

Kurt Hess

Steuerung der Qualität in der medizinischen Versorgung

Die verschiedenen Akteure des Gesundheitswesens sind sich einig, dass das Behandlungsergebnis, die Patientenzufriedenheit, die komplexen Prozesse der Risikominimierung und die Versorgungsgerechtigkeit unverzichtbare Qualitätsmassstäbe darstellen. Die zentrale Frage aber lautet: Wie lässt sich Qualität messen? Denn nur was gemessen werden kann, lässt sich auch steuern.

Wir schreiben das Jahr 2016 ...

Seit das Institut *qualinform@care* vor sechs Jahren etabliert worden ist, hat seine Bedeutung massiv zugenommen. Immer mehr Versicherte nutzen diese frei zugängliche Plattform, um sich über die Qualität der Ärzte und Spitäler zu informieren und die Wahl etwa eines Operateurs oder eines Spitals auf die bestmögliche Information zur Qualität der Leistungsanbieter abzustützen.

Getragen wird *qualinform@care* von Bund, Kantonen und *santésuisse*. Das Knowhow der Leistungserbringer wird über deren Verbände in einem Beirat eingebunden. Zwei unabhängige Qualitätsstiftungen – EQUAM im ambulanten und die Stiftung für Patientensicherheit im stationären Bereich – überwachen die Unabhängigkeit von *qualinform@care*, die Beratungsneutralität sowie die Validität der angewandten Qualitätskriterien, die über die Aufnahme eines Leistungserbringers in die Empfehlungslisten entscheiden. Solche Entscheide stützen sich auf drei Säulen: Erfahrungsfundus der regionalen Ärztenetze (PPO¹-Listen), Patientenzufriedenheit sowie fachspezifische Qualitätsindikatoren, vorwiegend aus den Kategorien Prozess-, Performance- und Outcome-Qualität. Zur letzteren gehören auch die Fallzahlen, Komplikationsraten, Wiedereintrittsraten, krankheitsspezifische Scores der Lebensqualität usw. Im ersten Jahr wurden Empfehlungslisten für fünf Diagnosen erarbeitet, heute sind es bereits über sechzig. Die Listen werden alljährlich aktualisiert, alle Leistungserbringer können die Aufnahme in die Empfehlungsliste von *qualinform@care* erwirken, sofern sie die Qualitätskriterien erfüllen.

¹ PPO: Preferred Provider Organization.

² Brief der GPK-S vom 13.11.2007: Evaluation über die Rolle des Bundes bei der Qualitätssicherung nach KGV.

Der Ruf nach Transparenz für die Patienten und Patientinnen in ihrer Wahl eines erfahrenen Leistungserbringers schwoll 2008 an, nachdem die Umsetzung der Qualitätsartikel des KVG auch nach zwölf Jahren und trotz der Forderungen der ständerrätlichen Geschäftsprüfungskommission² weiterhin auf sich warten liess. Ein Versuch zur Konsensbildung wurde 2010 abgebrochen, da die Anreize für die Akteure im Gesundheitswesen so grundverschieden waren, dass auch eine Mediation scheiterte.

Möglich wurde die Etablierung von *qualinform@care* erst, als der Bund Eckwerte und Mindestanforderungen an die Qualitätssicherung erlassen hatte, als flexible und sorgfältig austarierte Anreize für alle Akteure eingeführt wurden und die neue Verordnung zur Datenbasis in Kraft trat. So wurden unter anderem qualitätsabhängige Taxpunktwerte und die Förderung von qualitätsorientierten Ärztenetzen eingeführt.

