

Per Mail

Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
3003 Bern
Abteilung-Leistungen@bag.admin.ch

Zürich, 2. September 2014

Vernehmlassungsverfahren zum Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Stärkung Qualität und Wirtschaftlichkeit)

Stellungnahme der Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften KKA-CCM

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Die KKA bedankt sich für die Gelegenheit, zum Vernehmlassungsverfahren zum Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Stärkung Qualität und Wirtschaftlichkeit) Stellung nehmen zu können und bringt dazu die nachfolgenden Analysen und Vorschläge ein.

I. Allgemeine Bemerkungen

Die KKA begrüsst grundsätzlich die Bestrebungen des Bundes, die Qualitätssicherung im Schweizer Gesundheitswesen zu koordinieren. Sie erkennt den Handlungsbedarf und ist sich des politischen Auftrages des Bundes bewusst.

Die Schweiz verfügt heute weltweit über eines der besten Gesundheitssysteme. Für die KKA ist deshalb auch künftig eine optimale Qualität absolut zentral, denn nur so kann das hohe Niveau unserer Gesundheitsversorgung gehalten und verbessert werden. Die Botschaft sollte lauten: „Wer aufhört besser zu werden, hat aufgehört gut zu sein“ - von pauschalisierenden Defiziten bei der Patientensicherheit zu sprechen, ist aber weder adäquat noch zielgerichtet.

Gemäss dem erläuternden Bericht zum Gesetzesentwurf sind die nationalen Plattformen ein wichtiges Element. Im Gesetzestext finden wir hingegen keine verbindlichen Formulierungen diesbezüglich. Weiter wird festgehalten, dass das Zentrum für Qualität eine kostendämpfende Wirkung haben wird. Eine Evidenz für diese Aussage ist nirgends ersichtlich und ist auch nicht nachvollziehbar. Für die KKA ist eine volkswirtschaftliche Gesamtkosten-Optik unerlässlich – da die Kosten und der Nutzen nicht nur am gleichen Ort respektive im gleichen Sektor anfallen.

Der Bund muss Rahmenbedingungen, Vorgaben und Ziele erarbeiten und ist für die Kontrolle verantwortlich - die Netzwerke sind für die Ausführung verantwortlich. Dazu genügen schlanke Strukturen. Analog dem EKIF (Eidgenössische Kommission für Impf- fragen) könnte z.B. ein beratendes Gremium für Qualitätsfragen für den Bund geschaffen werden, an Stelle des geplanten, teuren und schwerfälligen Q-Institutes. Allenfalls wäre auch eine modifizierte Netzwerkvariante zu erwägen, wie sie ursprünglich angedacht wurde.

Geltungsbereich und Zielsetzung der Vorlage

Der Geltungsbereich der Gesetzesvorlage ist aus unserer Sicht zu eng definiert. Qualitätsüberlegungen sollen nicht a priori aus der Krankenpflegeversicherungs- (KVG)Optik betrachtet werden. Der (Patienten-)Nutzen, welcher durch die verschiedenen Qualitätsbestrebungen erzielt wird, fällt nicht nur im KVG-Bereich an. Entsprechend wird es nicht möglich sein, mit dem geplanten Zentrum Hinweise oder Evidenzen zu schaffen, welche nebst den Kosten auch den realen Nutzen aufzeigen, und so eine volkswirtschaftliche Bilanzierung ermöglichen. Des Weiteren ist bekannt, dass 60%-70% der Faktoren, welche die Mortalität des Menschen beeinflussen, aus Umwelt und Verhalten stammen, also nicht aus dem Gesundheitswesen, welches mit dem KVG abgebildet werden kann (dieser Anteil liegt bei knapp über 10%!).

Nebst der zu engen volkswirtschaftlichen Optik wird so auch die kausale Diskussion von Verbesserungsmassnahmen verunmöglicht, respektive zu sehr eingeschränkt.

Fazit: Die beschriebenen Ziele der Vorlage betreffend der „nachhaltigen Erhöhung der Patientensicherheit und der Kostendämpfung in der Krankenversicherung“ können mit der reinen KVG-Optik nicht erreicht werden, da der Nutzen und auch die Kosten zu einem wesentlichen Teil ausserhalb des Geltungsbereiches dieses Gesetzes anfallen.

