Santésuisse und Qualitätssicherung

Lieber Kollege Jacques de Haller

Die E-Post «flash» der santésuisse bezüglich «Qualitätssicherung» beinhaltet Aussagen, die von einem unhaltbaren Missverständnis zeugen. Es besteht ein Bedarf an einer sofortigen Richtigstellung von seiten der FMH, mit Pressemitteilung. Es geht darum, die Qualitätsarbeit in den Mittelpunkt zu stellen und erneut den Unterschied zwischen Qualitätssicherung und Qualitätsarbeit darzustellen.

Qualitätssicherung

Wir sind sicher alle für eine Qualitätssicherung zu haben, wenn es um das Einhalten von Minimalstandards geht. Beispiele für Standards:

- Arztdiplom zur praktischen Ausübung des Berufs;
- von der FMH und den Fachgesellschaften garantierte Fortbildung zur Erlangung des FMH-Titels;
- Weiterbildung zur Erhaltung des Titels;
- Einhalten der Bestimmung des Strahlenschutzes für die Röntgenanlagen;
- obligatorische Laborringversuche und interne Qualitätskontrolle der Analysen im Praxislabor, eine kostenaufwendige Auflage in Anbetracht der äusserst schlechten Rentabilität der Laboranalyse seit der Einführung des neuen Taxpunktwerts;
- Qualitätskontrolle der Medikamentenlagerung und -abgabe;
- Einhaltung der Hygienekriterien und der Sterilisation kontaminierten Materials;
- Verwendung von parenteralem Einwegmaterial oder sicher sterilen Kanülen;
- Schutz des Personals und der Patienten vor iatrogenen Gefahren;
- Einhalten der ethischen Grundsätze des ärztlichen Berufs.

Qualitätsarbeit

Seit es Ärzte gibt, wird Qualitätsarbeit gemacht, genauso wie es keine Schlosser ohne Schlüssel gibt. Die Leute bei santésuisse dürfen höflich und öffentlich darauf hingewiesen werden, dass gerade der Qualitätsaspekt in der täglichen ärztlichen Praxis derart selbstverständlich integriert ist, dass wir nur ausnahmsweise explizit davon sprechen.

In vielen Industrien herrscht heute der Trend, die Qualitätsarbeit zu formalisieren. Da in den Industrien ein Produkt herauskommt, liegt es nahe, die Qualitätsarbeit mit der Produktanalyse zu verbinden. Das kann man in der Medizin nur in einem sehr begrenzten Rahmen, ist doch die Medizin eine humane Wissenschaft, die in der Praxis eine Dienstleistung vollbringt.

Seit mehr als 10 Jahren arbeiten zahlreiche ärztliche Organisationen ohne Unterbruch daran, die Qualität der ärztlichen Dienstleistungen zu stützen und den Bedürfnissen der Patienten und der Gesellschaft entsprechend weiterzuentwickeln. Genannt seien Qualitätszirkel, Qualitätsgruppen, unzählige Weiterbildungskurse und -kongresse, Fachgruppen, medizinische Gesellschaften. *Kaum eine andere Berufsgattung unternimmt so viel auf dem Gebiet der Qualitätsarbeit. Schon gar nicht auf so lange Zeit.*

Santésuisse darf dazu aufgefordert werden, diese enormen Leistungen, die auf lange Sicht angelegt sind, öffentlich anzuerkennen. Ist der santésuisse die Qualität ein ernsthaftes Anliegen, so darf sie sich zu ebendieser langfristig angelegten, weniger plakativen, doch ganz breitangelegten Qualitätsarbeit bekennen, die in unserem Praxisalltag einen festen Platz hat. Und das seit eh und je; heute weit mehr den je, da viele neue Kompetenzen in der Methodik der Qualitätsarbeit entwickelt und zur Anwendung gekommen sind, zur Anwendung kommen und weiterhin immer mehr zur Anwendung kommen werden.

