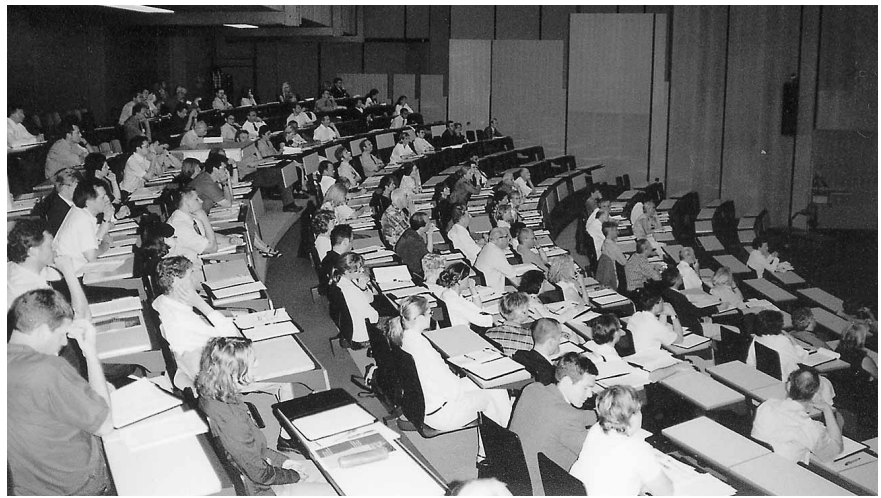


Qualität sichern, aber mit welchen Mitteln?

Die Qualität unserer Gesundheitsversorgung ist gut. Sie könnte aber besser sein, darüber waren sich die meisten Teilnehmer einig, die sich am 2. Schweizerischen Kongress für Gesundheits- und Pharmakonomie trafen. Weniger Einigkeit bestand darin, mit welchen Mitteln die Qualität verbessert werden kann und wie Kosten und Qualität zusammenhängen. Entsprechend lebhaft und teilweise kontrovers gestalteten sich die Diskussionen der Experten.

Karin Diodà

Rund 150 Fachleute aus dem Gesundheitswesen trafen sich am 22. Juni 2005 in Bern zum Meinungsaustausch über das Thema «Arzt und Krankenversicherung: Kostenkontrolle zulasten der Qualität?» Exponenten aus Medizin, Wirtschaft, Recht und Politik stellten ihre Position engagiert und teils pointiert dar. Qualität und Qualitätssicherung, diese beiden Begriffe standen im Zentrum der Diskussionen. Verantwortlich für deren Umsetzung ist der Bund. Er hat die Aufgabe, gemeinsam mit den Kantonen,



Interessierte Zuhörer aus dem Gesundheitswesen.

Leistungserbringern (Ärzte und Spitäler), Krankenversicherern und Patientenorganisationen einen Rahmen zu schaffen, der dies ermöglicht. Das Parlament hatte im März 2005 gefordert, der Bund müsse seine normative Rolle im Bereich Qualitätssicherung und Patientensicherheit verstärkt wahrnehmen. Der im Krankenversicherungsgesetz (KVG) verankerte Auftrag sei noch immer nicht umgesetzt. Manfred Langenegger, Leiter der Fachstelle Qualitätssicherung beim Bundesamt für Gesundheit (BAG) nahm dazu Stellung. Er anerkenne, dass diesem Thema eine hohe Prioritätsstufe zukomme, die Umsetzung von Seiten des BAG solle deshalb klar beschleunigt werden.

