

# KONSUMENTENSTIMME

## Fakten, Zahlen und Hintergründe

### Editorial



Felix Schneuwly, Head of Public Affairs

Das Vorgehen ist immer wieder dasselbe: Gesundheitsminister Alain Berset bringt eine extreme, vom Gesamtbundesrat abgenickte Vorlage, das Parlament macht Kompromisse und in der Umsetzung auf Verordnungsstufe ist Berset mit seinen eng geführten Leuten im BAG wieder bei seinen ursprünglichen Ideen. Vernehmlassungen sind bloss noch Feigenblätter.

Jüngstes Beispiel ist die bundesrätliche Qualitätsstrategie mit sage und schreibe 21 Vierjahreszielen, die in den Sommerferien mit einer kurzen Antwortfrist von neun Wochen in die Vernehmlassung geschickt worden ist.

Auf Seite 1 kritisiert Sozialversicherungsexperte **Prof. Dr. Ueli Kieser**, dass medizinische Qualität nicht hinreichend definiert wird, und bezweifelt, dass die vielen Einzelmassnahmen im Gesamtkontext sinnvoll sind.

Herzchirurg **Prof. Dr. med. Thierry Carrel** kritisiert auf Seite 2 die mangelhafte Kooperation des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) mit Wissenschaft und Praxis. Er weist darauf hin, dass medizinische Qualität messbar ist, und zeigt, wie das geht.

Dass wir nur punktuell wissen, wie es genau um die Qualität in der medizinischen Grundversorgung bestellt ist, stellt **Prof. Dr. med. Eva Blozik** auf Seite 3 fest. Sie zeigt, wie Über-, Fehl- und Unterversorgung vermieden werden können.

Auf Seite 4 komme ich nicht zuletzt nach vielen Gesprächen mit den oben genannten und weiteren Experten zum Schluss, dass die Zuständigkeiten von Bund und Kantonen auch im Bereich der medizinischen Qualität endlich klar zugeteilt werden müssen.

Ich wünsche eine inspirierende Lektüre und freue mich auf Rückmeldungen.

### Krankenversicherung

## Medizinische Qualität – wohin?

Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein – so umschreibt es Art. 32 KVG. In den letzten Jahren wird die Qualität immer höher gewichtet. Was ist dazu zu sagen?

**Prof. Dr. iur. Ueli Kieser.** Ausgangspunkt bildete zunächst Art. 43 Abs. 6 KVG. Danach müssen die «Vertragspartner und die zuständigen Behörden» darauf achten, dass eine qualitativ hochstehende gesundheitliche Versorgung erreicht wird. Die Qualität wurde also primär als Aufgabe der Versicherer und Leistungserbringer verstanden. Dann aber gab es neue Entwicklungen. Art. 58bis Art. 59 KVG (eingeschlossen Art. 58abis Art. 58h) beziehen sich auf die «Qualität». Damit erhält das Ziel der «Qualität» plötzlich eine ganz andere Dimension. Was ist dazu zu sagen?

Erster Kritikpunkt: Das Gesetz regelt nicht, was «Qualität» ist. Zwar ist die Rede von Qualitätsentwicklung, Qualitätsmessung, Qualitätsvertrag oder Qualitätsindikatoren. Doch regelt das Gesetz nirgends, in welche qualitative Richtung sich die Krankenversicherung entwickeln soll. Nicht alle Patientinnen und Patienten verstehen unter Qualität dasselbe. Die einen ziehen es vor, einige Tage länger als unbedingt nötig im Spital zu bleiben. Dafür nehmen sie etwas preiswertere Vorgehensweisen bei der Behandlung in Kauf. Andere Versicherte wünschen, dass die medizinische Behandlung möglichst effizient und ohne Wartezeiten erfolgt. Qualität lässt sich eben nicht als einheitliches Ziel fassen, und es gibt differierende oder gar widersprüchliche Qualitätsziele. Im Vordergrund sollte deshalb ein System stehen, bei dem die Versicherten ein Wahlrecht erhalten.

