

FMCH



Qualitätsbericht
2018

Inhaltsverzeichnis

1	Qualität in der Medizin	2
1.1	Qualität in der Medizin: Definitionen und Systematik	2
1.2	Qualitäts-Charta	6
1.3	Was kostet Qualität – Politische und ökonomische Aspekte in der Medizin	11
1.4	Der Schweizer Eid	14
2	Qualität durch ärztliche Aus-, Weiter und Fortbildung	16
2.1	Ärztliche Aus-, Weiter, und Fortbildung	16
2.2	Zulassung von Leistungserbringern – ein Qualitätsthema?	19
3	Ausgewählte Qualitäts-Instrumente in der Medizin	25
3.1	Patientensicherheit, pre-flight-check, wrong-side surgery	25
3.2	Arbeitsgemeinschaft für Qualität in der Chirurgie AQC	27
3.3	Le registre SIRIS	29
3.4	Nationales Register für Herzchirurgie	31
3.5	Management von degenerativen Meniskusrissen. Ein Statementpa- per der Expertengruppe Knie von Swiss Orthopaedics	34
4	FMCH-Qualitäts-Kataster	36
5	Autorenverzeichnis	38

Vorwort

Das Schweizer Gesundheitswesen ist zwar teuer, aber von hoher Qualität. Trotzdem fordern Politik und Medien in jüngster Zeit immer häufiger und immer lauter mehr Qualität in der Medizin. Auf Bundesebene sollte ein Qualitätsinstitut – eine eigentliche Kontroll-Behörde – errichtet werden, was jedoch im Parlament keine Mehrheit fand.

Ein wichtiger Pfeiler der Qualität ist die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzteschaft. Wer in der Schweiz Medizin studiert hat, kennt die Anforderungen an diese Berufs-Ausbildung. Sie ist im internationalen Vergleich sehr gut. Patientinnen und Patienten erfahren dies Tag für Tag.

Die kontinuierliche Fortbildung ist seit Jahrzehnten fester Bestandteil der im Berufsleben stehenden Ärztinnen und Ärzte, lange bevor gesetzliche Vorschriften erlassen wurden. Die Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie führt Kongresse und Fortbildungen seit ihrer Gründung 1933 durch, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie seit 1942, um nur zwei Beispiele zu nennen.

Ein Blick in die Veranstaltungsprogramme der medizinischen Fachgesellschaften zeigt: Die Qualität und die Verbesserung der Behandlungsergebnisse stehen und stehen im Zentrum der Kongresse, Kurse und Fortbildungstage. In den letzten Jahren haben verschiedene Fachgesellschaften in Zusammenarbeit mit anderen Akteuren Qualitätsinstrumente eingeführt, welche den Fortschritt in der Medizin laufend berücksichtigen.

Die FMCH, die Dachorganisation der chirurgisch und invasiv tätigen Fachgesellschaften, will den Politikern, den Medien und der Öffentlichkeit die Qualitäts-Anstrengungen näherbringen. Das Ressort Qualität unter der Leitung von Prof. Dr. med. Michele Genoni stellt Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, den ersten Qualitätsbericht der FMCH vor. Er soll zukünftig jährlich erscheinen. Der erste Teil gibt allgemeine Hinweise zur Qualität in der Medizin und zu den finanziellen Konsequenzen. Im zweiten Abschnitt wird die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung beschrieben. Im dritten Teil wird eine Auswahl von Qualitäts-Instrumenten vorgestellt. Im vierten Abschnitt findet der Leser einen Qualitäts-Kataster mit Hinweisen auf sämtliche Qualitäts-Tools der FMCH.

Dr. med. Josef E. Brandenburg, Präsident der FMCH

1 Qualität in der Medizin

1.1 Qualität in der Medizin: Definitionen und Systematik

Michele Genoni

Qualität – im Sinne einer systematischen Planung, Überwachung und Verbesserung – hat im medizinischen Umfeld grosse Aufmerksamkeit erhalten. Die Qualität der medizinischen und im besonderen der ärztlichen Leistungen ist in aller Munde. Die öffentlichen Medien und die Fachmedien berichten über Anstrengungen, Erfolge und Misserfolge.