Ansätze zur Bewertung von Qualität

Dass der Auftrag zur Qualitätssicherung noch nicht umgesetzt ist, hängt auch damit zusammen, dass Qualität im Gesundheitswesen nur schwer fassbar ist. Die Fachleute am

Kongress waren sich zwar einig, wie wichtig Qualität ist, doch bei der Definition dieses Begriffs gingen die Meinungen auseinander. Die Idee einer normativen Wertvorstellung, was genau unter Qualität zu verstehen ist, wie man diese im Gesundheitswesen verbessern kann und was schlussendlich erreicht werden soll, fiel je nach Perspektive der Interessenvertreter unterschiedlich aus. Manfred Langenegger erläuterte das Verständnis von Qualität, indem er sich auf die Definition des Institute of Medicine (US National Academy of Sciences) stützte: Die Leistungen im Gesundheitssystem erfolgen demnach:

1. sicher
2. effektiv
3. zeitgerecht
4. patientenzentriert
5. effizient (Verhältnis Output/Input)
6. gerecht (gleicher Zugang zu den medizinischen Leistungen).

Das Qualitätsmanagement aus ärztlicher Sicht beleuchtete Dieter Co-



Manfred Langenegger vom BAG nimmt Stellung und definiert Qualität.



Robert Leu, Volkswirtschaftliches Institut der Universität Bern: Entscheidend sind Anreize.

nen, Chefarzt der medizinischen Klinik des Kantonsspitals Aarau und Professor der medizinischen Fakultät der Universität Basel. Er versteht Qualitätsmanagement als Steuerungsinstrument, aber auch als Interventionstechnik. Diese findet auf allen Betriebsebenen statt und beinhaltet auch eine analytische Komponente. Die Analyse der Prozesse und Ergebnisse sollte dann ermöglichen, die Abläufe zu verbessern. Anschließend müssen diese Verbesserungen überprüft werden: «Das heisst, Qualitätsmanagement hat immer mit Evaluation, Zahlen und feststellbaren Differenzen in der Intervention zu tun», erklärte Dieter Conen.

Ansätze zur Bewertung von Qualität sind laut dem Mediziner der Zugang zur Gesundheitsversorgung, die Zufriedenheit der Patienten, das Resultat sowie die Angemessenheit. Doch sei es wichtig, dass die Ärzte selbst formulieren, was sie unter gesundheitlicher Qualität verstehen. Conen weist darauf hin, dass eine Verbesserung des Systems auf einem möglichst günstigen Weg erreicht werden muss.

Dies sei nur möglich, wenn das System, in dem die Ärzte ihre Leistungen erbringen, geändert wird.

Anreize für die Anbieter

Im Zentrum der wirtschaftlichen Überlegungen stand die Frage, wie sich die eine bestimmte Art von Gesundheitssystem auf Kosten und Qualität der Versorgung auswirkt. «Dies hängt unter anderem von den Anreizen für die einzelnen Anbieter ab», erklärte Robert Leu vom Volkswirtschaftlichen Institut der Universität Bern. Dabei können Gesundheitssysteme grundsätzlich planwirtschaftlich (mit einem Globalbudget) oder wettbewerbsorientiert ausgestaltet werden. Während die Qualitätskontrolle bei einem Globalbudget auf hierarchisch-administrativem Weg erfolgt, sorgt beim anderen Modell der Wettbewerb für Kontrolle und Qualität.

Das zentrale Problem sieht Leu bei beiden Modellen in der einseitigen Verteilung der Information. So habe der Patient dem Arzt gegenüber nur wenig Information, ähnlich verhalte es sich beim Versicherer gegenüber den Versicherten. Dadurch würde sowohl das Qualitäts- wie auch das Kostenmanagement erschwert. Entscheidend seien auch die Anreize für die einzelnen Akteure in Form von Entschädigungssystemen und Kontrollmechanismen. Doch seien die Zusammenhänge der Abhängigkeiten im Gesundheitswesen so komplex, dass pauschale Aussagen nur beschränkt möglich sind. Trotzdem, unter den Gesundheitsökonomien dominiert die Ansicht, dass Wettbewerbsmodelle, die sich stärker an den Präferenzen der Bevölkerung orientieren, eine qualitativ bessere Versorgung gewährleisten.