Der zweite Kritikpunkt knüpft an die Umsetzung der Qualitätsentwicklungsmassnahmen an. Das Gesetz und die Verordnung regeln diesbezüglich äusserst viele Einzelheiten. Es wird aber nicht so leicht erkennbar, ob die betreffenden Massnahmen im Gesamtkontext sinnvoll sind. Zwei Beispiele dafür:

- Nach Art. 56 Abs. 3<sup>bis</sup> KVG müssen die Leistungserbringer (Spitäler etc.) die ihnen gewährten Vergünstigungen nicht in jedem Fall vollumfänglich weitergeben. Aber solche Vergünstigungen müssen dann nachweislich zur Verbesserung der Qualität der Behandlung eingesetzt werden. Die Vollzugsregelung ist äusserst fein ziseliert und wird dazu führen, dass weitere erhebliche Kosten entstehen (dazu Art. 76a bis Art. 76c KVV). Ist hier die Praktikabilität noch gewährleistet?
- Die Eidgenössische Qualitätskommission erhält eine sehr starke Stellung und übernimmt wichtigste Aufgaben. Dazu gehört es, Qualitätsentwicklungsprogramme durchzuführen. Dazu werden Dritte beauftragt. Die Eidgenössische Qualitätskommission will über sehr viele Elemente im Rahmen dieser Qualitätsentwicklung selbst entscheiden. Wäre es nicht sinnvoller, diese Konkretisierung den fachkundigen Dritten zu überlassen?

Fazit: Es wird viel von Qualität gesprochen, doch ist die Grundfrage – was ist Qualität? – nicht geklärt. Bei der Umsetzung der Qualitätsentwicklung entstehen sehr viele administrative Hürden, welche wohl nicht alle notwendig sind.

«Es wird viel von Qualität gesprochen. Die Grundfrage – was ist Qualität? – ist aber nicht geklärt.»

Prof. Dr. iur. Ueli Kieser



# Medizinische Qualität im Spital

Jede einzelne Bemühung zur Qualitätssteigerung ist wertvoll. Doch die Qualitätsstrategie des Bundesrates definiert Ziele, ohne den Ist-Zustand scheinbar zu kennen.



## «Die Qualitätsstrategie des Bundesrates für die KVG-Leistungen: Droht schon wieder eine Bruchlandung?»

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Thierry Carrel  
Klinik für Herzchirurgie, Universitätsspital Zürich

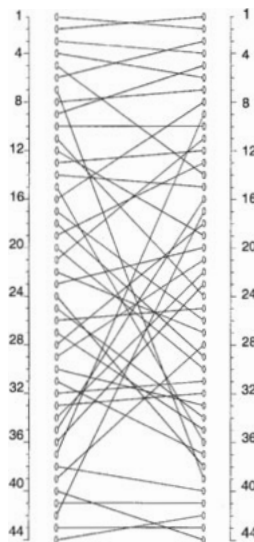
**Prof. Dr. med. Dr. h.c. Thierry Carrel.** Im Gesundheitswesen wird zu oft an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten und der behandelnden Fachärzte und Fachärztinnen vorbei reguliert. Das jüngste Beispiel dafür: Die Qualitätsstrategie des Bundesrates, die während der Sommerferien in die Vernehmlassung geschickt wurde. Eine Bestandsaufnahme, was in Sachen Qualität bereits gemacht wird, fehlt ebenso wie eine Abgrenzung zu den diesbezüglichen Aufgaben der Kantone. Wie sollen die BAG-Fachleute zusammen mit der Qualitätskommission messbare Sollwerte festhalten (das Papier definiert übrigens 21 Vierjahresziele!), ohne den Ist-Zustand zu kennen?

Kommt dazu, dass diese Ziele mit sehr weichen Faktoren definiert werden und die Qualitätsmerkmale trivial klingen. So sollen die Leistungen unter anderem «patientenzentriert, wirksam, rechtzeitig und chancengleich» erbracht werden. Ich habe in meiner bald 40-jährigen Spitalkarriere noch nie einen Unterschied gemacht zwischen einem Mann und einer Frau, einer Person aus der Schweiz oder aus dem Ausland oder habe – im öffentlichen Spital schon gar nicht – einem Begüterten vor einem Bergbauern Vorrang für eine Behandlung gegeben.

Qualität in der Medizin ist messbar und wird heute schon in vielen Fachbereichen gemessen. Sie muss aber für Patientinnen und Patienten, Krankenkassen und Behörden dringend transparent gemacht werden.

Die Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler, die jährlich auf mehreren hundert Seiten veröffentlicht werden, sind unbrauchbar, da sie schwerwiegende methodische Mängel aufweisen. Ich habe diese in einem Leitartikel in der «Schweizerischen Ärztezeitung» 2013 ausführlich erklärt. Leider wurde seither die falsche Methodik nicht korrigiert. Das BAG publiziert weiterhin Sterblichkeitsraten ohne Risikoadjustierung und verunmöglicht damit einen fairen Vergleich zwischen den unterschiedlichen Anbietern. Nun, um was geht es?