Das Ressort Qualitätssicherung der FMCH unterstützt die angeschlossenen Fachgesellschaften beim Aufbau von Qualitätssystemen und fördert und koordiniert bestehende Qualitätssicherungsprogramme.

Qualität ist ...

Qualität ist die Erfüllung von Anforderungen. Qualitätssicherung ist die Summe aller Massnahmen, um eine konstante Produktqualität sicherzustellen. Das Qualitätsmanagement befasst sich mit der Organisation, Planung, Durchführung und Überwachung aller qualitätsbezogenen Aktivitäten und hat die organisationsweite Qualitätsverbesserung zum Ziel. Das Qualitätsmanagementsystem (QMS) ist ein Managementsystem zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich der Qualität. Es fasst Methoden und Instrumente zur Erfüllung von Anforderungen in einem definierten System zusammen.

Wie aber kommt die Qualität zustande? Was ist der Schlüssel zu einer nachhaltigen Verbesserung der Qualität von Leistungen?

Umfragen

Der FMCH hat zusammen mit der FMH, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, seine Mitglieder in den letzten Jahren zu ihren Aktivitäten, Wünschen und Vorschlägen im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung befragt. Dabei fällt auf, dass sich ein uneinheitliches Bild zeigt. Zu den laufenden und geplanten Qualitätsprojekten befragt, reichen die Antworten von Checklisten im klinischen

Alltag über Werkzeuge zur Qualitätssicherung und monitorierte Register bis zum Programm zur Qualitätssicherung und Qualitätsmanagementsystem.

Erwartungen an die FMCH

Folgerichtig sind die Erwartungen der Mitgliedsgesellschaften an die FMCH in der Umfrage ausgefallen:

- **Informationen zum Thema Qualität;**
- **Antworten zu Fragen zur Qualitätssicherung;**
- **Unterstützung bei Qualitätsprojekten;**
- **Beratung zum Aufbau und Betrieb eines Registers.**

Allgemein wird erwartet, dass die FMCH die Initiative bei der Vernetzung der Fachgesellschaften fördert, fachübergreifende Themen aufgreift und die einzelnen Fachgesellschaften bewusst einbezieht.

Als mögliche gemeinsame Projekte wurden genannt:

- **Förderung der Qualitätssicherung;**
- **Interdisziplinäre Behandlungsstandards zur Qualitätsverbesserung;**
- **Entwicklung von Checklisten;**
- **Entwicklung der elektronischen Krankengeschichte;**
- **Erfassung von Komplikationen und Verbesserungsmassnahmen;**
- **Harmonisierung klinischer Outcome-Register.**

Systematische Qualitätssicherung

Aus der Erkenntnis heraus, dass ...

- 1. die Qualität der Leistung in der Medizin unbestrittenermassen höchste Priorität hat,**
- 2. wirkungsvolle Qualitätsmanagementsysteme seit vielen Jahren in den verschiedensten Einsatzgebieten erfolgreich aufgebaut und betrieben werden und**
- 3. nur die kontinuierliche Verbesserung eine Organisation weiterbringt,**

... empfehlen wir allen Fachgesellschaften, ein *auf ihre Bedürfnisse abgestimmtes Qualitätsmanagementsystem* zu entwickeln und in Betrieb zu nehmen.

Mit der Einführung eines Qualitätsmanagementsystems werden drei Ziele verfolgt:



Das Arbeiten nach einheitlichen Vorgaben ist die Voraussetzung für die Einhaltung von Qualitätsstandards in einer Organisation mit verschiedenen Personen, welche die gleiche Arbeit leisten oder zusammenarbeiten. Das Qualitätsmanagementsystem wird die Leistungserbringung der Organisation in Prozessen, Arbeitsanweisungen und Checklisten beschreiben. Alle Beteiligten arbeiten gemäss diesen Prozessen und dokumentieren ihre Arbeit in der vorgegebenen Art und Weise. Die Leistungen bzw. Resultate der Prozesse und der Funktionen bzw. Stellen werden anhand von Qualitätskennzahlen gemessen, analysiert und bewertet. Die kontinuierliche Verbesserung aller Aspekte der Organisation und deren Betrieb (Stellen, Funktionen und Elemente des Qualitätsmanagementsystems) wird institutionalisiert. Regelmässig werden die Bewertungen der Leistungen mit den Qualitätsstandards verglichen und Verbesserungspotentiale bestimmt. Daraus werden Aufgaben und Projekte generiert, die Massnahmen zur Verbesserung entwickeln und umsetzen.