Fragen der Transparenz

Eine Vision stellte die Referentin Petra Busch an einer Workshop-Veranstaltung in den Raum. Die Geschäftsführerin der Nationalen Koordinationsstelle für Qualitätsförderung stellt sich vor, wie es wäre, wenn Spitäler und Kliniken Qualität einheitlich messen würden, nach partnerschaftlich ausgehandelten Regeln. «Die Qualitätsmessungen könnten



Dieter Conen, Chefarzt der medizinischen Klinik des Kantonsspitals Aarau: Qualitätsmanagement als Steuerungsinstrument.



Petra Busch, Geschäftsführerin Nationale Koordinationsstelle für Qualitätsförderung: Verantwortung übernehmen und Entscheidungen treffen.



Beat Künzi, Leiter des Swisspep und Hausarzt: zehn Jahre Forschung in der Qualitätsentwicklung.

dann für die interne Evaluation und zur Verbesserung von Prozessen und Strukturen genutzt werden», fügt Petra Busch hinzu.

Da diese Vision noch nicht umgesetzt ist, bleiben Fragen der Transparenz bei der Qualität, beim Qualitätsmanagement, bei Ergebnissen, Prozessen und Strukturen nach wie vor ein Thema. Die letzten Jahre haben gezeigt, wie schwierig es ist, sich

Qualitätssicherung und Patientensicherheit

Um Transparenz bei der Qualität der Leistung im Gesundheitswesen zu schaffen, bereitet das BAG eine Verordnung vor, die noch 2005 verabschiedet werden soll. In der Verordnung «Qualitätssicherung und Patientensicherheit» sind folgende Elemente enthalten:

1. Die Spitäler sind aufgefordert, lokale Fehlermeldesysteme einzuführen. Ein minimaler Datensatz für Fehlermeldesysteme soll ermöglichen, die Daten in ein nationales Monitoring- und Feedback-System zu melden und dabei einen Lernprozess über die Institutionen hinaus ermöglichen.
2. Die Spitäler sollen verpflichtet werden, ihre klinisch tätigen Mitarbeitenden periodisch durch eine externe Institution zum Umgang mit Fehlern zu befragen.
3. Um die Patientensicherheit zu evaluieren, soll zusätzlich ein kontinuierliches Monitoring auf die Erfahrungen der Patientinnen und Patienten angewendet werden.
4. Mit der Vorgabe von minimalen Fallzahlen soll verhindert werden, dass medizinische Leistungen in Institutionen erbracht werden, die ungenügende Fallzahlen aufweisen.
5. Eine Evaluation, ob der Einsatz von medizinischen Leistungen angemessen ist, soll die Probleme der Überversorgung angehen. Insbesondere soll bei Interventionen, für die minimale Fallzahlen vorgeben werden, eine Mengenausweitung verhindert werden.
6. Der Bund hat heute schon die gesetzliche Grundlage, bei Spitätern und Heimen Daten zur Qualität der erbrachten Leistungen zu erheben. Mit einem systematischen Monitoring von einigen wenigen, aber problemsensitiven Qualitäts- und Performance-Indikatoren will das BAG eine erhöhte Transparenz zur Qualität der medizinischen Leistungen anstreben.

in Sachen Qualität zu einigen, vor allem bei den beiden Kontrahenten Spitäler und Krankenversicherern. Mit dem KVG Art. 58 ist eine Grundlage geschaffen worden. Spitäler und Krankenversicherer sind aufgefordert, gemeinsam den Weg zur Qualität zu definieren. Die Spitäler argumentieren, Qualität sei vielfältig und betreffe Strukturen, Prozesse und Ergebnisse in einem fortwährenden Lernprozess. Es sei deshalb nicht möglich, eine gesamte Institution anhand eines einzelnen Resultats zu beurteilen. Das Anliegen der Versicherer wiederum besteht darin, anhand von einfachen Indikatoren Aussagen über Qualität zu treffen, um die Tarife effizient gestalten zu können.