Das beigelegte Beispiel soll die Problematik aufzeigen. Die Abbildung zeigt eine Rangliste von 44 Spitälern ohne (links) und mit (rechts) Risikoadjustierung. Ein Spital belegt für eine bestimmte Behandlung Rang 7, gemessen an der beobachteten Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen. In der Tat ist die Sterblichkeit dieses Spitals viel zu hoch; nach Risikoadjustierung belegt es Platz 39. Das Umgekehrte kann bei Spitälern auftreten, die überdurchschnittlich viele komplexe Patientinnen und Patienten behandeln. So landet ein Spital (nach BAG-Modus: nur Alter und Geschlecht werden berücksichtigt) auf Platz 37 (links); in der Realität ist dieses Spital viel besser als dargestellt und kommt nach Berücksichtigung aller Risikofaktoren auf Platz 9 (rechts). Die Methodik ist übrigens seit über 25 Jahren bestens bekannt (!).



Khury J, Risk adjustment of the postoperative mortality rate for the comparative assessment of the quality of surgical care.  
*J Am Coll Surg.* 1997; 185: 315–327.

Droht dem Projekt Qualitätsstrategie des Bundesrates eine Bruchlandung oder ist es noch zu retten?

Grundsätzlich muss jede einzelne Bemühung zur Qualitätssteigerung begrüsst werden.

Vereinfachung, Fokussierung auf wenige Ziele und vor allem die Begrüssung von Expertinnen und Experten aus den medizinischen Fachgesellschaften sind dringend gefragt.

### Wichtige Voraussetzungen für den Erfolg wären:

- Konzentrieren auf einige wenige scharf messbare Qualitätsindikatoren (zum Beispiel: risikoadjustierte Sterblichkeit im Spital und nach 30 Tagen, Rate der im Spital erworbenen Infekte, Blutungskomplikationen und erneute Aufnahme innert 20 Tagen).
- Beschränkung der Übungsanlage vorerst auf einige chirurgische oder interventionell tätige Fachgesellschaften.
- Keine flächendeckende Übung. Die Hausarztmedizin soll ausgenommen werden, da dies zu einer zusätzlichen Belastung des mit administrativen Aufgaben ohnehin schon überbeschäftigten Kollegiums führen würde.
- Die Verschiebung geplanter Eingriffe darf nicht als Qualitätsindikator gelten, weil die öffentlichen Tertiärzentren durch ihre Aufnahme-pflicht gegenüber einzelnen Privatinstitutionen, die nur beschränkt Notfälle aufnehmen, benachteiligt wären.
- Die Richtigkeit der Angaben soll durch unangemeldete Peer-Review-Besuche kontrolliert werden. Die zu dieser Aufgabe bestellten Fachleute pflegen den interprofessionellen, interdisziplinären und kollegialen Austausch zwischen allen Beteiligten. Die Analyse der Strukturen und der Abläufe erfolgt im Hinblick auf mögliches Verbesserungspotenzial. Die FMH und/oder die SAMW müssten das Patronat über ein solches Projekt übernehmen.

Leider erinnerte die zur Vernehmlassung geschickte Strategie an eine Fischsuppe: Wenn ein Fisch darin faul ist, dann stinkt die ganze Suppe.

# Qualität in der medizinischen Grundversorgung

Mit der Qualitätsstrategie soll «eine systematische und strukturierte Verbesserung der Qualität der Leistungen» in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gelingen. Doch wir haben noch keine Übersicht, was Qualität bedeutet, wie hoch sie ist und wo sie am dringendsten verbessert werden sollte.

*«Damit Qualität bei den Menschen ankommt, braucht es Zusammenarbeit, Spielraum und Forschung.»*



Prof. Dr. med. Eva Blozik, MPH, Leiterin Versorgungs-forschung SWICA Gesundheitsorganisation

Prof. Dr. med. Eva Blozik. «Es entsteht der Eindruck, dass die Qualität in der Schweiz weder besser noch schlechter ist als in vergleichbaren Ländern, obschon das System teurer ist», schreibt der Bundesrat in der Konsultationsfassung der «Qualitätsstrategie». Obwohl bereits Ziele und Handlungsfelder definiert werden, besteht beträchtliche Unsicherheit hinsichtlich der Ausgangslage. Wie es genau um die Qualität in der medizinischen Grundversorgung bestellt ist, wissen wir nur punktuell. Unbestritten ist, dass immer mehr medizinische Massnahmen zur Anwendung kommen, die den Patientinnen und Patienten mehr schaden als nutzen.