Die obigen Ausführungen sind in einer spontanen Vernehmlassung unter einigen Qualitätsfachleuten entstanden. Es wurde dabei sehr deutlich einem Handlungsbedarf Ausdruck gegeben. Die FMH ist die erste Instanz, der es zusteht, klärend und vermittelnd, aber auch Grenzen aufzeigend zu wirken.

Deshalb wir bitten Dich, lieber Jacques, zu prüfen, ob es für Dich als Präsident der FMH möglich ist, unverzüglich der santésuisse und der öffentlichen Presse eine sachlich fundierte, dezidierte und souveräne Antwort und Richtigstellung zu geben.

In der Überzeugung, dass Du die Sache der Qualitätsförderung in unserem Beruf gebührend vertrittst und den richtigen würdigen Ton dafür finden kannst, grüssen wir Dich hochachtungsvoll.

Dr. Jürg R. Eidenbenz,
Allgemeinmedizin FMH, Vevey

Mitunterzeichner:
Dr. Christoph Cina, Dr. Marco Zoller,
Dr. Cornelia Klauser, Dr. André Dahinden,
Dr. Monika Maritz Mosimann,
Dr. Markus Nadig, Dr. Adrian Rohrbasser

Santésuisse et assurance qualité

Cher Jacques, cher président de la FMH

Le courriel «flash» de santésuisse contenant une prise de position sur «l'assurance qualité» a fait naître parmi nous, confrères concernés, un fort besoin de clarification. Le souhait a été articulé que la FMH réponde dignement à santésuisse tout en publiant un communiqué de presse, sans délai. Il s'agit de mettre le travail qualité au centre et de distinguer entre l'assurance qualité d'une part et le travail qualité d'autre part.

Assurance qualité

Certainement, nous sommes tous d'accord d'accepter une assurance qualité s'il s'agit du maintien d'un standard. Par exemple:

- diplôme de médecin universitaire pour la pratique de notre profession;
- formation postgraduée garantie par la FMH et les sociétés des spécialités afin d'obtenir le titre FMH;
- formation continue afin de maintenir le titre;
- remplir les conditions des directives au sujet de la protection contre les rayons X pour l'installation de radiologie du cabinet;
- contrôle de qualité externe pour les analyses de laboratoire, et contrôle de qualité interne des analyses effectuées dans le laboratoire du praticien, une imposition coûteuse surtout si l'on tient compte de la mauvaise rentabilité des analyses de laboratoire depuis l'introduction de la nouvelle valeur du point;
- contrôle qualité du stock des médicaments et de la dispense des médicaments;
- utilisation de matériaux stériles pour l'usage parentérale: matériel jetable ou canules stériles;
- protection du personnel et des patients contre les dangers iatrogènes;
- l'adhésion au principe éthique de notre profession de médecin.

Travail qualité

Le jour où la profession de médecin est née, le travail sur la qualité a commencé. La science médicale et les soins donnés par les médecins impliquent un travail de qualité exactement comme le fait qu'il n'y ait pas de serrurier sans clé. Les gens responsables chez santésuisse peuvent être informés de manière courtoise autant que le public général que l'aspect qualité est intégré dans la pratique du métier médical de manière implicite. Aussi nous n'en parlons que dans des situations exceptionnelles.

Aujourd'hui, dans de nombreuses industries, la tendance est de formaliser le travail de qualité. Puisque dans les industries, il s'agit de la qualité d'un produit, il est logique de commencer le travail qualité avec une analyse du produit. Ceci peut aussi se faire en médecine mais dans un cadre beaucoup plus restreint puisque la médecine est une science humaine dont la pratique représente un service et non une institution de production.

