

8. Tagung Qualitätsmedizin Schweiz: Ist ein teures Gesundheitswesen immer besser?

Für Qualität mehr bezahlen?

Das Schweizer Gesundheitswesen wird immer teurer. Aber: Bedeutet teurer auch immer besser? Und sind Patienten und Versicherer bereit, für Qualität laufend steigende Kosten in Kauf zu nehmen? – Ein spannender Spagat zwischen hohem medizinischem Standard und belastenden Kosten. Wie dieser Spagat gelingen kann, wurde vor Kurzem mit Verantwortlichen im Gesundheitswesen eingehend diskutiert.

Experten aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens analysierten die Veränderungen in den Versorgungsstrukturen: Betten werden abgebaut, Spitäler geschlossen oder zusammengelegt, stationäre Leistungen verstärkt in den ambulanten Bereich verlagert und der Leistungsumfang der Spitäler immer häufiger in Frage gestellt. Welche Auswirkungen ergeben sich aus diesen Trends für die Qualität?

Viele Verpflichtungen, steigende Ansprüche

Wolfram Strüwe, Leiter Gesundheitspolitik Helsana, ging auf ein wichtiges Thema der Angebotsdifferenzierung von Versicherungsleistungen ein und sprach «Über die Zusatzversicherung». Seit 1996 müssen alle Ansprüche, die über das KVG hinaus gehen, abgesichert werden. So lautet das unbedingte Leistungsverspre-

chen der Kassen. Darüber hinaus besteht ein Tarifschutz. Er umfasst Pflichtleistungen und Zusatzversicherung. Es darf keine Doppelfinanzierung geben.

Medizinische Pflichtleistungen können eigentlich nicht mehr über das VWG finanziert werden, wenn der Tarifschutz beachtet wird. So wären Quersubventionierung vom VWG in das KVG beendet, dieses Vorgehen wirkt aber weiterhin fort.



2012 wurde der stationäre Bereich durch die neue Spitalfinanzierung DRG klar definiert. Bis dahin existierten keine transparenten Leistungen; jetzt sind sie eindeutig definiert und vergleichbar.

Heute sind steigende Schadensquoten und stagnierende Prämien zu beobachten. Die reduzierten Kantonsanteile setzen die Versicherer unter Druck. Das Einbett-Zimmer hat bereits in vielen Spitälern als Standard Einzug gehalten. Dadurch besteht keine Notwendigkeit mehr für eine Zusatzversicherung, um diesen Komfortanspruch ausüben zu können. Immer deutlicher stellt sich daher die Frage: Was ist noch eine messbare Mehrleistung? Weshalb sollen sich Menschen noch Zusatzversichern? – Strüwe: «Das wissen die Ärzte zum Teil selbst nicht. Die FINMA übt ebenfalls viel Druck im VVG-Bereich aus. Wir stellen eine Stagnation bei den Kunden fest, neue Zusatzleistungen müssen gefunden werden. Und wie sieht es bei speziell ausgearbeiteten Modellen für den ambulanten Bereich aus oder generell bei der freien Arztwahl?»

Übersorgung stoppen

Zusatzversicherte sind wiederum für Ärzte lukrativ, die der Versuchung, Mehrleistungen zu verordnen, nicht widerstehen können. So erhalten VVG-PrämienzahlerInnen 20% mehr Knie-Arthroscopien als Allgemeinversicherte; Ähnliches ist bei Koronarangiographien feststellbar. Belegärzte sind Treiber für die stationäre Durchführung von eigentlich ambulanten Leistungen – «das ist statistisch nachweisbar», betonte Strüwe.

Gegensteuern ist angebracht. Deshalb hat die Helsana 24 Parameter für die Qualitätsmessung im ambulanten Bereich entwickelt. Im stationären Bereich könnte nach Meinung Strüwes auch durch den ANQ mehr gemessen werden.

«Ambulant vor stationär» – richtig umgesetzt?

Von der Verlagerung von Eingriffen in den ambulanten Spitalbereich versprechen sich Experten viel, insbesondere Kostenvorteile. Dr. med. Stefan Otto vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) ging diesem Anspruch auf den Grund. Seine erste Feststellung: «Wir machen es immer einer Seite nicht recht.»