Verschiedenste Studien zeigen beispielsweise nutzlose Knie-spiegelungen, Sicherheitsrisiken bei Medikamenteneinnahmen wegen zu hoher oder ungeeigneter Verschreibungen oder unnötige Herzkatheteruntersuchungen.<sup>1,2</sup> Initiativen wie Smarter Medicine oder Preventing Overdiagnosis versuchen, dieser Entwicklung entgegenzuwirken.

Gleichzeitig wird auf gewisse Massnahmen verzichtet, obwohl sie notwendig sind. Dies wird beispielsweise bei der Prävention und Versorgung von chronischen, insbesondere auch psychischen Erkrankungen oder beim Umgang mit Mehrfacherkrankungen festgestellt.

Verschiedene Ansatzpunkte aus der Wissenschaft sind im Fokus, um Über-, Fehl- und Unterversorgung zu vermeiden und folglich Qualität und Effizienz der Versorgung zu steigern. Sie beziehen sich u. a. auf:

- die engere Zusammenarbeit über die Versorgungsbereiche hinweg
- die Orientierung am aktuellen Stand des Wissens, um Behandlungsabläufe zu optimieren
- die Prioritätensetzung in der Versorgung anhand der patienten-seitigen Ziele
- die Beseitigung von finanziellen Fehlanreizen
- den besseren Einbezug aller professionellen Kompetenzen im Gesundheitswesen
- die Förderung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung, um die Patientensouveränität zu erhöhen
- die Unterstützung durch strukturierte Daten, Digitalisierung und Telemedizin.

Das Spektrum der Ansatzpunkte ist breit und bietet daher vielfältige Spielarten zur Umsetzung. Ob die Massnahmen aber den gewünschten Effekt haben, hängt von der Ausgestaltung im konkreten Anwendungsbereich ab. Erfahrungen aus entsprechenden im Praxisalltag eingesetzten Modellen wie die eines Diabetes-Betreuungskonzepts<sup>3</sup> sind daher für die Weiterentwicklung und Verbreitung äusserst hilfreich.

Neben dem Willen, zusammenzuarbeiten und die Versorgung am Ergebnis auszurichten, braucht es für die konkrete Umsetzung solch komplexer Projekte aber insbesondere den Einbezug der Versorgungsforschung. Sie schafft Transparenz über die Qualität und bildet die Basis, um den Handlungsbedarf für Qualitätsmassnahmen zu priorisieren. Sie hilft den Stakeholdern, sich zu verbessern und Erreichtes sichtbar zu machen. Sie hilft auch, herauszufinden, welche Qualitätsmassnahmen sich unter Alltagsbedingungen als effizient, sicher und breitflächig praktikabel erweisen. Denn bisher ist nicht bekannt, wie die optimale Versorgung aussieht. Sie muss gemeinsam gestaltet, evaluiert und weiterentwickelt werden. Was sich als gut erweist, setzt sich letztlich durch.

1 Swiss Medical Board. Vertiefungsstudien.  
[www.swissmedicalboard.ch/index.php?id=57](http://www.swissmedicalboard.ch/index.php?id=57)

2 [www.nfp74.ch/de/projekte/sektoer-uebergreifende-versorgung/projekt-schwenkglenks](http://www.nfp74.ch/de/projekte/sektoer-uebergreifende-versorgung/projekt-schwenkglenks)

3 [www.zhaw.ch/de/sml/institute-zentren/wig/newsdetail/event-news/evaluation-von-diabetes-betreuungskonzept/](http://www.zhaw.ch/de/sml/institute-zentren/wig/newsdetail/event-news/evaluation-von-diabetes-betreuungskonzept/)

# Qualität – Wettbewerb statt Bürokratie

Was Bundesrat und Verwaltung aus der Qualitätsvorlage des Parlaments machen wollen, ist schlicht bürokratischer Wahnsinn und hat nichts mehr mit dem seit 1996 im KVG verankerten regulierten Wettbewerb zu tun.

*Felix Schneuwly.* Die bundesrätliche Qualitätsstrategie mit 21 Vierjahreszielen ist ein Bürokratiemonster. Es fehlt eine saubere Bestandesaufnahme, was im schweizerischen Gesundheitswesens in Sachen Qualität bereits gemacht wird, was gut funktioniert und was weniger. Nicht einmal breit anerkannte Qualitätszertifizierungen werden berücksichtigt. Ebenfalls ein klarer Bezug zur Strategie Gesundheit 2030 fehlt.

Die Gesundheitspolitik ist seit Jahren auf Kosten fixiert und ignoriert, dass nichts teurer ist als schlechte Qualität. Art. 43 Abs. 6 KVG verlangt von den Tarifpartnern und Behörden eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst tiefen Kosten.

