

EDITORIAL

## Das politische Paradox

Die politischen Steuerungsversuche für das Gesundheitswesen in der Schweiz müssen geradezu als paradox bezeichnet werden. Angefangen bei einem Festhalten am Numerus Clausus trotz zunehmendem Ärzte- und vor allem Hausärztemangel – gemäss Commonwealth-Fund-Befragung nirgends so bedrohlich wie in der Schweiz – über grundlegende Veränderungen im HMG mit beträchtlichem Einfluss auf den Berufsalltag verschiedener Gesundheitsberufe (bevor das MedBG auch nur in Kraft gesetzt ist), bis zum Hornberger Schiessen der Zulassungssteuerung stolpert die Politik von einer verpassten Gelegenheit zur nächsten. Der als Dauerlösung versenkte, jedoch mehrheitsfähige (offenbar überall, nur nicht im Parlament) Vorschlag wird nun voraussichtlich doch zum Providurium verlängert. Immerhin verbessert er die Versorgungsqualität durch die geforderte mindestens dreijährige Tätigkeit an einer schweizerischen Weiterbildungsstätte auch ohne die neuerdings in einer Motion geforderten zusätzlichen Qualitätskriterien. Ausserdem ist es eine ökonomische Binsenwahrheit, dass bessere Qualität zu tieferen Kosten nicht zu haben ist. Es ist also illusorisch, die Anzahl der Zulassungen senken und gleichzeitig die Qualität steigern zu wollen. Wir Grundversorger bemühen uns, bei sinkender Anzahl diese wenigstens halten zu können!

Unterstützen Sie uns dabei!



Marc Müller  
 Präsident Hausärzte Schweiz



Foto: © INFINITY | fotolia.com

Medizinische Qualität unter der Lupe.

DREI NEUE ZIELE IM ARTIKEL 58 KVG

## Qualität – im Gesetz festgehalten

> Am Tag nach St. Nikolaus 2015 hat der Bundesrat die Botschaft zum «Qualitätsartikel» verabschiedet. Ist der Zeitpunkt ein gutes Omen? Werden die Braven nun Nüsse und Mandarinen erhalten? Und die weniger Braven müssen die Fitze gewärtigen? Oder gibt es einfach nur neue Standards für Nüsse, Mandarinen und Fitzen? Was sind die Ziele des Bundes, und wie will er sie erreichen? Und: Wie beurteilen wir als Direktbetroffene dieses Programm?

Die Qualität der Medizin sei verbesserungsfähig. Fast täglich werden wir aus verschiedenen Ecken mit diesem Statement konfrontiert. So steht es nun auch in der Mitteilung: «Der Bundesrat will die Qualität im Gesundheitswesen weiter verbessern». Als Optimisten beurteilen wir diesen Satz positiv, und bemerken, dass da «weiter verbessern» steht. Im Gegensatz zu früher wird der Ärzteschaft doch attestiert, schon einiges in Sachen Qualität unternommen zu haben. Und der Bundesrat postuliert, dass diese Anstrengungen un-

terstützt werden sollen. Das ursprüngliche Projekt, ein bundeseigenes Institut für Qualität im Medizinalbereich zu schaffen, ging nämlich noch davon aus, dass Leistungserbringer nicht Leistungserbringer kontrollieren dürfen. Der Fokus war Kontrolle – und nicht Aufbau, Verbesserung, Entwicklung. Wie wird das im neuen Artikel 58 KVG sein?

**«Der Fokus sollte Aufbau, Verbesserung und Entwicklung sein.»**

Der bisherige Artikel war kurz und unpräzise. Unter dem Titel «Qualitätssicherung» konnte der Bund nach Anhörung systematische wissenschaftliche Kontrollen zur Qualitätssicherung oder zum zweckmässigen Einsatz der Leistungen vorsehen. Da der Artikel unter dem Überbegriff «Kontrolle der Wirtschaftlichkeit» steht, regelt der Bundesrat, mit welchen Massnahmen der zweckmässige Einsatz der Leistungen zu sichern ist.

>>



Wer sind die richtigen Experten?

Und im neuen Artikel? Der Bundesrat hat drei Ziele vorgegeben: Die Verbesserung der Qualität der medizinischen Leistungen, eine Erhöhung der Patientensicherheit sowie die Dämpfung der Kostensteigerung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die ersten zwei Punkte sind unbestritten, daran arbeiten wir Ärzte schon seit jeher und sind entsprechend um die Unterstützung (finanziell und ideell) froh. Der dritte Punkt gehört zum Dauerinventar aller politischen Forderungen und ist entsprechend auch der fragwürdigste. In unserem Selbstverständnis kann Qualitätsverbesserung zu Einsparungen führen – muss aber nicht. Ein Beispiel, bei dem die verordnete Verbesserung der Qualität zu massiven Mehrkosten geführt hat, ist der Ausbau der Hygiene-Ansprüche bei Sterilisationen. Leider wurde nicht untersucht, ob auch die Patienten davon profitieren konnten. Das sollte aber das erklärte Ziel sein.