Bekanntlich gibt es etliche tarifliche Fehlanreize. Es bestehen auch noch zu wenige Strukturen für die Durchführung ambulanter Leistungen. Otto: «Unser Ziel heisst, patientengerechte, ressourcenschonende und schweizweit einheitliche

Kriterien einzuführen.» So besteht eine Liste mit sechs ambulant durchzuführenden Eingriffen. Das grösste Verlagerungspotenzial zeigt sich bei Knie-Eingriffen, was rund 33000 Fällen mit einem Einsparvolumen von 90 Mio. Franken entspricht. Das weitere Positive: Es entsteht keine Zusatzbelastung für die Versicherer.

Die Grundsätze des Bundes sehen Folgendes vor:

- Liste von primär ambulant durchzuführenden einfachen Eingriffen mit relevantem Verlagerungspotenzial (später ausbaubar)
- Liste mit Kriterien für eine stationäre Durchführung zwecks Vereinfachung der administrativen Prozesse zwischen Leistungserbringer und Versicherer
- Monitoring und Evaluation

Stefan Otto wies auf ein wichtiges Detail hin: «Die Umsetzung dieser Liste in die Praxis wird nicht vom BAG definiert oder überprüft – das ist Aufgabe der Tarifpartner. Verschiedene Parameter werden aber kontrolliert. Darunter fallen Monitoring/Evaluation, Kosten, Qualität, administrative Prozesse und natürlich die tatsächliche Verlagerung von stationär zu ambulant.»

Ein grösserer Bericht über das Erreichte wird in zwei Jahren erwartet. Das wird auch der Zeitpunkt sein, an dem eine Entscheidung zu fällen sein wird, ob die Liste der sechs ambulant durchzuführenden Eingriffe noch erweitert wird oder nicht.

Auswirkungen auf die Spitalplanung

Bernhard Schütz, Gesundheitsdirektion Zürich, beleuchtete die künftige Spitalplanung: Wie sieht die Zukunft in der Schweiz aus? – Bedeutungsvoll für ihn ist die Tatsache, dass es für eine faire Partie klare Rahmenbedingungen und eine Weiterentwicklung des seit 2012 aufgebauten DRG-Systems brauche. Als Vorgehen für die Spitalplanung 2022 sieht er daher ein kritisches Überprüfen von Planungsgrundlagen, Bewerbungsverfahren und Festsetzung der Spitalliste. Als hauptsächliche Kriterien nannte er ein patientengerechtes Versorgungssystem in Einklang mit der unternehmerischen Freiheit der Spitäler.

Die zu meisternden Herausforderungen sind alles andere als klein, gilt es doch, die demographische Entwicklung, das daraus resultierende Kostenwachstum, veränderte gesellschaftliche Bedürfnisse sowie den medizinischen Fortschritt und die fortschreitende Digitalisierung nicht zu vergessen. Mehr denn je sei ein Qualitätsaustausch wertvoll.

Für die Agenda: Die Plattform Qualitätsmedizin lädt 2020 zur 9. Jahrestagung ein

Termin und Ort:

28. Mai 2020 im Kursaal Bern

Diskussionsthema:

Mehr Qualität mit weniger Spitälern? Versorgungsnaher Versorgung oder Bündelung von Ärzten, Spitalpflege und Grossgeräten

