

Licht in der Blackbox



Verena Nold
Direktorin santésuisse



Noch immer schulden uns die Leistungserbringer die Grundlagen für eine standardisierte Qualitätsmessung.



Die Ergotherapeutinnen und -therapeuten machen es vor: Seit Jahren regelt ein Qualitätssicherungsvertrag zwischen ihrem Verband und den Tarifpartnern, wie die Ergebnisqualität der therapeutischen Arbeit zu messen, zu erfassen und auszuwerten ist. Mit Erfolg. In gut neunzig Prozent der ausgewiesenen Fälle werden die Behandlungsziele erreicht oder gar übertroffen.

Genau so sollte es sein: Die Leistungserbringer sorgen für Transparenz, indem sie die Verantwortung für die fachliche und inhaltliche Qualitätssicherung übernehmen; der Gesetzgeber wiederum sorgt mit entsprechenden Rahmenbedingungen für die Einhaltung der Vorgaben und definiert durchsetzbare Sanktionsmöglichkeiten.

Sollte. Denn noch immer ist das Thema Behandlungsqualität – insbesondere im ambulanten Bereich – eine Blackbox. Noch immer schulden uns die Leistungserbringer die Grundlagen für eine standardisierte, systematische Qualitätsmessung, um mangelnde Qualität sowie überflüssige Behandlungen überhaupt erkennen zu können.

Es gibt übrigens auch Lichtquellen in der Qualitäts-Blackbox. Das Beispiel der Ergotherapeuten ist eine. Ebenso die Anstrengungen von Organisationen wie EQUAM, ANQ und SIRIS. Und die Chancen stehen gut, dass auch das Parlament in nützlicher Frist den richtigen Schalter findet, nachdem der Nationalrat in der Sommersession die Weichen gestellt hat für die flächendeckende Durchsetzung von Qualitätsmassnahmen.

Einheitliche Finanzierung

Kommt jetzt der Durchbruch?

Werden die Kantone die ambulanten Gesundheitsleistungen künftig mitfinanzieren? Die Signale aus der Gesundheitsdirektorenkonferenz sind ein Lichtblick. Aber wie realistisch sind die Auflagen, die mit dem jetzt kommunizierten Reformwillen verknüpft sind?

Wer das Schweizer Gesundheitssystem – oder zumindest Teile davon – reformieren will, braucht einen langen Atem. Bester Beweis hierfür ist das jahrelange Ringen um ein neues Finanzierungsmodell für die ambulanten und stationären Leistungskosten. Die heutige Regelung, wonach die Kantone 55 Prozent der Kosten für stationäre Behandlungen übernehmen, sich hingegen an den stetig wachsenden Kosten im ambulanten Bereich nicht beteiligen, führt erwiesenermaßen zu Fehlanreizen und zu einer unnötigen Verteuerung des Systems. Damit verhindert die heutige Regelung, dass die Verlagerung häufig durchgeführter operativer Eingriffe in den ambulanten Bereich rasch vorankommt und sich positiv auf das Gesamtsystem auswirkt.

Und sie dreht sich doch

Im Gegensatz zu allen anderen gewichtigen Akteuren im Gesundheitswesen, hat sich die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) bis dato vehement dagegen gewehrt, ambulante und stationäre Leistungen zu gleichen Teilen zu finanzieren. Dies mit der Begründung, ein Systemwechsel sei nicht mehr als eine aufwändige Kostenverschiebungsmassnahme ohne Mehrwert. Doch jetzt kommt Bewegung ins Dossier. An ihrer Jahresversammlung Ende Mai 2018 hat die GDK beschlossen, Hand zu bieten für eine «tragfähige Lösung für die gleiche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen».

Kehrtwende mit Auflagen

Allerdings ist das Angebot nicht frei von Auflagen – und die wiederum haben es in sich: Die GDK verlangt unter anderem eine Steuerungsmöglichkeit der Kantone bei der ambulanten Versorgung und will zudem die Leistungen von Pflegeheimen und Spitexorganisationen in das neue Finanzierungsmodell einbeziehen. Dies dürfte für die Krankenversicherer eine nur schwer zu schluckende Kröte sein. Entsprechend mit Spannung erwartet werden die nun folgenden Gespräche, Verhandlungen, Kompromisse und runden Tische. Soviel ist sicher, die einheitliche Finanzierung ist eine «affaire à suivre». (SST)

Ergotherapie – initiiertes Reflexionsprozess

Kontinuierliche Verbesserung der Behandlungsqualität

Die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verpflichtet die Leistungserbringer oder deren Verbände zur systematischen Qualitätskontrolle. Dies gilt auch für die in Praxen tätigen Ergotherapeutinnen und -therapeuten. Seit 2011 regelt deshalb ein Qualitätssicherungsvertrag, ausgehandelt zwischen den Tarifpartnern, wie die Ergebnisqualität der ergotherapeutischen Arbeit zu messen, zu erfassen und auszuwerten ist. Der Erfolg einer Serie von jeweils neun Behandlungen drückt sich im Erreichungsgrad der mit dem Klienten erarbeiteten Ziele aus. Diese müssen realistisch und betätigungs-

orientiert sein und werden in einer standardisierten Online-Plattform erfasst, welche den Erreichungsgrad der individuell gesetzten Ziele in einem numerischen Wert ausdrückt. Alle Ergotherapeutinnen und -therapeuten sind verpflichtet, pro Jahr mindestens fünf Fälle zu erfassen und verwalten. Konkret wurden so 2017 rund 6700 Behandlungen mit 21 570 individuell vereinbarten Behandlungszielen dokumentiert und ausgewertet. Das Resultat lässt sich sehen: Rund zwei Drittel der Behandlungsziele wurden genau erreicht; ein Viertel sogar übertroffen. Lediglich acht Prozent der Behandlungs-

ziele konnten nicht erreicht werden und die Therapie musste mit dem Prädikat «Zustand unverändert» oder «schlechter als erwartet» abgeschlossen werden.

Die jährliche Überprüfung der Leistungsqualität ist für die Ergotherapeutinnen und -therapeuten nicht nur Gradmesser für die gesetzlich vorgeschriebene Qualitätskontrolle, sondern durch den dadurch initiierten Reflexionsprozess auch Ansporn für eine kontinuierliche Verbesserung der Behandlungsqualität. (SST)