Und wo bleibt die gute Arbeit?

Wie wir sehen, kann man Qualität planen. Man kann sie organisieren, überwachen, dokumentieren, entwickeln – und man kann sie zertifizieren. Aber ganz unter uns gesagt: *Qualität kommt von guter Arbeit!*

Die vier Zutaten für das Erfolgsrezept gute „Arbeit“ sind:

4. eine solide Ausbildung und genügend Erfahrung für meine Funktion,
5. Begeisterung und Engagement für meine Arbeit,
6. Aufmerksamkeit und genügend Zeit für jede Tätigkeit,
7. Kontrolle und Korrektur der Arbeitsresultate von mir und meinem Team.

In einer langfristig erfolgreichen Organisation ist die hohe Arbeitsqualität für alle verbindlich, die in der Organisation beschäftigt sind oder mit der Organisation zusammenarbeiten. Jeder ist für die Qualität seiner Arbeit selbst verantwortlich. Alle Mitarbeitenden mit Führungsverantwortung sind sich ausserdem ihrer Vorbildfunktion bewusst und unterstützen den Qualitätsgedanken. Jede Chance zur Verbesserung wird aufgenommen, und alle Beteiligten setzen sich hartnäckig für eine sinnvolle Lösung ein.

1 Qualität in der Medizin

... eine Frage der Haltung

Wir Ärzte müssen die Qualität, deren Erhaltung und deren Verbesserung persönlich in die Hand nehmen. Qualität ist eine Frage der persönlichen Haltung und Integrität – Voraussetzungen, die jeder Arzt in seinen Berufsalltag mitbringt (mitbringen muss).

Die FMCH als Dachorganisation unterstützt schweizweite Projekte zur Qualitätssicherung:

Sichere Chirurgie: Verbesserung der Patientensicherheit in der Chirurgie dank konsequenter, korrekter Anwendung der chirurgischen Checkliste und Sicherstellung der notwendigen Begleitmassnahmen.

Mortality-Morbidity Konferenz zur Förderung der Patientensicherheit: Eine gut etablierte, umgesetzte und system-orientierte Mo-Mo Konferenz kann neben den klinischen Kenntnissen auch methodisches und organisationales Verständnis für Fehlerursachen vermitteln.

1.2 Qualitäts-Charta

Christoph Bosshard, Roxane Kübler, Esther Kraft

2012 gründete die FMH die Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin SAQM. Als eine Organisation der Schweizer Ärzteschaft ist sie zuständig für alle Belange der Qualität in der Medizin. Die SAQM engagiert sich für eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung.

- Sie fördert alle Aspekte der medizinischen Qualitätsarbeit mit Nutzen für Patienten, Angehörige und Ärzte.
- Sie unterstützt die Entwicklung einer Qualitätskultur und setzt sich für einen hohen Standard von Qualitätsprojekten sowie bei der Erhebung, Auswertung und Interpretation von Qualitätsdaten ein.
- Sie engagiert sich für den Zusammenhalt der Ärzteschaft beim Thema Qualität und unterstützt die Vernetzung von Qualitätsaktivitäten der verschiedenen Fachgesellschaften.
- Sie setzt sich für die verstärkte Verankerung der Qualitätsfragen in der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzte ein.
- Sie bezieht die Partner des Gesundheitswesens mit ein.
- Sie ist Ansprechpartnerin und Koordinatorin für die ärztlichen Aspekte der Begleit- und Versorgungsforschung sowie Verhandlungspartnerin bei Qualitätsthemen auf nationaler Ebene.
- Sie kommuniziert zu Qualitätsthemen innerhalb der Ärzteschaft und nach aussen und repräsentiert sie zum Thema Qualität.