... und die Realität 2008

Qualität ist im Gesundheitsbereich eine schwer fassbare Grösse. Jeder Leistungserbringer, jede Berufsgruppe, jeder Patient und jeder Bürger hat eine individuelle Qualitätserwartung und Definition. Trotz dieser babylonischen Situation – oder gerade deswegen – wird zunehmend gefordert, die Qualität der medizinischen Leistungen wie auch des Versorgungssystems mittels geeigneter Steuerimpulse zu fördern und die Patientenrisiken im stationären wie ambulanten Bereich zu senken. Neu ist, dass die Qualitätsfrage nicht mehr nur expertenbestimmt, sondern zunehmend in einem gesamtgesellschaftlichen Rahmen und aus Patientensicht behandelt wird. Dafür gibt es Gründe: Ressourcenverknappung, wandelnde Anforderungen von Finanzierern, Patienten und Öffentlichkeit, wandelndes Selbstverständnis der Leistungserbringer, zunehmende Komplexität der Gesundheitsversorgung. Doch was heisst Steuerung der Qualität? Wenn es das gemeinsame Ziel aller Akteure ist, die medizinische Versorgungsqualität – von der untersten Ebene der ärztlichen Praxis bis zur Systemebene des Gesundheitswesens – auf



Kurt Hess

einem nachhaltig hohen Niveau zu etablieren und die Patientenrisiken auf ein vertretbares «Restrisiko» zu senken, dann stellen sich zunächst die Fragen nach den *Steuerimpulsen*, nach den *Steuerungsinstrumenten* und nach den *Messkriterien der Qualität*, denn nur was gemessen werden kann, lässt sich steuern. Und um der Komplexität der Angelegenheit die Krone aufzusetzen: Diese Fragen stellen sich auf allen erwähnten Ebenen in völlig unterschiedlicher Weise. Und die Datenbasis zur Steuerung genügt heute an allen Ecken und Enden nicht. Was tun in dieser verfahrenen Situation?

Was die *Steuerimpulse* betrifft, setzt sich die Erkenntnis durch, dass die Anreize für die Akteure im Gesundheitswesen mit Blick auf obige Zielsetzung – wie übrigens auch für die ökonomischen Ziele – heute falsch gesetzt sind. So ist es auch ein zentraler Punkt des Forderungskatalogs von politischer Seite³, positive Anreize für gute Qualität sowie Sanktionsmöglichkeiten bei ungenügendem Qualitätsmanagement vorzusehen. *Steuerungsinstrumente* gibt es eine Vielzahl, es seien hier Evidence Based Medicine, Praxisguidelines, Disease Management, Zertifizierungen oder das klinische Risikomanagement erwähnt. Doch es fällt auf, dass solche Instrumente vorwiegend expertenbestimmt oder fachspezifisch angelegt sind. Und die zugrunde liegenden Qualitätsdefinitionen sind dabei für Patienten oft wenig nachvollziehbar. Auch bei den *Messkriterien* der Qualität stellt man fest, dass die Skala von einfachsten Indikatorsystemen einiger Strukturmerkmale oder Praxisabläufe bis zu komplexen klinischen Ergebnisindikatoren reichen, letztere wiederum vorwiegend fachspezifisch. Und die Ärzteschaft tut aufgrund ihres professionellen Selbstverständnisses ihr Mögliches, in der Qualitätsbemessung auf blosser Selbstdeklaration zu setzen und jeden externen Blick in ihre Karten zu verhindern.

«Next generation» in der Qualitätssicherung

Was haben Vertragszwang, Steuerung in den Ärztenetzen, Pay for Performance, Transparenz für die Patienten und neue Anreizstrukturen der Integration gemeinsam? Erstens: Alle diese Begriffe stehen zuoberst auf der politischen Agenda. Und zweitens: Sie können nicht ohne konsequenten Bezug zur Versorgungsqualität diskutiert werden. Und doch konzentrieren sich die meisten sol-

cher Debatten auf ökonomische sowie prozessuale Aspekte und blenden geflissentlich die – zugegebenermassen komplexe – qualitative Dimension aus.

Zwei junge Entwicklungen prägen die neue Generation im medizinischen Qualitätswesen: Die Ergebnisorientierung in der Qualitätsbemessung und das klinische Risikomanagement. Und beide hängen eng zusammen.

