

Qualität stärken statt Quantität steuern – Teil 2

Kostendämpfung Aktuell versprechen mehrere gesundheitspolitische Vorlagen durch die Vermeidung unnötiger Leistungen Geld zu sparen. Die Ärzteschaft setzt darum schon lange auf Qualitätsmassnahmen, die eine angemessene Versorgung jedes einzelnen Patienten sicherstellen sollen.

Nora Wille^a, Yvonne Gilli^b

^a Dr. phil., persönliche wissenschaftliche Mitarbeiterin der Präsidentin, ^b Dr. med., Präsidentin der FMH



Unnötige Leistungen sind aus medizinischer Sicht in erster Linie ein Qualitätsproblem – und qualitative Probleme lassen sich nicht mit quantitativen Ansätzen wie einer politischen Mengensteuerung lösen [1]. Wirksame Massnahmen gegen unnötige Leistungen müssen spezifisch sein und vor allem den individuellen Patientinnen und Patienten gerecht werden. Die Ärzteschaft widmet sich darum bereits seit Jahren intensiv dem Thema der Indikationsqualität, also der Frage nach Angemessenheit und Notwendigkeit medizinischer Interventionen [2–4]. Folglich spielt das Thema «Overuse», also die Vermeidung von «Versorgung, welche für den Patienten keinen Nutzen hat oder deren Risiken den potenziellen Nutzen übersteigen» [5] in ärztlichen Qualitätsaktivitäten auch eine zentrale Rolle. Bei diesem Engagement verfolgt die Ärzteschaft unterschiedliche Ansätze, die in diesem Artikel ausgeführt werden. So können (A) die Stärkung der Patientenkompetenz, (B) die Stärkung der ärztlichen Kompetenz sowie (C) gute Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung eine Reduktion unnötiger Leistungen unterstützen. All diesen Ansätzen ist gemeinsam, dass der Nutzen für Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt steht und die Gründe für *Overuse* gezielt angegangen werden.

A: Stärkung der Patientenkompetenz

Ein wichtiger Ansatz zur Vermeidung von *Overuse* ist die *Stärkung der Patientinnen und Patienten in ihrer Entscheidungskompetenz*. Viele Menschen denken, dass eine gute Behandlung zahlreiche und neue medizinische Leistungen umfasst und möchten den Krankheitsverlauf nicht abwarten [6]. Nach Auffassung von 59% der Grundversorgenden stehen darum auch Forderungen von Patientinnen und

Die Ärzteschaft widmet sich bereits seit Jahren intensiv dem Thema der Indikationsqualität.

Patienten der Reduktion unnötiger Leistungen im Wege [7]. Diesem Problem widmen sich verschiedene Aktivitäten der Ärzteschaft. So unterstützt die FMH den Ansatz des *Shared decision making* (SDM) als patientenzentrierte Methode zur partizipativen Entscheidungsfindung [8], die zum Beispiel Entscheidungen für konservative Behandlungen oder gegen eine Antibiotikaeinnahme unterstützen kann [9]. Eine wichtige Voraussetzung hierfür ist jedoch ausreichend Gesprächszeit. Dass diese leider oft zu knapp bemessen ist, sehen aktuell 31% der Grundver-

sorgenden als bedeutsames Hindernis für eine Reduktion unnötiger Leistungen an [7]. Auch Patientinformationsmaterialien können optimale Entscheidungen unterstützen, indem sie neben Möglichkeiten zur Diagnose und Therapie auch die Möglichkeit des (vorläufigen) Verzichts auf medizinische Massnahmen thematisieren. Hier ist die FMH aktiv, indem sie sich in der Entwicklung von Qualitätskriterien für solche Patientinformationsmaterialien engagiert [10]. Auch das Engagement der FMH für die *Patientenverfügung* [11] trägt – spezifisch für das Lebensende – zu einer besseren Versorgungsqualität und Reduktion ungewünschter Leistungen bei. Auf die gesamte Bevölkerung bezogen unterstützt die FMH mit ihrem Engagement für die *Allianz Gesundheitskompetenz* [12] nicht nur allgemein gesundheitsförderliche Entscheidungen, sondern auch die Fähigkeit das Gesundheitswesen effizient zu nutzen.

Die Stärkung der Patienten und Patientinnen ist auch ein Ansatz von *Smarter Medicine* [13], der bekanntesten ärztlichen Initiative gegen Über- und Fehlversorgung. Unter anderem mit einer Liste von fünf Fragen an Ärztinnen und Ärzten oder Infografiken unterstützt die Initiative zielführende Gespräche und die Wahl der für die individuelle Person besten Option. Seit 2014 erfolgt damit eine zunehmende *Sensibilisierung, dass weniger manchmal mehr* sein kann, seit Mai 2022 auch im Rahmen einer nationalen Öffentlichkeitskampagne.