**«Die Patienten müssen davon profitieren.»**

Um seine Ziele zu erreichen, will der Bundesrat nationale Programme erarbeiten und umsetzen. Konkret soll mit bestehenden Organisationen zusammengearbeitet werden, ganz konkret vor allem mit der Stiftung Patientensicherheit. Diese Stiftung ist breit abgestützt: Stiftungsträger sind

neben dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) und der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) auch die Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Auf Seite der Leistungserbringer beteiligen sich die FMH, das Kollegium für Hausarztmedizin (KHM), die fmCH, H+ Die Spitäler, Pflege, Apotheker, Physiotherapeuten und als Patientenvertreter die SPO. Letztes Jahr hat die Qualitätskommission von mfe eine ihrer Sitzungen zusammen mit Vertreterinnen der Stiftung gestaltet, eine weitere Zusammenarbeit ist geplant. Und doch: Ist es sinnvoll, den Grossteil der Gelder für eine Organisation zu reservieren? Wäre es nicht sinnvoller, die Gelder an einzelne Projekte zu vergeben? In unseren Augen wäre dies transparenter, liberaler, offener und würde mehr Möglichkeiten bieten, auf interessante Anträge reagieren zu können.

In der Botschaft zur Vernehmlassung wird mehrfach darauf hingewiesen, dass relevante Zahlen für den ambulanten Bereich in naher Zukunft zur Verfügung stehen werden. Diese Zahlen werden die Leistungserbringer aufgrund der gesetzlichen Grundlagen über die «Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé», genannt MARS, liefern müssen. Im Moment ist MARS für die Arztpraxen noch in der Evaluation des ersten Pilotversuchs, ein weiterer ist geplant. Der Fahr-

plan ist sehr sportlich, wenn alle Praxen der Schweiz bis Ende 2016 erste Zahlen liefern sollten. Die Frage wird sein: Wie gut werden diese Zahlen sein, wie valabel und wie zuverlässig? Eine begleitende Forschung muss diese Fragen stellen und versuchen, sie zu beantworten. Ohne einen erheblichen Aufwand jedes einzelnen Arztes ist dies nicht zu bewerkstelligen. Wohl steht in der Botschaft, die Qualitätsarbeit der Ärzteschaft sei im Tarif bereits eingerechnet. Nur: Das war bei der Erhebung 1994, und seither hat sich doch einiges verändert.

**«Mehr Arbeit, auch administrative, muss entsprechend abgegolten werden.»**

In Artikel 58c KVG setzt der Bundesrat eine Kommission ein, die ihn berät. Diese ausserparlamentarische Kommission soll aus fünf Experten und zehn Interessenvertretern zusammengesetzt sein. Es wird interessant sein zu erfahren, wen der Bundesrat als Experten und wen er als Interessenvertreter nominieren wird. Dies wird ausschlaggebend sein für die Richtung, welche Qualitätssicherung im schweizerischen Gesundheitswesen einschlagen wird. Für uns Haus- und Kinderärzte ist dabei entscheidend, dass wir selber definieren können, was Qualität ist.

«Hausärzte müssen selber definieren können, was Qualität ist.»

Wir wollen beim Erarbeiten der Indikatoren und der Prozesse ein aktiver Partner sein, und wir haben in unseren Reihen auch Kolleginnen und Kollegen, die sich schon lange und vertieft mit Fragen rund um die Qualität in der Praxis beschäftigen. Wir bringen Fachwissen mit, aber wir sind auch Interessenvertreter. Von fachfremden Personen aufoktroyierte Vorgaben werden kaum sinnvolle Resultate liefern. Wir hätten dies gerne der Gesundheitskommission

direkt erklärt, wurden aber leider nicht zum Hearing eingeladen.

Fazit: mfe hat sich die Qualität von Beginn weg auf die Fahne geschrieben, hat eine entsprechende Kommission mit Fachleuten und hat die Kontakte zu den Instituten für Hausarztmedizin, die ihren Teil gerne mit entsprechenden Forschungsarbeiten beitragen werden. Wir gestalten mit – gerne.