Die SAQM bezieht die Qualitätsverantwortlichen der in der Ärztekammer vertretenen Ärzteorganisationen (Forum Qualität SAQM) in die Arbeit ihrer Gremien ein. Ebenso pflegt sie aktiven Austausch mit den Partnern aus dem Schweizer Gesundheitswesen (Dialog Qualität SAQM). Sämtliche interessierten Parteien/Interessensgruppen sind eingeladen, in den Dialog Qualität Einsitz zu nehmen. Ihre Bewerbungen sind unter der Mail-Adresse saqm@fmh.ch willkommen.

Qualitätsprojekte der SAQM

Die SAQM entwickelt unter anderem an folgenden Projekten die medizinische Qualitätsarbeit weiter (Auswahl):

1. Sektorenübergreifender Behandlungspfad Kolorektalkarzinom

- Die Fortschritte in der Behandlung von Krankheiten und die Spezialisierung haben zur Folge, dass immer mehr Spezialisten unterschiedlicher Fachgebiete in die Behandlungskette involviert sind. Für die Patienten bedeutet dies, dass sie über einen Zeitraum hinweg entweder sequenziell oder parallel von verschiedenen medizinischen Fachpersonen behandelt werden.

- Gemeinsam mit 20 medizinischen Fachgesellschaften und nichtärztlichen Berufsgruppen hat die SAQM in einem Pilotprojekt am Beispiel des Kolorektalkarzinoms einen sektoren- und berufsgruppenübergreifenden Behandlungspfad entwickelt.
2. Patient Centered Outcome Registry PCOR
 - Im Rahmen des Pilotprojekts werden in Zusammenarbeit mit interessierten Leistungserbringern (in Praxen und Spitälern) Angaben von Patienten zu Diagnose, Therapie, Leiden, Lebensqualität, indirekten Kosten sowie Erreichung des Behandlungsziels erhoben. Im Zentrum stehen dabei die Bedürfnisse des einzelnen Patienten im Kontext der Begleitumstände und Ko-Morbiditäten. Gelingt es mittels der gemeinsam definierten Abklärungs- und Behandlungsschritte, das gemeinsam definierte Ziel zu erreichen? Dieses Instrument soll schliesslich Best-Practice-Empfehlungen ermöglichen, welche auf Alltagserfahrungen basieren und so eine wertvolle Ergänzung zu den evidenzbasierten Guidelines bilden (www.saqm.ch > Qualitätsprojekte > PCOR).
 3. Gemeinsame Empfehlungen zum Aufbau und Betrieb von gesundheitsbezogenen Registern
 - Register mit verlässlichen Daten werden im Gesundheitswesen immer wichtiger und mit den wachsenden Datenmengen zahlreicher. Um zur Qualitätssicherung beizutragen, haben die Organisationen FMH, ANQ, H+, SAMW und unimedsuisse gemeinsam Empfehlungen für den Aufbau und Betrieb von gesundheitsbezogenen Registern herausgegeben. Diese enthalten Mindeststandards, unter anderem zum Datenschutz und zur Datenqualität. Die Empfehlungen bieten des Weiteren Grundlagen, um die Qualität laufender sowie künftiger Register zu prüfen (www.saqm.ch > Publikationen > [Empfehlungen Register](#)).
 4. Interprofessionelle Peer Review-Verfahren
 - Hierbei geht es um ein national einheitliches interprofessionelles Peer Review-Verfahren, das sich bei statistischen Auffälligkeiten durchführen lässt: Die Spitäler analysieren gemeinsam mit externen Peers (Fachkollegen) Patientenakten, um Behandlungsabläufe zu verbessern. Der interprofessionelle Ansatz erlaubt es, neben spital- und fachübergreifenden Lösungen zur Steigerung von Qualität und Patientensicherheit auch berufsübergreifende Verbesserungen zu erarbeiten.
 5. Ideelle und finanzielle Projektunterstützung der Stiftung für Patientensicherheit
 - Als Gründungsmitglied unterstützt die FMH die Stiftung für Patientensicherheit ideell und finanziell. In den Jahren 2015/2016 stand dabei

