



MEMO

Zentralsekretariat

92.4\NGP~

27.11.2007/AY

Arbeitstagung Nationale Gesundheitspolitik 8.11.07

Kurzberichterstattung aus Workshop 3

Workshop 3: Qualität als Steuerungsinstrument und Kriterium für die Vergabe von Leistungsaufträgen an Spitäler

Moderation: **Dr. Maya Züllig**, Leiterin der Sektion Medizinische Leistungen, Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung, Bundesamt für Gesundheit

In ihrem Einführungsreferat legt **Dr. Constanze Hergeth**, stv. Leiterin der Abteilung Planung & Investitionen und Bereichsleiterin Planung Akutsomatik der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, die Schwierigkeiten dar, die mit der Berücksichtigung der Qualität als Vergabekriterium von Leistungsaufträgen verbunden wären. Gemäss künftigem KVG werden die Planungskriterien des Bundes Wirtschaftlichkeit und Qualität beinhalten. Der Bundesrat ordnet Betriebsvergleiche zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität an, die veröffentlicht werden. Gemäss Ständerat müssten die Kantone bis 2012 die Spitalplanung unter Berücksichtigung der Ergebnisqualität neu erstellen.

Doch wird bis dann Qualität nicht objektiv messbar sein. Allein schon die zu erfüllenden Kriterien, ihre Differenzierung und die Konsequenzen bei Nichterfüllung sind kaum justiziabel festlegbar. Zur Beurteilung der Qualität der Spitäler gehören die Definition der Dimensionen, die Konzeption der Messverfahren, die Risikoadjustierung sowie die Berücksichtigung des Diagnoseverlaufs und der Schweregrade, wobei jene von SwissDRG zur Risikoadjustierung nicht unbedingt geeignet sind. Dieser Aufbauprozess allein benötigt Jahre und muss schrittweise erfolgen. Grundlage müssen gesicherte Daten und ihre Qualität sein, was wiederum einheitliche Kodierregeln sowie Fremdmessungen bedingt. Um diese Anforderungen zu erfüllen, braucht es ein koordiniertes Vorgehen aller Akteure im Gesundheitswesen sowie eine zügige Projektkonzeption und Festlegung der Verantwortlichkeiten, um den Aufwand in einem vernünftigen Rahmen zu halten.

In einem weiteren Einführungsreferat macht auch **Dr. Tugrul Kircali**, Direktor des Spitals Bülach, auf die Komplexität der Qualitätsmessung im Spital aufmerksam. Da die Prozesse im Gegensatz etwa zu einem Industrieunternehmen nicht ebenso standardisierbar sind, besteht wenig Erfahrung in lückenloser und konsequenter Qualitätssicherung. Die Hypothese, welche offenbar der Gesetzgebung zugrunde lag, nämlich dass Qualität vollständig messbar sei, muss daher verworfen werden.

Doch es gibt bereits Pioniere in der umfassenden Messung und Publikation von Qualitätsindikatoren, darunter das Spital Bülach. Auch die Initiative von H+ sei vielversprechend, ebenso die Messungen in einigen Kantonen wie Zürich und Bern.

Er vertritt die Auffassung, dass eine externe Kommunikation die interne Kommunikation wesentlich erleichtert und damit den internen Qualitätssicherungsprozess unterstützt. Doch müssen die Qualitätsindikatoren genügend aussagekräftig sein, damit Qualitätsarbeit geleistet werden kann. Für vergleichbare Resultate müssen noch einige Fragen über die Datenqualität und ihre Vergleichbarkeit, die Standards, die Gewichtung und die Verwendung geklärt werden. Auch er ist der Ansicht, dass es eine breite fachliche Zusammenarbeit braucht und die Umsetzung viele Jahre in Anspruch nehmen wird.



PD Dr. David Schwappach, Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF) Zürich, stellte in einem dritten Einführungsreferat die Erfahrungen des National Health System (NHS) Grossbritanniens und der USA mit dem Ansatz "Pay for Performance" (P4P) dar. Hintergrund für die Einführung von P4P ist die Überlegung, dass im Gesundheitswesen für unterschiedliche Leistungen nicht derselbe Preis bezahlt werden solle.

