2. Bei der Sekundärprävention sind die Daten und Resultate schon auf hohem Niveau. Diesen Standard gilt es zu halten. Die Vergütung ist zu regeln.
3. Bei der Patientenzufriedenheit ist die Zielerreichung, die mit dem Patienten abgesprochen wurde, zentral. Es stellt sich jedoch die Frage nach der Objektivierbarkeit.
4. Die 30-Tage-Mortalität ist risikobereinigt abzubilden und alle Therapieformen sind einzuschliessen.
5. Die Guideline-Adhärenz ist anzustreben und vereinfacht uns das Management im Regelfall. Sie wird uns die Arbeit – gerade im komplexen Fall – jedoch nicht abnehmen.

Innovationspreis 2017

«Das vernetzte Gesundheitswesen ist unsere Vision»

Der Masterplan Integrierte Versorgung Aargau und sein Leiter, Urs Zanoni, wurden mit dem diesjährigen Innovationspreis der Allianz q ausgezeichnet.

«Zwei Projekte – eine Vision», umschreibt Urs Zanoni die Ausgangslage für das «Vernetzte Gesundheitswesen Aargau», das die abgetretene grüne Regierungsrätin Susanne Hochueli aufgegleist hatte. Es ging darum, die reale Vernetzung und die digitale Vernetzung zusammenzuführen. «Denn die beiden Zugänge bedingen und verstärken sich», betont Zanoni. «Daraus entstand die (Mission): keine integrierte Versorgung ohne eHealth – ohne eHealth keine integrierte Versorgung.»

Als «Leitgedanken» des Masterplans nennt Zanoni folgende Elemente: Auf Bestehendem aufbauen und gemeinsam Bottom-up-Projekte entwickeln (statt Top-down verordnen). Projekte und Initiativen des Kantons und des Bundes einbeziehen (z.B. Gesundheit 2020, NCD-Strategie, Strategie eHealth Schweiz). Den Fokus auf die Bürger/Versicherten/Patienten legen und ihre Kompetenz fördern («Befähigungsansatz»). Der Kanton versteht sich als Impulsgeber, Motivator und Dienstleister und finanziert nur die Projektstelle. Die Projekte dagegen sind eigenfinanziert.

Einige Meilensteine des Masterplans sind:

- ein kantonsweites Portal für Unterstützungs- und Entlastungsangebote (vor allem für ältere Menschen und Angehörige),
- die Verankerung der integrierten Versorgung in kantonalen Versorgungsstrategien,
- die Beratung von Gemeinden zu altersgerechter Gesundheitsversorgung.
- umfassende Beratungsleistungen für lokale und regionale Vernetzungsprojekte.

Mit Genugtuung hält Urs Zanolini fest, dass in zahlreichen Gegenden der Schweiz regionale, bevölkerungsorientierte Versorgungsmodelle entstehen, sogenannte Gesundheitsregionen. Im Aargau erwähnt er das «Gesunde Freiamt», das als «Entwicklungswerkstatt» funktioniert. In Sachen integrierter Versorgung scheint sich etwas zu entwickeln, «an das ich glaube».



«Keine integrierte Versorgung ohne eHealth –
ohne eHealth keine integrierte Versorgung.»

Urs Zanolini,

Leiter Masterplan Integrierte Versorgung/eHealth, Kanton Aargau

Der Umgang mit Qualitätsdaten im Kanton Zürich

Mindestfallzahlen sind erfolgreich

Qualitätsinformationen müssen verlässlich und nachvollziehbar sein. Deshalb braucht es bei der Qualitätsmessung Transparenz. Der Zürcher Gesundheitsdirektor Thomas Heiniger plädiert für eine Qualitätsentwicklung mit den Leistungserbringern, «um das System wirksamer und robuster zu machen».

Einleitend stellt Regierungsrat Heiniger den Ansatz der allianz q «Qualität vor Kosten» in Zeiten knapper Finanzen als «gewagte Aussage» infrage. Seiner Ansicht nach wird unter dem Begriff der Qualität meist «etwas Positives» verstanden. «Qualität ist aber ein neutraler Begriff.» Heiniger: «Fordern wir Qualität, dann müssen wir wissen und definieren, was wir wollen und ob etwas gut oder schlecht ist.» Die Erwartungen seien zudem individuell und je nach Lebenssituation würden die Prioritäten anders gesetzt. In der Kantonsverfassung heisst es, dass Kanton und Gemeinden für eine «ausreichende und wirtschaftlich tragbare Gesundheitsversorgung sorgen».