Einbezug der Partner

Im erläuternden Bericht wird festgehalten, dass das Zentrum sich „nicht an die Stelle der Akteure setzt, sondern diese zielgerichtet mit wissenschaftlichen Grundlagen und konkreten Projektarbeiten unterstützt. Die genannten Massnahmen des Bundes sind denn auch als Ergänzung zu verstehen. Sie können und dürfen die laufenden Qualitätsbestrebungen durch die verschiedenen Partner im Gesundheitswesen nicht ersetzen“. Wir begrüssen diese Stossrichtung des Bundes – auch dahin gehend, dass das Zentrum über keine hoheitsrechtlichen Kompetenzen verfügen soll. Für die KKA bleibt aber weiterhin unklar, wie der Einbezug ausgestaltet werden soll. Die erwähnten „nationalen Plattformen“ werden im erläuternden Bericht erwähnt – im Gesetzestext sucht man jedoch vergeblich nach verbindlichen Aussagen zu den Plattformen. Auch fehlen bei den Erläuterungen detaillierte Angaben, wie die Plattformen besetzt werden sollen, wie die Prozesse und Abläufe vorgesehen sind. Der transparente Einbezug der Stakeholder in Form ihrer Verbände und somit das Einbringen von konsolidierten Stellungnahmen ist zwingend den Meinungen von Einzelpersonen vorzuziehen. Aus den Diskussionen und auch den juristischen Verfahren zum Beispiel im Bereich der hochspezialisierten Medizin sollten nun auch die entsprechenden Schlussfolgerungen und Lehren gezogen werden.

Von der Qualität her anerkannte Kriterien sowie diagnostische und therapeutische Massnahmen müssen zugunsten der Patienten eingesetzt werden können und dürfen nicht von Seite der Krankenkassen aus Kostengründen oder aufgrund interner Richtlinien abgelehnt werden.

Definition und Festlegung von Qualität

Gemäss den Aussagen der Qualitäts-Experten ist Qualität schwierig messbar. Sie ist als Co-Produktion der Leistungserbringer mit dem Patienten und verschiedenen Partnern im Gesundheitswesen zu verstehen. Die Schwergewichte der „Qualitätsmessungen“ wurden aus diesen Gründen in den letzten Jahren immer wieder verändert. Gemäss der neusten Literatur ist man in den USA wieder von den outcome – Messungen abgekommen und legt das Schwergewicht auf die Prozesse. Qualitätsfelder sind Wirtschaftlichkeit, logistische Qualität, Fachqualität und Servicequalität.

Im ambulanten Bereich erfolgen heute betreffend Wirtschaftlichkeit die viel zu stark auf den ambulanten Kostensektor fokussierenden Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch die Versicherer. Bei der logistischen Qualität existieren bereits z.B. die Röntgen- und Labor-Qualitätskontrollen auf Bundesebene. Was die Fachqualität und die Servicequalität anbelangt, gehört deren Definition und Festlegung von entsprechenden Qualitäts – Indikatoren klar in die Kompetenz der Fachgesellschaften und können und dürfen nicht von der Bundesebene respektive von einem „Qualitäts-Institut“ festgelegt werden.

Wie zudem bereits mehrmals festgehalten, sind wir dezidiert der Meinung, dass die Definition und Festlegung der Qualität nur über die Fachgesellschaften erfolgen kann. Die ärztliche wie auch die medizinische Qualität kann und darf nicht vom Staat festgelegt werden, sondern dort, wo sie zum Nutzen des Patienten im Alltag angewendet und weiterentwickelt wird – also bei den Leistungserbringern. Die KKA ist mit dem Bund einig, dass allfällige Doppelspurigkeiten verhindert und Synergien genutzt werden müssen. Diese zentrale Aufgabe wird im erläuternden Bericht aber nicht bzw. zu wenig thematisiert.

Health Technology Assessment HTA

Die Entscheidungskompetenz des Bundes im Bereich HTA stellen wir in keiner Weise in Frage. Das BAG bzw. das EDI verfügt über klar definierte Kompetenzen und Handlungsfelder. Wir setzen uns hingegen stark für die Trennung von Assessment, Appraisal und Decision ein – die Gewaltentrennung muss zu jedem Zeitpunkt gewährleistet sein. Die Ärzteschaft engagiert sich seit Jahren mit verschiedenen Aktivitäten für das HTA in der Schweiz. Wir verweisen dabei auf die FMH, welche als Gründungsmitglied des SNHTA und Mitträgerin des Swiss Medical Board aktiv beim Projekt SwissHTA beteiligt war. Der aktuell laufende Konvergenzprozess zwischen den verschiedenen Akteuren zeigt deutlich auf, dass der Bund für die Entscheidungen zuständig ist. Die Assessments sind hingegen unabhängig von Bundes – oder Partikularinteressen durchzuführen. Die Wissenschaft gehört an die Universitäten; die Leistungsentscheide gemäss Gesetz zum Bund.