In der Medizin wird heute vorzugsweise
gemessen, was gemessen werden *kann*,
und nicht das,
was eine «gute Medizin» ausmacht

In der Medizin wird heute vorzugsweise gemessen, was gemessen werden *kann*, und nicht das, was eine «gute Medizin» ausmacht. Was das «Gute» der Medizin betrifft, so sind sich jedoch die Akteure einig, dass das Behandlungsergebnis einen unverzichtbaren Qualitätsmassstab darstellt – zusammen mit der Patientenzufriedenheit, den komplexen Prozessen der Risikominimierung für Patientinnen und Patienten und der Versorgungsgerechtigkeit. Ohne gewisse Strukturqualitäten und insbesondere die Prozessqualität zu unterschätzen: Der Mangel auch etablierter Systeme – insbesondere in der Grundversorgung – ist die konsequente Abwesenheit von klinischen Indikatoren im engeren Sinn: Indikatoren und Standards der Performance-, Outcome- und Indikationsqualität. Versuche, solche Messgrössen zu implementieren, sind vor allem an der Praktikabilität gescheitert, da sie schwierig zu messen, schwierig zu dokumentieren und nur mit grossem Aufwand umzusetzen sind.

Vor allem im stationären Bereich und seitens einiger Fachgesellschaften sind in der jüngsten Vergangenheit teils exemplarische Projekte bearbeitet worden. Einen ersten Durchbruch in der Grundversorgung hat EQUAM⁴ im Januar 2008 mit der Akkreditierung⁵ eines Instrumentariums der klinischen Dimension erzielt. 21 evidenzbasierte Minimal Standards zu Screening, Basisdiagnostik und Therapieerfolg in der Diagnose Hypertonie sind entwickelt, wissenschaftlich validiert und auf ihre Praktikabilität in der Grundversorgerpraxis geprüft worden. Weitere Diagnosen sind bereits in Erarbeitung.

Die andere junge Entwicklung im Qualitätswesen ist diejenige im klinischen Risikomanagement: die Förderung der Patientensicherheit. Das Bewusstsein erwachte auf breiter Front, weil Untersuchungen in den 90er Jahren die massive Problematik von Schäden durch Fehler aufgezeigt haben, und weil die wachsende Komplexität der medizinischen Möglichkeiten – neben einem unbe-

³ GPK-S: Medienmitteilung 16.11.2007.

⁴ Stiftung EQUAM – Externe Qualitätssicherung in der Medizin, Projektpräsentation siehe Care Management 1/2008: Performance- und Outcomeindikatoren – ein Statusbericht.

⁵ Schweizerische Akkreditierungsstelle des SECO.

streitbaren Nutzenzuwachs – eine ebenso zunehmende Erhöhung der Risiken mit sich bringt. Es geht um die Minimierung der Risiken, denen die Patienten durch die Behandlung selbst und durch die Art, wie Institutionen funktionieren, ausgesetzt sind. Es wird anerkannt, dass Gesundheitsinstitutionen Fehler machen und vermeidbare Schäden verursachen, aus denen man lernen kann und soll. In diesem Feld bilden sich zahlreiche neue spezifische Ansätze heraus: Fehlermeldesysteme, Fehleranalysemethoden, Entwicklungsmethoden in Richtung Sicherheitskultur, Risikomanagementsysteme. Sie alle stellen wesentliche Teile des Qualitätsmanagements dar, aus Patientensicht die wesentlichsten, geht es doch darum, mit allen verfügbaren Mitteln die Schädigung von Patienten zu verhindern, bevor man über weitere Aspekte der Qualitätsentwicklung nachdenkt.