Bei den Qualitätsanforderungen in der Spitalplanung sei die Transparenz hergestellt, glaubt Heiniger. Als «generelle Anforderungen» führt er die Aufnahmepflicht für alle Patienten auf, die Aus- und Weiterbildung, generelle Qualitätsanforderungen wie Qualitäts- oder Hygienekonzept, die Wirtschaftlichkeitsprüfung und die Erreichbarkeit. Die eingeführten Mindestfallzahlen bezeichnet er als «erfolgreich»: Die durchschnittliche Spitalaufenthaltsdauer sei reduziert worden, die Mortalitätsrate gesunken und die Kosten weniger stark gestiegen. Deshalb würden die Qualitätsanforderungen mittels Mindestfallzahlen weiterentwickelt und ausgebaut.



«Für eine Qualitätsentwicklung braucht es mehr als sture Kontrollen, es braucht einen Prozess. Qualität ist eine Verbundaufgabe, die den Einbezug aller Akteure benötigt.»

Thomas Heiniger,
Regierungsrat, Gesundheitsdirektor Kanton Zürich, Präsident GDK

Bei der Qualitätsentwicklung brauche es mehr als «sture Kontrollen», zeigt sich Heiniger überzeugt: «Es braucht einen Prozess.» Qualität sei eine Verbundaufgabe, die den Einbezug aller Akteure benötige. Die Qualitätsstrategie der stationären Versorgung im Kanton Zürich, mit der die Qualitätskultur in den Spitälern gestärkt werden soll, ist denn auch von allen wichtigen Institutionen unterzeichnet worden (u.a. Verband Zürcher Krankenhäuser, Chefärzte des Kantons, Klinik Hirslanden, Patientenstelle Zürich, Curafutura). Angelegt ist die Strategie auf einen Horizont von sechs Jahren, 2022 werde Bilanz gezogen. Sie müsse für alle «tragbar und sinnvoll» sein, so Heiniger. Die Vision basiert auf vier Qualitätsgrundsätzen:

1. Qualität als Führungsaufgabe. Die Mitarbeitenden werden gefördert und gefordert, ihre Aufgaben qualitätsorientiert zu erfüllen. Eine Qualitätsmanagement-Systematik wird implementiert oder weiterentwickelt; dazu gehört eine offene Fehlerverarbeitungs-kultur.
2. Transparenz und Qualitätswettbewerb fördern. Die Patienten werden umfassend aufgeklärt und befähigt, über ihre Behandlung mitzuent-scheiden. Die zur Spitalwahl notwendigen Informationen werden zur Verfügung gestellt. Dazu wird die Transparenz der Qualitätsaktivitäten und -ergebnisse gefördert. Mittels vergleichbarer Qualitätsinformationen wird ein Qualitätswettbewerb angestrebt.
3. Patientenorientiert behandeln. Die Patienten erhalten wirksame, zweckmässige, angemessene und nachhaltige Behandlungen. Die Behandlungen orientieren sich an der gesundheitsbezogenen Lebensqualität des Patienten.
4. Systemgrenzen überwinden. Die Leistungserbringer richten ihre Behandlungen integral auf eine optimale Ergebnisqualität über die gesamte Behandlungskette aus. Die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren erfolgt partnerschaftlich und basiert auf gegenseitigem Vertrauen und klaren Zuständigkeiten.

Der Umgang mit Qualitätsdaten

Die Sicht des Bundes

Trotz der Verbesserungen in den letzten Jahren gäbe es in der Schweiz eine Schwäche bei den Gesundheitsdaten. Das Erstellen von Registern sei ein möglicher Ansatz. Dieses Fazit zieht Thomas Christen, Vizedirektor im Bundesamt für Gesundheit (BAG). Die Zusammenarbeit der verschiedenen Stakeholder sei zu vertiefen und unabdingbar.

Der Bund unterstützt das Krebsregister, das bis 2019 umgesetzt werde. Weitere Register seien im Moment nicht vorgesehen. Auf der BAG-Homepage heisst es dazu, dass in der Schweiz heute 15 kantonale und regionale Krebsregister bestehen, die Krebserkrankungen von rund 94% der Schweizer Bevölkerung erfassen. In der Krebsbekämpfung spiele das Krebsmonitoring mit «schweizweit vollständig und vollzählig erfassten Daten eine zentrale Rolle.»