die Patientensicherheit bei der Versorgung psychisch erkrankter Menschen im Zentrum. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz führte das Projekt «Patientensicherheit in der psychiatrischen Versorgung – Bestandsaufnahme und Aktionsplan» durch. Der Aktionsplan zeigt auf, was die nächsten Schritte zur Verbesserung der Patientensicherheit in der psychiatrischen Versorgung in den kommenden Jahren sein müssen. Um für das Thema zu sensibilisieren und tatsächlich Wirkung zu erzielen, hat die Stiftung den [Aktionsplan 2016](#) schweizweit in drei Landessprachen bei wichtigen Berufsverbänden, Fachgesellschaften und Weiterbildungsorganen bekannt gemacht. Aktuell unterstützt die FMH/SAQM ein Projekt zu den MoMo-Konferenzen.

Qualitäts-Charta SAQM

Die Qualitäts-Charta hält politische Grundsätze für Qualität in der Medizin schriftlich fest. Sie wurde in einem zweijährigen Prozess von den Delegierten des Forum Qualität der SAQM entwickelt und richtet sich an Ärzteorganisationen. Mit der freiwilligen Unterzeichnung der Charta bekennen sich diese zu Kooperation und Vernetzung in Qualitätsfragen in der Schweiz. Die Charta baut auf drei Pfeilern auf: Erstens Transparenz, d.h. Chartamitglieder machen ärztliche Aktivitäten zur Förderung der Qualität in der Medizin sichtbar. Zweitens Verbindlichkeit, d.h. sie entwickeln eine Qualitätsstrategie und evaluieren die Arbeiten regelmässig in einem Qualitätsbericht. Sowie drittens Nachhaltigkeit, d.h. Chartamitglieder stellen Qualitätsentwicklung sicher.

2016 wurde die Charta in den in der Ärztekammer vertretenen Organisationen breit vernehmlasst und verabschiedet. Die Erst-Unterzeichnung für die Qualitäts-Charta fand anlässlich der Ärztekammer im Oktober 2016 statt. 69 Ärzteorganisationen haben die Qualitäts-Charta SAQM bis jetzt unterzeichnet. Die FMCH und viele der chirurgisch und invasiv tätigen Fachgesellschaften haben sich für die Qualitäts-Charta der SAQM ausgesprochen. Auf der [Webseite](#) sind alle unterzeichneten Organisationen aufgeführt. Für sie gilt es nun, die Inhalte der Qualitätscharta mit einer Qualitätsstrategie und einem ersten Qualitätsbericht umzusetzen. Die Unterzeichnung der Qualitäts-Charta ist und bleibt freiwillig und ist weiterhin jederzeit möglich.

Verschiedene SAQM-Vorlagen für eine Qualitätsstrategie und für einen Qualitätsbericht sowie weitere Informationen zur Qualitäts-Charta SAQM sind auf der Webseite der SAQM zugänglich (www.saqm.ch > [Qualitäts-Charta](#)).

Innovation Qualité

Innovation Qualité heisst der neue Preis der Schweizerischen Akademie für Qualität in der Medizin der FMH. Die SAQM prämiert damit Qualitätsprojekte aus dem Schweizer Gesundheitswesen, die sich in der Praxis bewährt haben und verschafft

1 Qualität in der Medizin



Abbildung 1.1: Erstunterzeichnung der Qualitäts-Charta anlässlich der Ärztekammer vom Oktober 2016

der Fachdiskussion zukunftsweisende Impulse. Die Preiskategorien *Patientenversorgung neu gedacht* und *Patientensicherheit* sind mit je 15'000 Franken, die Kategorie *Ärzteorganisationen* mit 10'000 Franken dotiert. Die Preisverleihung findet am 17. April 2018 in Bern statt. Weitere Informationen finden Sie auf www.innovationqualite.ch.

Jetzt Projekt einreichen - bis 08.12.2017

Zukunftsweisende Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen gehört aufs Podest. Gewinnen Sie die Innovation Qualität, den neuen Preis für Qualität in der Medizin! Melden Sie Ihr Projekt an auf www.innovationqualite.ch.