Details unter qualitaetsmedizin.ch

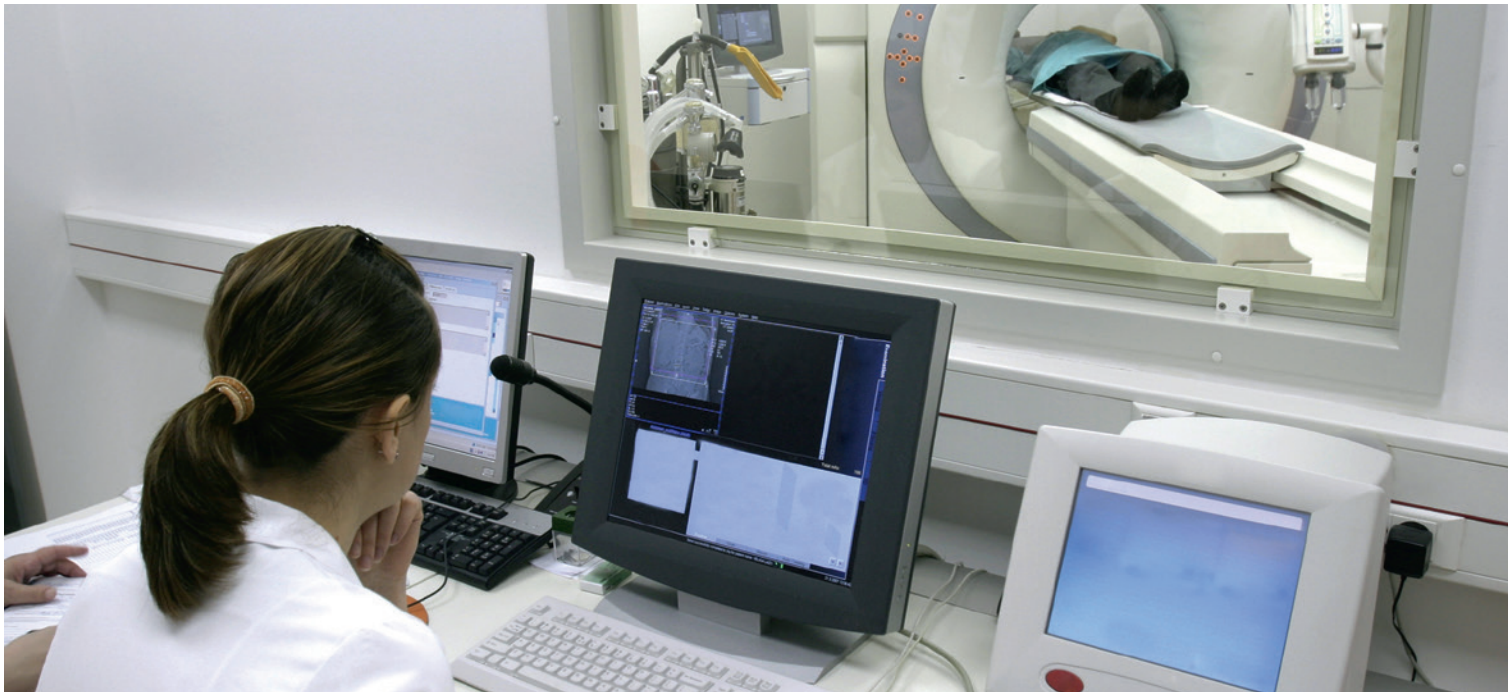
Stärkere Eigeninitiative oder mehr Regulierung?

Im Zentrum der Diskussionen steht häufig die staatliche Qualitätsförderung. «So wenig wie möglich, aber so viel wie nötig», meinte dazu Dr. med. Michael Vetter, Gesundheitsdirektion Zürich, in seinem Referat «Qualität in der Spitalplanung». Sinnvoll sei eine Fokussierung auf die Qualität, nicht auf die Kosten. Die Patienten sollen sich bei den Spitälern der Spitalliste auf eine gute Qualität verlassen können.

Die Entwicklung bleibt allerdings nicht stehen. Standen bisher Struktur- und Prozessanforderungen im Vordergrund, dominieren neu die Indikations- und Ergebnisqualität. Diese beiden Elemente werden über ein Jahr mit Fragebögen erfasst. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit der Fachgesellschaft Swiss orthopaedics. Dabei werden Mindestfallzahlen, Fachartikel, Tumorboard, Kennzahlen und Audits behandelt. Die Umsetzung der Ergebnisse erfolgt über die Fachgesellschaften oder über Zertifizierungen.

Zukünftig sollen weitere Fach- und Leistungsbereiche erfasst werden, z.B. Wirbelsäulenchirurgie, Viszeralchirurgie und Internisten. Vetter: «Erfreulich ist, dass schon jetzt weitere Fachgesellschaften auf die GD Zürich zukommen und teilnehmen wollen.»

Daher wurde folgendes Ziel formuliert: Es soll eine Qualitätskontrolle für alle Fachbereiche entstehen. Ein Excellence Label und weitere Zertifikate für Operateure sollen eingeführt werden. Künftig dürfen nur noch Operateure mit diesem Label in einem Züricher Spital der Spitalliste operieren. Eine Besprechung der laufenden Ergebnisse dieser Entwicklung und entsprechende Publikationen einzelner Daten sind in Vorbereitung.