«Register haben sehr grosse Stärken», sagt Christen, «sie sind aber auch eine sehr aufwendige, anspruchsvolle und teure Form von Datenquellen.» Er möchte das Ganze deshalb über Qualitätsindikatoren angehen. Vier Fragen stellt er in den Raum:

1. Warum braucht es Qualitätsindikatoren?
2. In welchen Bereichen haben wir Qualitätsindikatoren?
3. Warum sind wir auf Zusammenarbeit angewiesen?
4. Was braucht es für nächste Schritte?

Thomas Christen verweist auf die Qualitätsstrategie des Bundes mit den vier Prioritäten:

1. Schaffung nationaler Strukturen und nachhaltige Finanzierungsgrundlage.
2. Umsetzung Nationale Qualitäts- und Patientensicherheitsprogramme.
3. Prüfung weiterer Massnahmen (Sensibilisierung der obersten Führungsebene, systematische Schulungen).

4. Ausbau der Qualitätsinformation (Q-Indikatoren). Vier Zwecke werden mit den Qualitätsindikatoren verfolgt: Sie sollen die Basis für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess bilden, die Transparenz für den Patienten herstellen («patient empowerment»), eine Qualitätsbeurteilung des Gesamtsystems erlauben und schliesslich den Zusammenhang mit Zulassung und Abgeltung aufzeigen.

Was wurde mit den Q-Indikatoren der Spitäler erreicht? Zum einen erhöhte sich die Transparenz. Waren es 2009 erst 34 Spitäler, die ihre Zustimmung zur Publikation der Daten gaben, so ist dies seit 2011 obligatorisch. Immer mehr Spitäler veröffentlichen die Indikatoren auch in ihren Jahresberichten. Durch die Vergleichbarkeit mit dem Ausland verbesserte sich die Basis für den Benchmark. Als Folge davon hat sich die Qualitätsdiskussion in den Spitälern intensiviert, aber auch in den Medien. Qualitätsverantwortliche in den Spitälern gehen den einzelnen Fällen nach und einzelne Spitäler (unter anderen Insel, USB, USZ, Hirslanden) unterziehen sich einer Peer-Review.

Um weitere Fortschritte zu erzielen, ruft Thomas Christen die Stakeholder zur Zusammenarbeit auf. Allein könne der Bund nämlich nur wenig machen. «Wir sind auf Sie angewiesen!» Der BAG-Vizedirektor zieht folgendes Fazit:

1. Qualitätsindikatoren sind ein zentraler Teil der Qualitätsstrategie des Bundes.
2. Im stationären Bereich wurde in den letzten Jahren eine beachtliche Anzahl von Q-Indikatoren eingeführt und publiziert. Trotzdem bestehen immer noch Lücken. Vor allem im ambulanten Bereich gibt es ein grosses Datendefizit. Die Einführung entsprechender Datengrundlagen hat deshalb hohe Priorität.
3. Basierend auf den Qualitätsindikatoren braucht es verschiedene Verbesserungsinitiativen. Dass diese möglichst bottom-up erfolgen sollen, wolle auch der Bundesrat.
4. Um die Transparenz und die Verständlichkeit zu verbessern, braucht es benutzerfreundliche Plattformen. Es brauche Koordination, um die Massnahmen der Qualitätsentwicklung umzusetzen. Und dies wiederum erfordere «eine nachhaltige Finanzierung der Qualitätsmassnahmen».



«In Bezug auf Qualitätsdaten ist in der Schweiz schon einiges erreicht worden, im Vergleich zum Ausland bestehen jedoch noch einige Lücken.»

Thomas Christen,
Vizedirektor und Leiter Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung, BAG

Paneldiskussion

Qualitätsdaten – es gibt keinen Königsweg

In einer ersten Diskussionsrunde meldet sich **Sonja Bietenhard, Direktorin der Lungenliga**, mit einem fulminanten Votum zu Wort: «Was ist denn mit den Patienten? Wurden sie gefragt, was sie wollen?» Bei chronisch kranken Patienten sei es besonders wichtig, dass sie zwischen den Arztbesuchen nicht allein gelassen werden. Gerade bei Diabetes brauche es unterstützende Massnahmen. In Bezug auf Qualitätsdaten «machen wir diesen Riesenzirkus», obwohl wir die Fehlanreize kennen. Diese gelte es zu beseitigen. **Doris Fischer-Taeschler** hält fest, dass es «keinen Königsweg gibt». Wir müssten den Patienten dort abholen, wo er ist.