B: Stärkung der ärztlichen Kompetenz

Einige der bereits aufgeführten Massnahmen richten sich jedoch nicht nur auf eine Sensibilisierung der Patientinnen und Patienten, sondern helfen auch der Ärzteschaft *Overuse* zu vermeiden. So stärkt SDM nicht nur die Entscheidungskompetenz von Patientinnen und Patienten, SDM reduziert auch die *Fehlannahmen von Ärztinnen und Ärzten* darüber, was ihre Patienten und Patientinnen erwarten [6]. Ausserdem kann SDM *positive Defensivmedizin* vermeiden, also Massnahmen, die Ärztinnen und Ärzte nur durchführen, um sich vor späteren Beschwerden und Klagen zu schützen. Wichtig im Austausch mit Patientinnen und Patienten sind auch *ärztliche Kompetenzen in der Risikokommunikation* und, dem vorgelagert, in der *Interpretation statistischer Angaben*, die in fachspezifischen Weiter- und Fortbildungen thematisiert werden muss [5].

Angesichts der vielen medizinischen Innovationen braucht es für die Vermeidung unnötiger Leistungen auch die *Schaffung klarer Evidenz* zum Patientennutzen. Hier engagiert sich die Ärzteschaft, indem sie medizinische Register als wichtige Grundlage unter anderem für

Qualitätssicherung und gesundheitspolitische Entscheidungen unterstützt [14, 15]. Auch *Health Technology Assessments* (HTA) werden von der FMH ausdrücklich «als wirkungsvolles Instrument» unterstützt, das «*untersucht, welche medizinischen Behandlungen für Patienten optimal und welche unnötig sind*» [16, 17]. Damit der Nutzen von Massnahmen auf individueller Patientenebene festgestellt werden kann, setzt sich die FMH ausserdem für die Förderung von *patient-reported outcome measures* (PROMs) ein [18, 19].

Die Aktivitäten der Ärzteschaft fördern auch die *Umsetzung der verfügbaren Evidenz im Behandlungsalltag*. Ein bekanntes Instrument sind die mittlerweile etwa 20 smarter

Wird die Entscheidungskompetenz von Patientinnen und Patienten gestärkt, sinkt der Overuse.

medicine-Listen mit Massnahmen, die von medizinischen Fachgesellschaften als in der Regel unnötig betrachtet werden [20]. Ein weiteres, sehr wichtiges Instrument sind *medizinische Guidelines*, deren Anwendung die FMH nicht zuletzt durch ihre Online-Plattform «Guidelines Schweiz» unterstützt [21]. Guidelines können die Behandlungsqualität erhöhen [22] und darüber hinaus zu effizienteren Prozessen führen, die auch Kostenersparnisse ermöglichen, zum Beispiel durch weniger Spitalaufenthalte, Operationen und Medikamentenverschreibungen [23].

Mitunter ist auch der Einbezug breiter Expertise nötig, um eine hohe Indikationsqualität sicherzustellen. Dann befürwortet die FMH *Indikationsboards*, deren Notwendigkeit am besten fallweise durch die beteiligten Fachpersonen beziehungsweise ihre jeweiligen medizinischen Fachgesellschaften beurteilt werden kann. Auch das *Einholen einer Zweitmeinung* kann hilfreich sein und wird darum auch von FMH-Mitgliedern gemäss ihrer Standesordnung (Art. 16) unterstützt. Diese sollte aber niemals zur gesetzlichen Pflicht werden, weil dies Patientinnen und Patienten bevorzugen und unnötige Kosten generieren würde.

C: Gute Rahmenbedingungen

Wer die Indikationsqualität stärken und unnötige Leistungen reduzieren möchte, muss die medizinische Expertise gegenüber ökonomischen Vorgaben stärken – und nicht schwächen. In diesem Sinne fordert die FMH zum Beispiel seit Jahren ein *Verbot von Boni beziehungsweise einen Ausschluss von Spitälern*, die



© Monkey Business Images / Dreamstime

Die Gesprächszeit mit den Patientinnen und Patienten ist leider oft knapp bemessen – das mindert auch die Qualität der Behandlung.

mit Boni arbeiten, von den Spitalisten [24, 25]. Dies gilt für Bonusvereinbarungen, die an Mengenziele geknüpft sind, genauso wie für solche, die an Sparziele oder Qualitätsindikatoren geknüpft sind, da sich alle diese Varianten nachteilig auf die Patientenversorgung auswirken können [24]. Auch andere Vorgaben, wie zum Beispiel minimale Fallzahlen, können Druck auf Ärzte und Ärztinnen zugunsten unnötiger Behandlungen ausüben. Dies zeigt die Verantwortung der Politik für schlanke Strukturen zum Beispiel durch *überkantonalen Spitalregionen*: In ineffizienten Strukturen werden Ärzte und Ärztinnen nie effizient arbeiten können – aber immer stärker unter Druck geraten.

Die medizinische Expertise muss gegenüber ökonomischen Vorgaben gestärkt werden.