Philippe Luchsinger <

**SAVE-THE-DATE**  
**1. April 2016**  
**Tag der Hausarztmedizin**  
**Publikumsveranstaltung am**  
**Oberen Waisenhausplatz,**  
**Bern, 10–16 Uhr**

BUND UND KANTONE HABEN DIE GRUNDVERSORGUNG SCHWEIZWEIT IN AUSREICHENDER QUANTITÄT UND QUALITÄT ZU GARANTIEREN

## Zulassungssteuerungs-Stopp – ein neuer Flop?

> Die Steuerung des ambulanten Bereiches ist ein Dauerbrenner der Schweizer Gesundheitspolitik. Seit der Einführung des Zulassungsstopps im Jahre 2001 per Dringlichkeitsrecht ist das erklärte Hauptziel der Massnahme unerreicht – das Bremsen des Kostenwachstums im ambulanten Bereich. Die Abschaffung überzeugt aber offensichtlich auch nicht. Zwei Scharmützel zeigen, dass wir noch immer das Ei des Kolumbus suchen: die gescheiterte Alternative Managed Care und der kürzliche Schiffbruch der Steuerungsvorlage im Nationalrat mit einer Stimme Unterschied. Dazwischen liegen ein paar Monate Erfahrungen ohne Zulassungsstopp; ein Experiment, das auf Druck der Kantone schnell abgebrochen wurde. So sind wir wieder auf Feld 1 (bzw. 2001...), bei der Einführung desselben zeitlich beschränkten Zulassungsstopps.

Ab Mitte 2016 werden wir also – höchstwahrscheinlich – für weitere drei Jahre mit der «vielleicht gar nicht so dummen Minimallösung» (Zitat Yvonne Gilli) weiterfah-

ren. Der für die Grundversorger attraktive Vorschlag des Bundesrates, dass die Kantone auch bei Unterversorgung intervenieren könnten, ist somit kein Thema mehr. Ausserdem wird die Förderung der integrierten Versorgung, die Grundidee der Managed Care-Vorlage, weiterhin der privaten Initiative überlassen. Hausärzte verlieren also nicht wirklich, gewinnen aber auch nichts in diesem «Steuerungskompromiss».

Wie steht es mit den skizzierten künftigen Lösungen, die beim Bundesrat als konkrete Gesetzesvorschläge per Ende 2016 bestellt sind? Die mit der Motion Stahl wieder ins Spiel gebrachte Vertragsfreiheit – nur mehrheitsfähig im Nationalrat – wird als eine von drei Optionen für die konkrete Weiterarbeit beibehalten. Die Wortwahl der Kommission, die *Lockerung des Vertragszwanges zu überprüfen*, spricht allerdings schon Bände: Mit der Einigkeit, jetzt noch mit 18 zu 0 Stimmen demonstriert, dürfte es in der Diskussion schnell vorbei

sein. Ausserdem steht der anhaltende Widerstand der Ärzteschaft im Raum. Die zweite Option kommt auf die Steuerung durch die Kantone zurück. Realpolitisch ist die Einschätzung der Kommission, dass die Kantone ein Steuerungsinstrument in ihren Händen haben wollen, sicher richtig. Der Spagat zwischen staatlicher Planung und Wettbewerb dürfte aber nicht einfach zu bewältigen sein. Spannend wird auch die Ausgestaltung der dritten Option sein, wo in die Tarifgestaltung regionale und Qualitäts-Kriterien einfließen sollen. Flexible Preise nach Qualität fordert auch die parlamentarische Initiative Humbel (ebenfalls mit 18 zu 0 Stimmen angenommen). Dass zeitgleich die bundesrätliche Qualitätsvorlage in die Ständerats-Kommission kommt, bekümmert die Schwesterkommission leider nicht. Am Ständerat liegt es, hier zwischen Qualitätsentwicklung einerseits und der Schaffung von Qualitätskriterien zwecks Preisgestaltung andererseits eine ungesunde, vorlagenbedrohende Vermischung zu vermeiden. Regionale Kriterien schliesslich sind ein klassisches Thema der Grundversorgung. Dank unserer Hausarztinitiative haben sie Bund und Kantone schweizweit in ausreichender Quantität und Qualität zu garantieren. Valable Rezepte zur Umsetzung des Artikels 117a Abs. 1 der Bundesverfassung wird der Berufsverband deshalb sicher unterstützen. Dies wird wohl auch unser Leitmotiv in der Folge sein: fördern statt beschränken.

Reto Wiesli <



# Schweizer Haus- und Kinder-ärzte belegen internationalen Spitzenplatz

Die Resultate der zweiten internationalen Befragung des Commonwealth Fund\* von Grundversorgern in zehn Ländern zeigen, dass Schweizer Hausärzte und Pädiater bei der Koordination der Behandlungsbeteiligten im internationalen Vergleich am besten abschneiden.

> In der Zusammenarbeit zwischen Grundversorgern und Spitex belegt die Schweiz im internationalen Vergleich den ersten Rang. Die Koordination zwischen Grundversorgern und anderen Spezialärztinnen funktioniert ebenfalls sehr gut.