Depuis plus de dix ans, de nombreuses organisations médicales travaillent sans interruption au sujet du soutien de la qualité des services médicaux afin de les développer en les adaptant aux besoins des patients et de la société. Nommons les cercles de qualité, les groupes de qualité, de nombreux cours de formation continue, des congrès, des sociétés et des groupes de spécialistes. *Il n'y a guère d'autres métiers qui entreprennent autant dans le domaine du travail de qualité surtout pas de manière aussi constante et à long terme.*

Santésuisse est invitée à reconnaître les efforts énormes qui visent le long terme. Si santésuisse met la qualité au centre de l'attention, elle est invitée à reconnaître que nous, médecins, pratiquons un travail qualité, peut-être peu visible dans le public mais en même temps extrêmement durable et intégré dans toute la palette de notre travail quotidien au cabinet. Cette intégration des efforts qualité a toujours existé et prend aujourd'hui de l'ampleur puisqu'il y a de nouvelles compétences concernant la méthode du processus qualité. Ces compétences ont été mises en œuvre, ce travail se poursuit d'une manière croissante dans le futur proche et lointain.

Cher Collègue, ces réflexions sont issues d'un échange entre confrères et consœurs actifs dans le domaine de la «qualité». Nous te proposons de répondre, en tant que président de la FMH, aux responsables de santésuisse moyennant une prise de position bien fondée, centrée sur les faits et souveraine.

Aussi, nous te suggérons de bien vouloir juger de l'opportunité à informer la presse moyennant un bref communiqué.

Etant persuadés que tu représentes tous les médecins actifs dans le souci de pratiquer notre métier d'après les meilleurs standards possibles, et que tu trouveras le ton courtois et ferme, nécessaire dans l'intérêt d'une bonne collaboration avec santésuisse, nous t'adressons, cher Jacques, cher président de la FMH, nos meilleures salutations.

Dr J. R. Eidenbenz,
médecine générale FMH, Vevey

Cosignataires:
Dr Christoph Cina, Dr Marco Zoller,
Dr Cornelia Klauser, Dr André Dahinden,
Dr Monika Maritz Mosimann,
Dr Markus Nadig, Dr Adrian Rohrbasser

Hohle Gasse

Ich bin IV-Stellenleiter und ärgere mich über Artikel, welche die Schuld an Entsozialisierung, wirtschaftlicher Ausgliederung, familiärer Ausgliederung und mangelhaftem Case-Management zu Beginn einer «Erkrankung» pauschal der IV zuschieben. Bevor ein Mensch bei der IV angemeldet wird, vergehen seit dem letzten Arbeitstag und der Anmeldung bei der IV in der Regel 1½ Jahre. Dass diese unnütz verstrichenen 1½ Jahre später dann in nebulöser Verwischung der Tatsachen der IV-Bearbeitungsdauer zugerechnet werden, ist notorisch.

Es sei die Frage erlaubt, was die behandelnden Ärzte nach 1, nach 2, nach 4 und nach 6 Wochen der Arbeitsunfähigkeit konkret an Reintegrationsmassnahmen unternommen haben. Es sei die Frage erlaubt, was die behandelnden Ärzte an konkreten Wiedereingliederungsbemühungen unternommen haben. Es sei die Frage erlaubt, was die behandelnden Ärzte konkret unternommen haben, um diesen Menschen sofort der IV anzumelden, nachdem klar war, dass er nicht mehr auf den Bau kann. Es sei die Frage erlaubt, was die behandelnden Ärzte davon abhielt, die Anmeldung bei der IV wenige Wochen nach der Erkenntnis, wonach er nicht mehr auf den Bau zurückkann, vorzunehmen. Etwa das hartnäckig sich in Ärztekreisen haltende Gerücht, wonach man jemanden erst nach einem Jahr bei der IV anmelden könne? Etwa das Gerücht, dass frühzeitige Anmeldung bei der IV erst mit der 5. IVG-Revision möglich sei?

Wie lange noch muss die IV den behandelnden Ärzten predigen, dass es keine Wartefristen für Eingliederungsmassnahmen bei der IV gibt? Wie lange noch vermischen behandelnde Ärzte die Wartezeit im Zusammenhang mit Rentenbegehren mit dem Zeitpunkt der Rentenanmeldung für Eingliederungsmassnahmen? Ich kenne den poetisch dargestellten Fall «Hohle Gasse» [1] nicht. Ich entnehme aber dem Artikel, dass der Versicherte offenbar ein Potential hätte und dass man dieses bloss nutzen müsste. Die IV versichert nicht familiäre Ausgliederung, sie versichert auch nicht die unausgeglichene Situation auf dem Arbeitsmarkt, auch nicht die mangelnde Assimilation. Die IV versichert ausschliesslich den Schaden, der durch eine gesundheitsbedingte Irritation auftritt. Die Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit, welche auf eine Krankheit, einen Unfall oder ein angeborenes Leiden zurückzuführen ist.