Ein Blick über den Gartenzaun

Qualität ist nichts spezifisch Schweizerisches, es ist ein internationaler Effort. Man kann gegenseitig voneinander lernen. Dieser Auffassung ist Prof.Dr.med. Thomas Mansky, TU-Berlin, der «Kosten, Qualität, Strukturen – Wie sieht es bei den Nachbarn aus?» präsentierte. Mindestfallzahlen, gerade aktuell und bei uns eifrig diskutiert, waren ein Aspekt: «Ich weiss gar nicht, wie man überhaupt auf die Idee kommen kann, bloss fünf Thorax-OPs pro Jahr durchzuführen.» Der Zusammenhang zwischen Mindestmengen und Outcome-Qualität sei doch international schon lange bewiesen – nicht nur in Bezug auf den Operateur, sondern genauso wichtig in Bezug auf das Team.

Mansky erläuterte die verschiedenen Sanktionen in Deutschland bei Nichteinhaltung von Qualitätsstandards: Qualitätsabschläge auf die DRGs, bei viermaliger Auffälligkeit Herausnahme aus dem Krankenhausplan – man muss allerdings drei Jahre hintereinander auffällig sein. Die spontane Reaktion Manskys dazu: «Wer so oft auffällig ist, muss schon wegen Dummheit vom Krankenhausplan gestrichen werden.»

Strukturprobleme dürfen niemanden benachteiligen

Jede Versorgung sollte adäquate Strukturen erhalten. Der Referent zeigte das am Beispiel der Notfallversorgung für Herzinfarkte in Berlin: Die Erreichbarkeit eines Katheterplatzes müsste in weniger als 90 Minuten möglich sein. Die

Patienten müssen direkt in die richtige Klinik gebracht werden. Strukturprobleme schwächen allerdings die Versorgung und auch potenzielle Zentren. Ein Herzzentrum in Berlin müsste eigentlich alle Berliner Herzinfarkte erhalten. Es wäre dann bestens ausgerüstet und böte erfahrenes Personal. Eine Zentralisierung wäre hier vorteilhaft. Mansky: «Generell wären Beschränkungen auf wenige, schlagkräftige Zentren sinnvoll, denn Fachkräfte fehlen sowieso und könnten hier gebündelt werden. Wer exzellente Medizin will, muss die Kräfte bündeln, d.h. sie zentralisieren.»

In Deutschland wird eine qualitätsbezogene Vergütung geplant, die USA sind schon weiter. Eine Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen heisst dort 3% Abzüge von der Vergütung. Allerdings sei das Meldeverhalten sehr unterschiedlich und könne leicht manipuliert werden. Infektionen würden einfach nicht kodiert: «Medizinisch elastische Indikationen sind ein echtes Problem.»

Spitalschliessungen können ein Qualitätsaufbau sein

«Eine grosse Strukturreform ist notwendig. Dazu gehört auch die Schliessung von Häusern. Dies ist kein Sozialabbau, sondern ein Qualitätsaufbau», brachte es Dr.med. Leander Muheim, mediX Zürich, auf den Punkt. Er präsentierte «Wie gehen Kostendruck und Qualitätsanspruch schon heute zusammen?» – «Mehr Geld bedeutet nicht immer bessere Qualität. Das zeigt das Beispiel Costa Rica vs. USA – die Lebenserwartung ist

annähernd gleich, obwohl in Costa Rica viel weniger für die Gesundheit ausgegeben wird.»

Deutlich argumentierte Muheim: «Unter Kostenüberlegungen nimmt unser Interesse an Qualität zu. Erst durch begrenzte Ressourcen wird die Qualitätsfrage aktiv gestellt. Eine Verbesserung der Qualität ist nicht garantiert, wenn mehr ausgegeben wird und einem Kosten egal sind. Umgekehrt ist es einfach, Kosten zu reduzieren, wenn einem Qualität egal ist. Aber Qualität ist uns nicht egal.»

Als Lösung sieht er: «Die koordinierte Grundversorgung ist bedeutungsvoll. Eine langfristige, Patienten-zentrierte und medizinisch-koordinierte Betreuung ist qualitativ und prognostisch hochwertiger und finanziell effizienter als eine rein Patienten- oder Dienstleister-getriebene Versorgung. Relevante Elemente sind hier Hausarztmedizin, Gatekeeping, Kostenmitverantwortung, Anreize für Qualität und Evidence-based-Medicine.»