## «Positive Auswirkungen auf Patienten.»

Für Patienten aus der Schweiz bedeutet dies, dass ihnen vergleichsweise selten Probleme durch eine mangelnde Koordination der Behandlungsbeteiligten entstehen. Auch unnötige Testwiederholungen wegen nicht vorliegender Resultate treten in der Schweiz am seltensten auf.

## Administration nimmt Zeit für Patienten weg

Jeder zweite Grundversorger nimmt den mit Versicherungen verbundenen administrativen Aufwand als grosses Problem wahr, jeder Dritte betrachtet auch den Aufwand für die Erfassung von Qualitätsdaten für staatliche oder andere Institutionen als pro-

blematisch. Nur noch 55 Prozent der Grundversorger verbringen mehr als 75 Prozent ihrer Arbeitszeit mit Patientenkontakt.

## «Nachwuchsmangel ist nach wie vor problematisch.»

Beinahe ein Drittel der Grundversorger in der Schweiz ist 60 Jahre alt oder älter und nur 20 Prozent unter ihnen haben einen Nachfolger für ihre Praxis. Diese Resultate verdeutlichen die Notwendigkeit, nicht nur mehr, sondern vor allem auch die «richtigen» Mediziner auszubilden und so künftig die Grundversorgung sicherzustellen.

Sandra Hügli-Jost <

\* Der Commonwealth Fund, eine gemeinnützige Stiftung in den USA, führt seit 1998 international vergleichende gesundheitspolitische Befragungen durch mit dem Ziel, das Gesundheitssystem betreffend Zugänglichkeit, Qualität und Effizienz weiter zu verbessern. Insgesamt nehmen 11 Länder an der jährlichen «International Health Policy Survey» des Commonwealth Fund teil, seit 2010 auch die Schweiz.



Administration anstelle von Patientenkontakt

## Impressum

**Herausgeber:** Haus- und Kinderärzte Schweiz

**Auflage gesamt:** 2000 Exemplare, 4 x jährlich

**Druckerei:** Schwabe AG, MuttENZ

**Gestaltung:** Schwabe AG, MuttENZ

**Verlag:** EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG  
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 MuttENZ  
Tel. 061 467 85 54, Fax 061 467 85 56

**Geschäftsstelle:**

Effingerstr. 2, 3011 Bern, Tel. 031 508 36 10

E-Mail: gs@hausarzt-schweiz.ch

www.hausarzt-schweiz.ch

**Redaktionskommission:** Dr. Marc Müller,  
Dr. François Héritier, Dr. Gerhard Schilling,  
Dr. Eva Kaiser, Reto Wiesli, Yvan Rielle  
und Sandra Hügli-Jost (Leitung).

Massnahmen zur Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität:

## Beweise – aber in der Schweiz?

> «Qualität» – ein immer wieder, bei unterschiedlichsten Gelegenheiten und oft völlig substanzlos verwendeter Begriff. Gibt es wirklich Massnahmen, mit denen sich die Qualität der medizinischen Versorgung erwiesenermassen verbessern lässt? Eine Meta-Analyse der Studien, die in der medizinischen Fachliteratur zu der Fragestellung, ob bestimmte Massnahmen eine Qualitätsverbesserung in der Arztpraxis herbeiführen, veröffentlicht wurden, hat erst kürzlich versucht, eine Antwort auf diese Frage zu finden [1]. Dies in der Überzeugung, dass wir in unseren Praxen die bestmögliche medizinische Versorgung leisten müssen, damit dies dem gesamten System dient.

Die Autoren kommen zum Schluss, dass es unabhängig vom Gesundheitssystem eine Reihe von Massnahmen gibt, die zu einer Verbesserung der medizinischen Leistung in der Arztpraxis beitragen können. Die Studie nennt in diesem Zusammenhang insbesondere Audits und Feedback, computergestützte Empfehlungen, gezielte Erinnerungen am Point-of-Care oder Sensibilisierungsprogramme mit Fallstudien und -beobachtungen.

Diese Meta-Analyse zeigt ferner, dass die nachgewiesene Qualitätsverbesserung, beispielsweise bei der Medikamentenverordnung, stärker ausgeprägt ist, wenn das Leistungsniveau zu Beginn niedrig war. Jedoch gehen aus dieser Analyse keine Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisse für einzelne Massnahmen hervor, sondern sie verweist auf die Notwendigkeit weiterer Studien zur näheren Untersuchung dieses Aspekts.

Die Umsetzung dieser Massnahmen in den Arztpraxen unseres Landes muss angesichts fehlender Wirksamkeitsnachweise sorgfältig abgewogen werden. Zudem sind die Qualitätsgewinne möglicherweise sehr gering, da die meisten unserer Praktiken dank regelmässiger Fortbildungsmassnahmen unsererseits bereits einem hohen Qualitätsniveau entsprechen.

François Héritier <

[1] Prim Health Care Res Dev. 2015 Nov;16(6): 556–77.