Die stete Vermischung, welche zunehmend auch von Sozialhilfeinstitutionen vorgenommen wird, ist in höchstem Masse befremdend. Solange die Schweiz das heute gültige Sozialsystem kennt, hat jeder seinen Part zu übernehmen. Die IV hat einen ganz speziellen im Bereich von Menschen *mit Behinderungen* zu übernehmen.

Paul Meier, Basel

1 Fischer F. Hohle Gasse. Schweiz Ärztezeitung 2006; 87(7):285-6.

Der Brief aus Winterthur

Er kam am 11. Mai 2005 und lautete wörtlich: «Zunehmend werden GutachterInnen und VersicherungsmedizinerInnen von PatientInnen und deren RechtsvertreterInnen Strafprozesse angedroht …»

Und drei Wochen später traf dieses Schreiben aus Zürich ein: «Viele Juristen und Juristinnen missbrauchen heute Ärzte und Ärztinnen als Gutachterinnen und Gutachter gegen ihre eigenen PatientenInnen …»

Welch hässliche sexistische Verhunzung unserer schönen deutschen Sprache! Solche Elaborate gehören und wandern bei vielen nach dem ersten Satz – unabhängig vom Inhalt – rasch und *«ungelesen» in den Papierkorb*!

Die in Mode gekommene schwachsinnige Unsitte der fortlaufend umständlichen Doppelnennung aller Funktionen in weiblicher und männlicher Form ist beim Lesen, aber auch beim Zuhören in Vorträgen unschön, ärgerlich und ermüdend. Sie stört zudem den klaren, wahren Sinn der Aussage. Frau und Mann, die es aus Gründen der «Gleichberechtigung» nicht lassen können, sollen lieber *nur noch die weiblichen Formen* benützen. Sicher ist «man» nicht dagegen und schmunzelt verständnisvoll.

Nach einer Meinungsumfrage geht diese dümmliche Vergewaltigung der Sprache acht von zehn Leuten auf die Nerven. Manche lesen derartige Schreiben nicht mehr zu Ende. Und bei Vorträgen mit dauernd solch unsinnigem Gerede verlassen sie vorzeitig den Saal. Wer's nicht glaubt, erkundige sich selbst bei TeilnehmernInnen …

Doch lassen wir das! Schwere Missbildungen, auch solche der Sprache, leben in der Regel nicht lange …

A. C. Schuler, Mörschwil

Generika – oder Gedanken über die soziale Vermarktwirtschaftlichung

Es gibt keine logische medizinische Indikation für ein Generikum, da definitionsgemäss alle Generika pharmakologisch wie das Original wirksam sein sollten. Es gibt keine logische Erklärung, weshalb Generika billiger produziert werden können, eher das Gegenteil. Es gibt keine logische Erklärung, weshalb Generika Kosten im Gesundheitswesen senken sollen. Generika verursachen logisch mehr Kosten logistischer Art, weil mehr Produkte an Lager gehalten werden müssen, verfallen oder nicht aufgebraucht werden.

Patienten erhalten oft verschiedene Generika zusammen mit Originalpräparaten gleichzeitig. Deshalb sind Generika und auch Komarketingprodukte logischerweise medizinisch nicht nur unnötig, nutzlos. Sie sind gefährlich, weil sie zu vermehrten Verwechslungen führen. Daraus ergibt sich logischerweise, dass Generika für das Gesundheitswesen nicht billiger sind als Originalmedikamente.

Es stimmt zwar, dass Generika meistens billiger verkauft werden als Originalmedikamente. Wer aber davon profitiert, ist nicht nur für den Arzt, auch für Patienten und Politiker undurchschaubar. Also sind Generika nicht billiger, sondern Originalmedikamente zu teuer.