In Grossbritannien wurde 2003 für alle ca. 8100 kontraktierten Allgemeinmediziner das "Quality & Outcomes Framework" mit 146 Qualitätsindikatoren eingeführt. Sie berücksichtigen die Zielerreichung, nicht die relative Verbesserung. Die Ärzte können bestimmte Patienten von der Bewertung ausnehmen ("exception reporting") und sich so auf der Basis einer reduzierten Grundgesamtheit bewerten lassen. Der maximal erzielbare Jahresbonus liegt bei 131'250 £ (ca. 315'000 CHF). Da das geforderte Qualitätsniveau jedoch zu tief angesetzt wurde, kam es zu einem Mitnahmeeffekt ohne Qualitätsverbesserung: So erreichen die Praxen im Durchschnitt 91.3% aller Punkte).

Untersuchungen über die Wirkung zeigen, dass der Trend zur laufenden Verbesserung der Standards mit dem Ansatz wurde nicht beschleunigt. In den USA konnte in Spitälern gegenüber Spitälern ohne P4P kein ein positiver Effekt bei den P4P-Indikatoren festgestellt werden, jedoch auch kein negativer Effekt für jene Indikatoren, die keinem solchen Anreiz unterstellt wurden.

Die Schlussfolgerungen für P4P sind, dass die Festlegung des gewünschten Standards in Abhängigkeit der Gegebenheiten erfolgen muss, damit es zu keinen teuren Mitnahmeeffekten ohne Wirkung kommt. Doch auch das Design ist relevant. Insgesamt zeigt P4P eine moderate Wirkung zu einem hohen Preis, stieg doch das Einkommen der Hausärzte um 30%, während das Programm Gesamtkosten von 1.8 Mrd. \$ plus Infrastruktur zeitigte, davon schätzungsweise 85% für Qualität, die bereits vorhanden war.

In der **Diskussion** wird der Frage erörtert, ob die Garantie der Struktur- und Prozessqualität für die Justiziabilität hinreichend ist oder ob nur Indikatoren zur Ergebnisqualität diese Anforderungen erfüllen. Gemäss künftigen gesetzlichen Anforderungen soll auf die Ergebnisqualität abgestützt werden. Hingegen wird darauf aufmerksam gemacht, dass die Qualitätssicherung sich auf alle diese Dimensionen inkl. Patientenbefragungen abstützen sollte. Betreffend Transparenz und Veröffentlichung wird festgestellt, dass viele Spitäler und Kliniken unabhängig von ihrer Trägerschaft heute schon ihre Qualitätsdaten veröffentlichen. Dabei wird auch in den Raum gestellt, dass die Qualität für die Leistungserbringer Konsequenzen haben soll.

Seitens des BAG orientiert Manfred Langenegger auf Anfrage, dass dieses 2008 Fallzahlen und Mortalitätsdaten publizieren möchte und dazu an die Spitäler gelangen wird. Vorteil dieser Indikatoren ist, dass es ihnen robuste Daten unterlegt sind, im Gegensatz etwa zu den Infektionsraten, die untercodiert und daher nicht aussagekräftig sind. Margrit Kessler von der Schweiz. Patientenorganisation hält die Mortalitätsrate für das ungeschickteste Kriterium, weil dadurch Patientenverlegungen induziert würden. Für die Patienten wichtiger seien weiche Indikatoren wie Rehospitalisationsraten, Reoperationen oder Infektionsraten. Ein Spitalvertreter stellt fest, dass Mortalitätsraten nicht generell vergleichbar seien, und deshalb diese Raten wenn schon klinik- und fachbereichsspezifisch zu betrachten seien.

Seitens dem Spitalverband wird auf H+Qualité aufmerksam gemacht, welches sich in den Dienst erhöhter Transparenz stellen soll. Erste Resultate sollen am 17.1.20078 veröffentlicht werden. Dabei sollen die Standards festgelegt werden. Hingegen dürften Selbstverständlichkeiten nicht honoriert werden. Mit Blick auf die Vergabe von Leistungsaufträge stelle sich die Frage nach der Granularität, d.h. ob es einen Gesamtauftrag gebe oder er sich auch nur auf einzelne Leistungen beziehen könne.

In Bezug auf die Verantwortlichkeiten wird beklagt, dass derzeit alle die Führerschaft beanspruchen. Kircali ist der Auffassung, dass die Spitäler den Lead haben müssen, weil hier auch das Know-how liege. Diese hätten jedoch bis heute zu wenig gemacht. Deshalb brauche es nun den Druck von Bund, Kantonen und Versicherern. Die Umsetzung brauche aber eine langfristige Planung, die H+ an die Hand nehmen sollte.