Die Zuständigkeiten von Bund und Kantonen sind mit der Qualitätsvorlage schon im KVG auf unzulässige Art und Weise vermischt worden. Dies obwohl die Governance der Kantone schon lange als eines der Hauptprobleme erkannt worden ist, unter anderem auch von der Expertengruppe Diener. Es führt kein Weg daran vorbei, die Zuständigkeiten endlich klar zu definieren, anstatt diese immer mehr durcheinanderzubringen.

Die Kantone sind als Zulasser der medizinischen Leistungserbringer im Rahmen ihrer gesundheitspolizeilichen Aktivitäten für die Patientensicherheit verantwortlich, egal wer die me-

«Anstatt die Zuständigkeiten von Bund und Kantonen zu klären, werden sie immer mehr vermischt. Jüngstes Beispiel ist die Qualität. Das verschärft die Rollenkonflikte der Kantone und schadet dem gesamten Gesundheitswesen.»

Felix Schneuwly,  
Gesundheitsexperte comparis.ch



dizinischen Leistungen bezahlt. Die Zulassung klappt einigermassen. Beim Entzug von Bewilligungen werden die wirtschaftlichen Interessen der Ärzte, Spitäler etc. zu oft höher gewichtet als die Patientensicherheit. Der Bund muss dafür sorgen, dass Kassen und medizinische Leistungserbringer die Qualitätstransparenz in den Tarifverträgen regeln und dass die vertraglichen Vereinbarungen auch eingehalten werden.

Bundesrat und BAG müssen hinsichtlich der Qualitätsstrategie zurück auf Feld eins:

- Qualitätstransparenz als einziges Ziel mit etappierten Unterzielen ist besser als die 21 zu heterogenen Vierjahresziele. Ohne Qualitätstransparenz sind Patienten nicht in der Lage, medizinische Leistungserbringer datengestützt frei zu wählen, wie es das KVG seit 1996 verspricht.
- Qualitätstransparenz erfordert Indikatoren, welche a) von Fachleuten definiert und akzeptiert, b) von Patienten verstanden und c)

messbar sind. Auf dieser Basis ist es für die Krankenkassen auch möglich, nicht bloss die erbrachten medizinischen Leistungen unabhängig von ihrer Wirkung und Qualität zu bezahlen, sondern auch den Behandlungserfolg zu vergüten.

Auf dieser einfachen und verständlichen Basis wird Qualitätstransparenz nicht zum etatistischen Bürokratiemonster wie die vorgeschlagene Qualitätsstrategie, sondern das anreizorientierte Fundament für den Qualitätswettbewerb. Der Begriff «Qualitätswettbewerb» kommt aber weder in der Qualitätsstrategie noch in den Vierjahreszielen vor. Wettbewerb scheint in der Ideologie des Gesundheitsministers und seiner BAG-Crew ein Teufelswerkzeug zu sein, das es um jeden Preis zu meiden gilt, auch wenn der regulierte Wettbewerb seit 1996 ein zentraler KVG-Pfeiler ist.

# 1'552

Fälle von postoperativen Wundinfektionen gab es zwischen dem 1. Oktober 2017 und dem 30. September 2018 in den Schweizer Akutspitälern. In die Studie flossen insgesamt 61 171 Fälle ein. Die jährliche Fallzahl beträgt rund 1,3 Millionen. Quelle: Swissnoso Report, August 2020.

## COMPARIPEDIA

Qualität in der medizinischen Leistungserbringung stellt eine Herausforderung dar – sie ist nicht klar definiert, aber grundsätzlich messbar. In der Schweiz sind die Kantone als Zulasser von medizinischen Fachpersonen sowie Institutionen für die Patientensicherheit zuständig. Nun übernimmt der Bundesrat die Führung der Qualitätsentwicklung für die medizinischen Leistungen, die gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) finanziert werden. Die Vierjahresziele des Bundesrates und die Jahresziele der Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) gehören zur Qualitätsstrategie des Bundes. Die EQK ist eine ausserparlamentarische Expertenkommission und unterstützt den Bundesrat bei der Förderung der Qualität im Gesundheitswesen. Qualitätsverträge sind ein weiterer Bestandteil der Qualitätsstrategie. Die Verbände schliessen gesamtschweizerisch geltende und bindende Verträge über die Qualitätsentwicklung ab. Sogenannte Qualitätsindikatoren (CHI IQL) ermöglichen die Messung der Qualität.

## IMPRESSUM

Herausgeber: comparis.ch,  
Birmensdorferstrasse 108, 8003 Zürich  
Design: comparis.ch  
Übersetzung: comparis.ch  
Reaktionen: media@comparis.ch  
www.comparis.ch