Inzwischen habe aber ein Umdenken stattgefunden, denn man überlege Möglichkeiten, umfassender vorzugehen. Allein die Klinikebene und Ergebnisindikatoren zu betrachten, genüge nicht, da sie nur ein Teil des Systems darstellen. Die konzeptuelle

Stossrichtung sollte umfassend sein, das heisst mit einer nationalen Koordination und einer Steuerung über Institutionen. Dabei könnte man die Aktivitäten in einzelne Fächer einteilen, die Aufgaben aufteilen, um anschliessend Analysen dieser Massnahmen durchzuführen. Um dies umsetzen zu können, so erklärte Petra Busch, seien Partner gefragt, die Verantwortung übernehmen und Entscheidungen treffen. Da sei nun das BAG gefordert, weil es jetzt vom Beobachterstatus weg in die Verantwortung gezogen wurde und zu mehr Input verpflichtet ist. Das Fazit von Petra Busch lautet: «Wir stehen am Anfang eines Weges und nun geht es um die konkrete Umsetzung, wir sind gespannt, ob wir das hinkriegen.»

Die Sicht der Hausärzte

Beat Künzi, Leiter des Swisspep, Institut für Qualität und Forschung im Gesundheitswesen, ist Hausarzt in Bern und betreibt seit zehn Jahren engagierte Forschung in der Qualitätsentwicklung. Der Mediziner ist sich sehr bewusst, dass die Ärzte die gesetzliche Aufgabe haben, Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nachzuweisen.

Doch sei dies eine politische Forderung, die nie der Komplexität Rechnung trage, die das Gesundheitswesen tatsächlich aufweise.

Um die Management-Qualität von Hausarztpraxen messen zu können, hat Beat Künzi die wissenschaftliche Entwicklung von EPA¹ in der Schweiz geleitet. EPA unterstützt den kontinuierlichen Qualitätsprozess in Hausarztpraxen mit einem internetbasierten Managementsystem, das die Praxis als «lernendes System» versteht. Das EPA-Indikatorenset ermöglicht den Ärzten ein multidimensionales Assessment von fünf Praxisdomänen. Diese Domänen wurden in dreijähriger Arbeit entwickelt und sie beinhalten: Infrastruktur, Menschen, Informationsmanagement, Finanzen sowie Qualität und Sicherheit. Sie dienen als Selbstevaluation des Arztes und der Praxisteammitglieder, als Fremdevaluation durch Patienten und einen Praxisbesucher und durch den Vergleich mit anderen Praxen. «Es gibt heute insgesamt 200 Indikatoren, die zusammengeführt werden und eine Interpretation erlauben», sagt Künzi. Dabei könne jeder Hausarzt innerhalb des Domänen-Fünfecks den Stand seines Qualitätsmanagements überprüfen.

Bei den Patienten nachfragen

Entscheidend sei, dass auch die Patienten in die Qualitätsbeurteilung miteinbezogen werden, argumentiert Beat Künzi. Patienten seien auch als Laien durchaus in der Lage, zu erkennen, ob ein Arzt gut arbeitet. Man könnte bei den Patienten nachfragen, was genau der Arzt während der Behandlung gemacht hat, wie er vorgegangen ist. Das Feedback des Patienten ist dann ein Kriterium für die Beurteilung des Arztes. Beat Künzi versteht diese Vorgehensweise als das wahre Empowerment: Indem man den Patienten Instrumente in die Hand gibt, mit denen sie mithelfen können, das System effizient zu gestalten und weiter zu entwickeln. ■

Bericht:
Karin Diodà

Redaktion «Managed Care»

¹ EPA steht für europäisches Praxis-Assessment, eine schweizerisch und international wissenschaftlich geprüfte Methode zur Dokumentation der Indikatoren. An der Pilotstudie in der Schweiz beteiligten sich die Verbindung der Schweizer Ärzte FMH, die Schweizerischen Ärztenetzwerke sowie EQUAM, die Stiftung für Externe Qualitätskontrolle in Managed Care.