Mit den Forderungen, dass die bestehenden Leistungen im Leistungskatalog regelmässig gemäss den WZW-Kriterien überprüft werden und die Innovationen gefördert

werden, gehen wir - zusammen mit der Forderung der volkswirtschaftlichen Gesamtkostenoptik - vollkommen einig. Die KKA hat diese Position bereits 2011 formuliert und mit ihren verschiedenen Aktivitäten stets gefördert. So haben bereits Fachgesellschaften die „Smarter Medicine“ gefördert und thematisiert bzw. Interventionen definiert, welche als unwirksam gelten.

Für die KKA macht es keinen Sinn, dass die verschiedenen – bereits laufenden und etablierten – Massnahmen und Aktivitäten von Seiten des Bundes nochmals neu erfunden werden. Eine Zentrumslösung ist aufgrund der vielen Aktivitäten der Leistungserbringer und anderer Stakeholder keine adäquate Lösung. Vielmehr werden so Doppelspurigkeiten geschaffen, anstatt Synergien genutzt.

Das BAG orientiert sich heute schon an den Grundsätzen und Methoden des HTA. Es ist deshalb umso unverständlicher, weshalb dazu nun ein separates Institut mit hohen Kosten aufgebaut werden soll.

Zentrum vs. Netzwerklösung

Wir haben uns immer für eine Netzwerklösung eingesetzt und entsprechend mehrmals darauf hingewiesen, dass die Ausarbeitung einer Netzwerklösung erfolgen soll. Die etwas „fadenscheinige“ Begründung im erläuternden Bericht ist für uns nicht nachvollziehbar und entsprechend müssen wir daraus schliessen, dass zu keinem Zeitpunkt ein Wille bestand, eine solche Option in Betracht zu beziehen. Für die 2012 durch die FMH gegründete Akademie für Qualität in der Medizin SAQM ist die Vernetzung und die fachliche Unterstützung ein zentrales Anliegen. Die bisher rund 30 eingegangenen offiziellen Anträge an die SAQM belegen, dass ein grosses Bedürfnis an Vernetzung und Unterstützung besteht.

Gerade, weil bereits heute etablierte und bewährte Akteure das BAG bei der Erfüllung seiner Aufgaben unterstützen, wäre eine Netzwerklösung bei weitem effizienter als der Aufbau eines neuen Zentrums mit schwerfälligen Strukturen.

Aktivitäten

Schon in der Botschaft zum Bundesgesetz wird bei den zwei Hauptaufgaben das Schwergewicht auf die Entwicklung von Qualitätsindikatoren gelegt, „insbesondere für den ambulant-ärztlichen Bereich“.

Der erläuternde Bericht präsentiert viele bereits bestehende und laufende Qualitätsaktivitäten und schliesst daraus auf einen Handlungsbedarf für ein Zentrum bzw. diese Auflistung wird als Legitimation für den Gesetzgebungsprozess verstanden. Entsprechend stellen wir mit grossem Befremden fest, dass – bewusst oder unbewusst – viele Qualitätsaktivitäten gar nicht aufgelistet sind. Der folgende Satz im erläuternden Bericht (Seite 9) „... *Noch vollständig fehlen jedoch Indikatoren im wesentlichen Bereich der ambulanten ärztlichen Leistungen...*“ zeugt von einer grossen Unkenntnis der Materie. Die Indikatoren „fehlen“ insofern, dass die entsprechenden Behörden davon keine Kenntnis genommen haben und diese somit in den Vernehmlassungsunterlagen nicht aufgeführt wurden! Insbesondere seien an dieser Stelle die zahlreichen Qualitätsaktivitäten im ambulanten Bereich erwähnt, wie z.B. die „Q-Initiative“, bestehend aus Argomed Ärzte AG - MFA (Mehrfacharzt), EQUAM Stiftung - Q-Module,