Hausärzte gehören weiterhin zu den wichtigsten Playern

Einmal mehr zeige sich auch die wichtige Rolle der ambulanten Grundversorger. Es sei möglich, dass der Hausarzt die Patienten durch das System steure: «Je mehr Hausärzte, desto niedriger die Mortalität, das belegt eine Studie aus den USA.»

Auch im ambulanten Bereich ist eine Qualitätszertifizierung (EQUAM) möglich. Es gibt eine

grosse Datenquelle für Auswertungen und Peer-Reviews. Mit diesem Modell sind in der Schweiz im Ergebnis weniger Hospitalisationen möglich und trotzdem erfolgt eine leitliniengerechte Behandlung der Patienten ohne invasive Versorgung. Muheim: «Der Wert des Hausarztes ist viel grösser als rein tarifarisch.»

Wesentliche Vorteile attestiert er der besseren Koordination und fordert eine klare Arbeitsteilung im ambulanten Sektor: Die Grundversorgung triagiert und koordiniert, das Spital führt aus. Ebenfalls vorteilhaft wäre Kooperation anstatt Konkurrenzierung durch Spitalambulatorien zum Vermeiden von Interessenkonflikten, mangelhafter Kontinuität, ungenügender Kostenmitverantwortung oder Überversorgung. Erforderlich sei ferner ein enger Kontakt mit dem zuständigen Hausarzt.

Haben wir eine Über- oder Fehlversorgung?

Darüber sprach Prof.Dr.med. Christoph A. Meier, Ärztlicher Direktor Universitätsspital Basel: «Was wir hier machen, ist medizinisch und ökonomisch schlecht. Die Erklärungen für steigende Gesundheitskosten sind oft zu banal. Die Kosten entstehen in den letzten zwei Lebensjahren, egal ob man 80 oder 50 Jahre alt wird.» – Aktuell werden drei Mal mehr Herzkatheter ohne Stents in Basel eingesetzt als in Genf: «Da hört der Spass auf – das birgt schliesslich auch Risiken.»

Trotzdem möchte die Bevölkerung keine Zentralisierung, was die Abstimmungen bezüglich Zusammenlegungen und Schliessungen in Basel und in Affoltern gezeigt haben. «Das lässt einen resignieren. Es wird ganz viel Geld ausgegeben (z.B. Onkologie), ohne den Mehrwert zu kennen (z.B. Robotereinsatz). Beim Beinbruch weiss man ganz genau, was zu tun ist. Wir müssen aber an die Grauzonen-Medizin ran – Statine, Mammographien, PSA-Tests, Chemotherapien usw.», forderte Meier.

Outcome-basierte Finanzierung

«Wieviel Medizin braucht der Mensch?» heisst die entscheidende Frage. «Wir müssen auf die Werte und Präferenzen der Patienten eingehen. Und hier ist die Kommunikation elementar.» Meier trat für einen Fokus auf relevante Qualitätsmerkmale ein – dafür reiche die Messung der Patientenzufriedenheit nicht aus. «'The cost of satisfaction' zeigt, dass Spitäler, welche die Wünsche der Patienten erfüllten (Röntgen, Blutuntersuchungen) zwar bei der Patientenzufriedenheit am besten abschneiden, aber andererseits die höchste Mortalitätsrate haben.

Outcome-Qualität sei das massgebende Kriterium. Und eine Outcome-basierte Bezahlung wäre anstelle einer Volumen-basierten wünschenswert.

Weitere Informationen

www.qualitaetsmedizin.ch



Wetrok KeyCar

Sicherheit im individuellen Kleid

Sie wünschen sich einen Reinigungswagen, der sicher und optisch ansprechend ist? Dann ist der abschliessbare Wetrok KeyCar die ideale Lösung.

Sicherheit für Passanten

Der gesamte Reinigungswagen ist komplett abschliessbar – mit einem einzigen Schlüssel. Unbefugte werden so optimal vor dem Zugriff auf die Reinigungsschemie geschützt.

Ihr persönliches Design

Ob Logo, Bild oder Botschaft – beim Aussen-Design haben Sie die Wahl. Entscheiden Sie sich für eines von 20 Motiven oder verpassen Sie dem KeyCar einen individuellen Anstrich.

So könnte Ihr
KeyCar aussehen:



www.wetrok.com