Dies ist die bereits angelaufene Entwicklung im medizinischen Qualitätswesen: Ergebnisorientierung und Risikominimierung. Es genügt schon heute bei weitem nicht mehr, klinische Blaubücher, Hygienereglemente usw. zu verfassen oder aus einigen leicht bemessbaren Praxisstrukturen und -abläufen auf eine «gute Medizin» zu schliessen. Letztere wird per se beurteilt werden müssen, mit geeigneten Indikatoren und Standards. Viele sprechen heute von der «next generation» in Managed Care und verstehen darunter primär Prozesse sowie das ökonomische Outcome von Integration und Steuerung. Beides ist unbestritten eine Notwendigkeit, doch ohne die Verfügbarkeit der «next generation» auf der Qualitätsseite nicht unbedenklich: Wirtschaftlichkeit und Qualität lassen sich nicht trennen, die Etablierung praktisch aller neuen Strukturen, Prozesse und Instrumente von Managed Care setzt

Wirtschaftlichkeit und Qualität lassen sich nicht trennen

die Etablierung von neuen Systemen der Qualitätsmessung voraus. Die Verantwortlichen sind gut beraten, die Akzentverschiebung voranzutreiben, denn das Umdenken braucht Zeit – von der Absicht über die Projektarbeit bis zur Konsensfindung und Implementierung.

Noch ist die eingangs erwähnte babylonische Situation Realität: Fachgesellschaften, Ärztegesellschaften, Spitäler, Kliniken, Spitalgruppen, Behörden, Verbände, unabhängige Dritte – sie alle bemühen sich in unterschiedlichem Ausmass, die Qualität neu zu erfinden, bei den Kantonen wohl 26 Mal. Und alle fokussieren ein anderes Qualitätsverständnis, das allzu oft an jenen Akteuren im Gesund-

⁶ Artikel 58 (Qualitätssicherung) des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG).

Forum Managed Care: Die neue Fachbroschüre

Das Thema «Steuerung der Qualität in der medizinischen Versorgung» findet sich auch in der neuen Fachbroschüre «Managed Care – zurück in die Zukunft» des Forums Managed Care. Der Inhalt im Überblick:

- Prolog
- Werner Widmer: Integrierte Versorgung braucht integrierende finanzielle Anreize
- Andreas Weber: Ärztenetze als Katalysatoren für Innovationen
- Peter Berchtold: Prozesssteuerung zwischen Standardisierung, Individualisierung und Wertschöpfung
- Kurt Hess/Marc-Anton Hochreutener: Steuerung der Qualität in der medizinischen Versorgung
- Epilog

Die Broschüre können Sie kostenfrei herunterladen auf der Website des Forums Managed Care: www.fmc.ch. Die gedruckte Version, unterstützt von der Suva, wird ab Juni verteilt. Die Broschüre ist in Deutsch, Französisch und Italienisch verfügbar.

heitswesen vorbeiläuft, um die es in der medizinischen Versorgung eigentlich geht: den Patientinnen und Patienten. Auch mit Blick auf die dabei generierten ungeheuren Kosten muss dieser Approach zur Umsetzung des Artikels 58 des KVG⁶ als ungeeignet betrachtet werden. Zu diesem Schluss kommen im Herbst 2006 auch die OECD und die WHO in ihrem Bericht zum schweizerischen Gesundheitswesen. Bei aller Sympathie für einen gesunden Föderalismus braucht es dringend eine Bündelung der Kräfte sowie einheitliche Rahmenbedingungen zur Qualitätssicherung und Patientensicherheit.

Die Steuerung, nach deren Wesen wir eingangs gefragt haben, hat damit neue Dimensionen erhalten. Steuern müssen und können Bund und Kantone insofern, als sie definieren, welche Qualität sie konkret meinen, und einheitliche Rahmenbedingungen setzen: Anforderungen an das Risk Management, an die Indikatoren auf Ebene der Leistungserbringung wie auf Systemebene, Anreize zur kontinuierlichen und dokumentierten Qualitätsverbesserung, Förderung qualitätsorientierter Ärztenetze, Förderung von Qualitätsprojekten sowie Formulierung von Mindestanforderungen sowohl an die Qualitätssicherung wie an die daraus resultierende Versorgungsqualität.

Dr. med. et lic. oec. Kurt Hess
Projektleitungen im Gesundheitswesen
Ausschussmitglied EQUAM Stiftung
Grossmünsterplatz 1, 8001 Zürich
kurt.hess@hin.ch