Die FMH beschränkt sich jedoch nicht nur auf Forderungen, um optimale Rahmenbedingungen für hohe Qualität und die Vermeidung von *Overuse* zu erreichen, sie arbeitet auch aktiv daran mit. Für eine *gute Umsetzung der WZW-Kriterien* (WZW: Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit) vereinbarte die FMH zum Beispiel mit Curafutura und Santésuisse eine neue Screening-Methode zur Identifikation auffälliger Ärztinnen und Ärzte, so dass in nachgelagerten Einzelfallanalysen allfällige Überbehandlungen geprüft werden können [26]. Um auch mit Hilfe *ausreichender Gesprächszeiten* unnötigen Leistungen ent-

gegenwirken zu können, setzt sich die FMH gegen entsprechende Limitationen ein und hat mit dem neuen *ambulanten Tarif TARDOC* die «sprechende Medizin» gestärkt. Einen weiteren Beitrag zur Stärkung der medizinischen Qualität und gegen *Overuse* hat die FMH auch mit dem *Label «responsible practice FMH»* geleistet [27]. Dieses schützt angestellte Ärztinnen und Ärzte vor Konflikten zwischen ihren medizinischen Vorstellungen zur Indikationsqualität und betriebswirtschaftlichen Optimierungsideen ihrer Arbeitgeber. Denn mit diesem Label können auch Gesundheitsorganisationen, die nicht von FMH-Mitgliedern geführt werden, die Regeln der FMH-Standesordnung für eine ethische Berufsausübung als verbindlich anerkennen.

Fazit: Zielführende Qualitätsaktivitäten

Diese lange und nicht abschliessende Aufzählung an Aktivitäten für eine hohe Indikationsqualität und zur Vermeidung unnötiger Leistungen zeigt, dass nur ein Bündel an Massnahmen, das zudem die Individualität der Patientenbehandlung berücksichtigt, dieser Herausforderung gerecht werden kann. Ein Fokus auf Qualität statt Quantität ermöglicht dabei, *Overuse* zu reduzieren ohne gleichzeitig *Underuse* zu provozieren. Auf unsicheren Schätzungen basierende Mengensteuerung wird dies hingegen nicht leisten können [1].

Doch auch Qualitätsmassnahmen sind kein Wundermittel und müssen mit Bedacht und Expertise eingesetzt werden. Gerade bei der schwierigen Erfassung der Indikationsqualität muss der potenzielle Nutzen gut gegen die entstehenden Kosten abgewogen werden [4].

Dies sollten auch die zunehmenden Qualitätsaktivitäten des Bundes und die politischen Qualitätsvorhaben beachten. Bereits heute betrachten 42% der Grundversorger und Grundversorgerinnen in der Schweiz den zeitlichen Aufwand «für das Zusammenstellen klinischer Daten oder von Daten zur Behandlungsqualität für staatliche Stellen oder andere Organisationen (z.B. Krankenkassen)» als grosses Problem [7]. Damit weist die Schweiz knapp hinter Deutschland (44%) die zweithöchste Belastung auf – und eine deutliche Zunahme seit 2015 als dies erst 33% beklagten [7]. Qualität in der Medizin darf nicht heissen, dass Bundesbern immer mehr Dokumentationspflichten erlässt und aus «*gut gemeinten Vorhaben «ein untaugliches, bürokratisches Monster konstruiert»* wird [17]. Erst mit der Revision des Artikels 58 KVG zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit hat der Gesetzgeber eine eidgenössische Qualitätskommission und für den Behandlungsalltag vor allem Dokumentations- und Kontrollpflichten initiiert – deren Finanzierung unklar ist [28, 29]. Noch bevor diese Probleme gelöst und die Rahmenbedingungen zur Finanzierung der zusätzlichen Qualitätsentwicklungen geklärt sind, diskutiert das Parlament jetzt bereits über neue staatliche Kosten- und Qualitätsziele und eine Kommission für Kosten- und Qualitätsmonitoring [7].

Die perfekte Versorgung wird es nicht geben. Die im letzten Artikel präsentierten Zahlen einer internationalen Untersuchung [7] zeigen aber, dass sich die Schweiz dichter am Ideal bewegt als die aktuellen politischen Vorbilder, die trotz Mengensteuerung mehr Über- und Unterversorgung aufweisen [1]. Das gute Abschneiden der Schweiz mag auch daran liegen, dass wir hier bislang auf Qualitätsmassnahmen gesetzt haben, die den individuellen Patienten ins Zentrum stellen – und nicht auf Rasenmäher-Methoden auf Basis grober Effizienzschätzungen. In diesem Sinne werden auch nur von medizinischer Fachexpertise geleitete Qualitätsaktivitäten dazu beitragen können immer besser zu werden. Dafür wird sich die FMH auch weiterhin einsetzen.

Korrespondenz
nora.wille[at]fmh.ch



Literatur

Vollständige Literaturliste unter www.saez.ch oder via QR-Code