Stefan Wild, CEO TopPharm, plädiert dafür, den Begriff des Patienten anders zu definieren. Er solle nur so lange als Patient betrachtet werden, als er beim Arzt ist, sonst sei er als Kunde zu verstehen. So erreiche man das Ziel des Selbstmanagements des Patienten besser. «Bei der Digitalisierung hat das Schweizer Gesundheitswesen den Anschluss verpasst», wirft **Prof. Marcel Zwahlen** in die Runde. Wer sei denn überhaupt für die digitale E-Health zuständig? **Urs Zaroni, Leiter eHealth Kanton Aargau**, verweist auf das am 15. April in Kraft getretene Gesetz, das den Austausch zwischen den Stammgemeinschaften regle. Die Kosten würden vor allem im ambulanten Sektor entstehen. Deshalb seien Anreize zu überlegen, «die Richtung Zwang gehen».

Der **Zürcher Gesundheitsdirektor Thomas Heiniger** ruft in Erinnerung, dass Zürich eine AG für E-Health gegründet hat, an der die Leistungserbringer wie Spitäler oder Ärzteorganisationen zu 50% und der Kanton zu 50% beteiligt sind. Die Mitwirkung des Kantons sei deshalb wichtig, weil damit die Vertrauensbasis zu den Bürgern gewährleistet sei. Schliesslich gibt Heiniger bekannt, dass Zürich und Bern in diesem Bereich zusammenspannen werden und damit ein System entsteht, das 2,5 Millionen Menschen bedient.



Von links: Sonja Bietenhard, Hans Stöckli, Reto Egloff

Als Einleitung zur Paneldiskussion spricht sich **Doris Fischer-Taeschler** dafür aus, die vorhandenen und verfügbaren Daten «zu verknüpfen und geschickt zusammenzuführen, damit sie in der Grundversorgung überhaupt implementiert werden können.» Für den **CEO der Krankenkasse KPT, Reto Egloff**, ist die Diskussion um Qualitätsdaten «kein neues Thema». Viele Initiativen seien vorhanden, was er positiv bewerte. Allerdings sehe er noch «kein Gesamtbild für eine nationale Lösung». Aus Sicht des **Berner SP-Ständerats Hans Stöckli**, Präsident von QualiCCare, sei die Politik derzeit «sehr weit entfernt von dieser Diskussion». Alles, was nach Qualität und Prävention im Gesundheitswesen töne, sei für viele Politiker «links». Er appelliert an die Anwesenden, sich «hartnäckiger und konsequenter» für ihre Anliegen stark zu machen, und zwar nicht nur bei den Gesundheitspolitikern.

Sonja Bietenhard ruft in Erinnerung, dass es in der Regel zu spät sei, «wenn die Patienten zu uns kommen». Im Gegensatz zur Krebsliga habe es die Lungliga oft «mit widerspenstigen Patienten» zu tun. Eigentlich wisse man ja, wie die Therapie auszusehen habe, aber die Schwierigkeit bestehe darin, «den Patienten mitzunehmen». Bietenhard ortet ein Grundproblem auch darin, dass



Sonja Bietenhard, Direktorin der Lungenliga



Ständerat Hans Stöckli

das «Strickmuster der Versicherungen» falsch sei, weil die Prävention finanziell zu wenig unterstützt werde. Zu ihrem «grössten Bedauern» habe sie vom Scheitern des Präventionsgesetzes Kenntnis genommen.

Laut KPT-CEO **Reto Egloff** macht es keinen Sinn, dem versenkten Präventionsgesetz nachzutruern. «Das können wir nicht rückgängig machen.» Was Public Health der öffentlichen Hand betreffe, «befinden wir uns im Moment auf einem Scheiterhaufen». Die Krankenkassen, unter denen der Wettbewerb existiere, würden Hand für finanzielle Beteiligungen an zukunftssträchtigen Projekten bieten. Allerdings wisse er auch, dass der Weg «steinig und langwierig» sei, bis sich ein Projekt durchsetze.