medswiss.net - QMN (quali-med-net) und der VEDAG (Verband deutschschweizerischer Ärztegesellschaften) mit dem QBM (Qualitäts - Basis - Modul) sowie die anderen QMS und die Instrumente von Hausärzte Schweiz MFE, um nur einige davon zu nennen. Was im drittletzten Abschnitt des erläuternden Berichtes unter Punkt 1.3.4 über EQUAM steht, zeigt allzu deutlich die grossen Wissens- und Informationslücken. Wenn eine Auflistung erfolgt, dann sollte diese so weit als möglich abschliessend sein – ansonsten besteht die Gefahr, dass Entscheidungen aufgrund unvollständiger und asymmetrischer Informationen erfolgen, zumindest Doppelspurigkeiten geschaffen, und die Wertschätzung für bisher Geleistetes zerstört wird. Als Beispiele sind die Nichtaufführung der Schweizerischen Akademie für Qualität in der Medizin SAQM zu erwähnen, oder die Bestrebungen der Leistungserbringer im Bereich des Projekts „Qualitätsmedizin IQM“ sowie der Konvergenzprozess HTA. Mit Befremden muss hier auch festgehalten werden, dass das BAG an der letzten Sitzung des Dialog-Gremiums der SAQM ferngeblieben ist.

Die SAQM führt periodisch eine Inventarerhebung bei den Ärzteorganisationen zu ihren eingeführten oder geplanten Qualitätsaktivitäten durch. Diese Resultate zeigen ein ganz anderes Bild auf als das der erläuternde Bericht suggeriert.

Finanzierung und Rechtsform

Die vorgeschlagenen Finanzierungsmodalitäten für das Zentrum sind nur bedingt nachvollziehbar. Keinesfalls einig sind wir mit der Feststellung, dass die gemäss KVG erbrachten Qualitätssicherungsmassnahmen der Leistungserbringer und die damit verbundenen Kosten in den vereinbarten Tarifen bereits heute berücksichtigt und deshalb nicht über separate Wege zu finanzieren seien. Es sind gerade die Leistungserbringer, welche in ihrer täglichen Arbeit mit Patientinnen und Patienten zur Optimierung der Qualität beitragen und deren Aufwändungen dabei keineswegs immer adäquat über den heutigen Tarif abgebildet werden. Will sich der Bund wirklich im Bereich Qualität in der medizinischen Versorgung engagieren, dann muss er auch auf der Ebene der Leistungserbringer die dafür notwendigen Mittel bereit stellen. Das Gleiche gilt, wenn man die den Leistungserbringern zugeordneten Aufgaben und Kompetenzen betrachtet. Die vom Bund definierten Anforderungen an die Leistungserbringer sind vielfältig und umfangreich wie beispielsweise die Verpflichtung zur kostenlosen Erhebung und Lieferung von Daten sowie die eigenverantwortlich umzusetzenden Massnahmen zur Qualitätssicherung in der Praxis. Demgegenüber steht einzig und allein die „Kompetenz“ den Bund im Rahmen der nationalen Plattformen – heisst Zentrum für Qualität – beraten zu dürfen.

Will der Bund tatsächlich die Qualität fördern, mit dem Ziel die medizinische Versorgung im Sinne der Patientensicherheit zu optimieren, dann muss er zwingend die dafür notwendigen Ressourcen zur Verfügung stellen.

Grösste Bedenken hat die KKA auch bei der personellen Besetzung der Gremien und Organe des Zentrums.

In diesem Zusammenhang ist es äusserst befremdlich, dass willkürlich die Stiftung für Patientensicherheit – ein Verein der naturgemäss seine Partikularinteressen vertritt – in den Aufgabenbereich des Zentrums integriert werden soll. Dies steht der geplanten Errichtung eines unabhängigen Zentrums für Qualität diametral entgegen und wird von der KKA dezidiert abgelehnt.

II. Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln

Art. 2 (Rechtsform und –persönlichkeit)

Aus juristischer Sicht in Ordnung, aber im föderalen Gesundheitswesen der Schweiz systemwidrig. Die Rechtsform soll im Sinne einer Netzwerklösung als Stiftung oder Verein angepasst werden.

Art. 3 (Ziele)

Kommentar: Diese Ziele können aufgrund der reinen KVG-Optik nicht erreicht werden (vgl. die oben stehenden Erläuterungen).

Art. 4 Abs. 3 (Aufgaben)

Kommentar: Falls eine Aufgabenerweiterung nötig bzw. angezeigt ist, kann dies nur im Rahmen der Zielsetzung unter Art. 3 erfolgen. Entsprechend schlagen wir folgende Änderung zu Abs. 3 vor:

3 Der Bundesrat kann dem Zentrum gegen Abgeltung weitere Aufgaben *nach den in Art. 3 genannten Zielen* übertragen.

Art. 5 (Zusammenarbeit)

Kommentar: Wir gehen davon aus, dass sich die Formulierung „insbesondere“ auf das BAG und die anderen in den Aufgabenbereichen nach Artikel 4 tätigen Behörden, Institutionen und Organisationen gleichermaßen bezieht. Falls die Formulierung „insbesondere“ sich primär auf das BAG bezieht, ist eine entsprechende Streichung der Formulierung nötig.