Offensichtlich konnte die Marktwirtschaft diese Irrsinne in der Medikamentenversorgung und Kostensteigerung im Gesundheitswesen nicht bremsen. Statt mit einer Verordnung den Preis von Originalpräparaten zu senken, soll diese marktwirtschaftliche Fehlleistung nun auf Kosten der Patienten und der Ärzte vermarktwirtschaftlicht über 20% Selbstbehalt gelöst werden!

Logisch, dass dieser Trick oder Umweg wieder Logistikkosten verursacht, welche indirekt wieder den Sozialversicherungen überbürdet werden. Dabei wird aber von Ökonomen schlichtweg unterdrückt, dass dies auf allen Stufen nicht nur direkte Kosten über Umtriebe und Nebenwirkungen (Generikasyndrom) verursacht, sondern auch Kosten genereller Art wie Ärger und Frustrationen auslöst. Diese Kosten werden nie berechnet, ja nicht einmal in Erwägung gezogen! Streikende Ärzte in Deutschland sind ein Beispiel für sozialpolitische Sekundärfolgen!

Daraus ergibt sich die fundamentale Frage: Können soziale Probleme prinzipiell marktwirtschaftlich gelöst werden? – Anscheinend nicht. Beim Service public in der Schweiz kann man dies dauerhaft auch nicht machen über zementierte kantonale Taxpunktwerte. Marktwirtschaftlich müssten vergleichsweise kantonale Briefmarken eingeführt werden.

Es war einmal, da behandelten die Ärzte Patienten, und die Krankenkassen unterstützten ihre Mitglieder, demokratisch in feingegliederten regionalen Sektionen. Wieviel Vermarktwirtschaftlichung können wir uns sozial leisten?

Dr. med. Markus Gassner, Grabs

Kinderlärm

Vielen Dank für Ihre wohltuende und treffende Analyse der weitverbreiteten Kinderunfreundlichkeit in unserem Land [1]! Als Vater eines Fünf- und einer Zweijährigen kann ich dies alles bestätigen, noch viel mehr meine Frau. Da meinte doch eines Tages unsere Nachbarin, eine 50jährige kinderlose Rechtsanwältin, ohne im geringsten zu realisieren, was sie uns da sagte: Kürzlich sei sie im Bus in die Stadt gefahren, und da sei eine Mutter mit einem Kinderwagen und einem Kleinkind gesessen, welche es während zwei, drei Stationen nicht geschafft habe, ihr wegen irgend etwas weinendes Kind zum Schweigen zu bringen, währenddem sie, unsere Nachbarin, ihre Zeitung lesen wollte. Da habe sie bei sich gedacht: Könnte die denn nicht aussteigen und zu Fuss gehen? Unsere Nachbarin, beruflich sozial engagiert und weltoffen, meinte das im vollen Ernst.

Einmal im Jahr fahren wir mit unserer Kleinfamilie nach Italien. Wir geniessen die Autofahrt, auch wenn sie sechs, sieben Stunden dauert, jedesmal sehr. Irgendwann nach dem Gotthard der erste Cappuccino, und kurz nach der Landesgrenze der zweite, mit einem Panino – und endlich sind wir wieder Könige, mit unseren zwei kleinen Kindern, die von jeder Angestellten im Autobahnrestaurant beim Eintreten lautstark begrüsst, angelacht und liebkost werden. Ach, tut das gut, als müde, im anstrengenden Familienalltag abgekämpfte Eltern wieder einmal ein paar Streicheleinheiten zu bekommen, um nach einer Viertelstunde mit stolzgeschwellter Brust dieses wunderbare Etablissement namens Autogrill wieder zu verlassen im Wissen, dass wir doch ganz offensichtlich zwei wahre Goldschätze von Kindern in unserer Obhut haben!

Dr. med. Alexander Erlach, Winterthur

1 Kesseli B. Kinderlärm. Schweiz Ärztezeitung 2006;87(5):198.