Nach Ansicht von **Ständerat Stöckli** spielen die Versicherer «eine zentrale Rolle», weil derjenige, der am Schluss bezahle, auch von Anfang an einbezogen sein müsse. Es sei erfreulich, wie viele Initiativen entstanden seien. «Aber wird der Qualität genügend Beachtung geschenkt, gibt es genügend Lehrstühle für Qualität?» Letztlich müsse ein neues System entstehen. «Unser grösstes Problem ist der Patient. Was will er? Und wollen die Patienten das, was wir anbieten?» Vor allem bei Diabetes und anderen chronischen Erkrankungen stehe die Änderung des Lebensstils im Vordergrund.

Laut **Urs Zanoni**, Leiter eHealth Kanton Aargau, besteht in der Wahrnehmung des Patienten in der Schweiz kein Qualitätsproblem. «Dabei haben wir unendliche Qualitätsprobleme in diesem Lande, die aber bei den Leuten nicht ange-



Reto Egloff, CEO von KPT

kommen sind.» Deshalb fehle auch der Leidensdruck für eine starke Patientenbewegung wie im Ausland. Seine ehemalige Chefin, die grüne Regierungsrätin Susanne Hochuli, die künftig die Patientenorganisation präsidiert, «wird sicher mehr Druck aufbauen». Denn wie in andern Berufen machten auch Ärzte Fehler, «es gibt grosse Unterschiede in der Qualität».

Wie schwierig und widersprüchlich der Umgang mit erhobenen Qualitätsdaten ist, illustriert das Votum des **Zuger Regierungsrats Martin Pfister**, der seit 18 Monaten das Gesundheitsdepartement führt. Für einen Laien wie ihn seien die Daten der fünf Zuger Kliniken «nicht zugänglich», obwohl viele Daten erfasst werden. Auffallend sei, dass die Akteure im Gesundheitswesen auf Fragen nach ihrem Beitrag den Ball an die Politik zurückspielten. «Kaum in einer andern Branche ist die Politik für so vieles verantwortlich», sagt Pfister, «das erstaunt mich schon sehr.»

Michael Zellweger, Kardiologe am Unispital Basel, kontert Ausführungen zum Umgang mit Fehlern und mangelnder Qualitätskontrolle vehement. «Wir stehen zu Fehlern», sagt er, «weil wir aus Fehlern von andern lernen wollen.» Die Änderung im Umgang mit Fehlern sei erfolgt. «Um das Maximum für den Patienten herauszuholen, schauen wir selbstkritisch Fehler an.» Von Qualitätsproblemen zu reden, sei «undankbar» gegenüber dem schweizerischen Gesundheitswesen.

Schlussfolgerung

Für die allianz q lassen sich aus den Referaten, Workshops und der anschliessenden Paneldiskussion folgende Erkenntnisse oder Schlüsse ziehen:

1. Es braucht nicht zwingend mehr Daten, die es zu erheben gilt. Vor allem bei den Routinedaten gibt es keinen Handlungsbedarf. Im Sinne der 80:20-Regel geht es aber darum, die verfügbaren Daten zu verknüpfen und zusammenzuführen, damit sie in der Grundversorgung zum Tragen kommen.
2. Für eine umfassende, national abgestützte Lösung ist noch kein Gesamtbild zu erkennen. Das Problem des Datenschutzes ist nicht geklärt. «Die Parameter und Indikatoren sind bekannt, jedoch scheint es am gesellschaftlichen und politischen Willen zu fehlen, aktiv zu werden.» Diese Aussage von Prof. Michael Zellweger vom Unispital Basel trifft einen zentralen Punkt, nämlich die Verantwortung des Patienten und damit das (fehlende) Problembewusstsein der Gesellschaft. Weil die rechtlichen Hürden noch beträchtlich sind, geht es nicht ohne persönliches Engagement der Exponenten. Es ist Prof. Genoni zuzustimmen, dass die Ärzte den Lead übernehmen müssen und die Politik nur die Leitplanken setzen soll.
3. Erfolg versprechen wohl einzig Lösungen, die von der Basis angedacht und getragen werden. Es gilt also, keine zusätzlichen Forderungen an Staat oder Verwaltung zu erheben, sondern die bestehenden Bottom-up-Ansätze aktiv zu unterstützen.



www.allianzq.ch