Kommentar: Die nationalen Plattformen werden im erläuternden Bericht mehrmals und als zentrale Stelle erwähnt. Im Gesetzestext fehlen hingegen die nationalen Plattformen vollständig. Entsprechend schlagen wir folgende Änderungen zu Art. 5 vor:

2 Zur Erfüllung seiner Aufgaben arbeitet das Zentrum des Weiteren mit der nationalen Qualitäts-Plattform und der nationalen HTA-Plattform zusammen, welche sich aus den Akteuren des Gesundheitswesens zusammensetzen.

Art. 20 (Strategische Ziele)

Kommentar: Den nationalen Plattformen wird im erläuternden Bericht ein grosses Gewicht beigemessen und auf Seite 45 ist erwähnt, dass die Plattformen bei der Festlegung der strategischen Ziele beigezogen werden. Entsprechend schlagen wir folgende Änderungen zu Art. 20 vor:

1 Der Bundesrat legt im Rahmen der Ziele und Aufgaben nach den Artikeln 3 und 4 *und unter Beibehaltung der nationalen Qualitäts- und HTA Plattformen* in der Regel für jeweils vier Jahre die strategischen Ziele des Zentrums verbindlich fest. Er kann die Ziele im Verlauf der Vierjahresperiode anpassen, falls sich die Grundlagen für die Festlegung der Ziele massgeblich verändert haben.

2 Er hört vorgängig die Kantone und die interessierten Kreise an.

Art. 4 Abs. 2 lit. a und Art. 33 Abs. 4bis

Kommentar: Die beiden Artikel sind in sich nicht konsistent bzw. Art. 4 Abs. 2 lit. a des Gesetzesentwurfes stimmt mit neu Art. 33 Abs. 4bis KVG nicht überein, d.h. in Art. 33 Abs. 4bis steht nichts von den „Arbeitsprogrammen“. Entsprechend müssen die beiden Artikel im Sinne der Konsistenz angepasst werden.

Art. 4 Abs. 2 lit. a:

Das Zentrum hat im Bereich der Bewertung von Gesundheitstechnologien folgende Aufgaben:

a. Erstellung von Berichten zur periodischen Überprüfung der Leistungen nach Artikel 32 Absatz 2 KVG gemäss dem vom Bundesrat nach Artikel 33 Absatz 4bis KVG festgelegten Arbeitsprogramm;

Art. 33 Abs. 4bis

4bis Er beauftragt das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit der Erstellung von Berichten, die ihn bei der Erfüllung seiner Aufgaben im Zusammenhang mit der Bezeichnung der Leistungen unterstützen

III. Fazit

Wie bereits erwähnt, ist sich die KKA des politischen Auftrages des Bundes bewusst. Mit dem zur Vernehmlassung stehenden Gesetzesentwurf können jedoch die vom Bund gesteckten Ziele nicht erreicht werden. Die Schaffung einer öffentlich-rechtlichen Anstalt, welche auf Basis von unvollständigen Informationen beruht, ist für die KKA nicht zielführend. Die aufgeführten Aufgaben unter Art. 4 werden bereits zum jetzigen Zeitpunkt von den verschiedenen Stakeholdern durchgeführt. Das geplante Zentrum schafft vor allem Doppelspurigkeiten, wird dem Commitment der Stakeholder nicht gerecht und bringt keine Synergien. Entsprechend können auch keine kostendämpfenden Auswirkungen oder die Erhöhung des Patientennutzens erwartet werden. Eine gangbare Lösung wäre z.B. der unter 1. aufgeführte Vorschlag der Schaffung eines beratenden Gremiums anstelle des Q-Institutes oder allenfalls einer modifizierten Netzwerkvariante, wie sie ursprünglich angedacht wurde. Die angestrebten Ziele unter Art. 3 sind klar zu unterstützen, aber mit der Ausgestaltung des Gesetzesentwurfes nicht zu erreichen.

Wir bedanken uns für die Berücksichtigung unserer Überlegungen und Argumente.

Mit freundlichen Grüssen

Peter Wiedersheim, Co-Präsident KKA

Fiorenzo Caranzano, co-président CCM