Ausblick

Die SAQM macht sich weiterhin im Dienste der Ärzteschaft mit spannenden Projekten und Themenschwerpunkten für die Qualität in der Medizin stark.

- So begleitet die SAQM die Umsetzung der Qualitäts-Charta. Unter anderem bietet sie hierfür einen „Quality Support“ an. Damit unterstützt sie die unterzeichnenden Organisationen darin, ihre Qualitätsstrategie zu entwickeln und über ihre qualitätsfördernden Aktivitäten zu berichten. Denn viele Inhalte existieren bereits. Bei manchen Organisationen geht es nun noch darum, strukturiert explizit zu machen, was bereits geleistet wird.
- Die SAQM erarbeitet regelmässig Grundlagenpapiere zu verschiedenen Qualitätsthemen, ausgehend vom aktuellen Stand der Wissenschaft. Sie werden regelmässig in der Schweizerischen Ärztezeitung veröffentlicht. Die FMH nimmt auf Basis dieser Grundlagenpapiere mit den „Positionen der FMH“

öffentlich Stellung zum Thema. 2016 sind Grundlagen- und Positionspapiere zu den Themen „**Overuse** – unnötige Behandlungen als Qualitätsproblem“ und „**Choosing Wisely** – für weniger unnötige Leistungen“ entstanden.

- Alle diese, sowie die bereits laufenden oder abgeschlossenen Projekte bilden zusammen mit der Vernetzungsarbeit der SAQM die Grundlage, auf welcher die FMH sich auch beim Gesetzgebungsprozess im Rahmen der Änderung KVG für die „Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit“ einbringt.

Das grosse Spektrum der Projekte und Tätigkeiten der SAQM zeigen, dass sie in einem breiten Feld unseres Gesundheitswesens aktiv ist und als Ansprechpartnerin für Qualitätsthemen in der Medizin wahrgenommen wird. Im Zentrum der Arbeiten steht der Mehrwert, den kompetente Qualitätsarbeit für Patienten, Angehörige und Ärzte schafft.

SAQM-Dienstleistungen für Qualität

Die Dienstleistungen der SAQM stehen den Ärzte- und Partnerorganisationen sowie auch Einzelpersonen und Dritten zur Verfügung. In folgenden Bereichen kann eine Unterstützung durch die SAQM beantragt werden:

- Vernetzung und Koordination in medizinischen Qualitätsfragen;
- Fachliche Unterstützung zu Qualitätsfragen;
- Eingabe neuer Themen;
- Punktuelle finanzielle Unterstützung.

Seit der Gründung der SAQM vor vier Jahren sind über 60 Anträge eingereicht und bearbeitet worden. Weitere Informationen erhalten Sie hierzu auf der SAQM-Website unter der Rubrik „Unterstützung“ (www.saqm.ch > Dienstleistungen > [Unterstützung](#)).

SAQM-Newsletter

Der SAQM-Newsletter informiert Sie ca. 5- bis 6-mal jährlich per E-Mail über Projekte, Arbeiten und neuste Publikationen der SAQM. Wir freuen uns über Ihr Interesse und Ihre Anmeldung via saqm@fmh.ch.

1.3 Was kostet Qualität – Politische und ökonomische Aspekte in der Medizin

Markus Trutmann

Gesundheitspolitik

Gegenwärtig entwickeln Bund, Parlament (SGK-N) und Kantone (GDK) unterschiedliche Strategien zur Qualitätssicherung. Hier ein kurzer Überblick über die laufenden Projekte:

Bund: Die bisherige Strategie, ein nationales Qualitätszentrum zu errichten, ist im Parlament gescheitert. In seiner Strategie hatte der Bund Qualitätssicherung und HTA vermischt, was zusammen mit der Finanzierungsfrage dem Ganzen den Gnadentoss versetzt hatte. Mit dem Scheitern dieser Strategie war die weitere finanzielle Beteiligung des Bundes an der Stiftung für Patientensicherheit zeitweise gefährdet. Neuen Informationen zufolge haben sich Bund und Kantone bereit erklärt, eine Übergangsförderung der Stiftung bis 2020 zu leisten. Es ist zu hoffen, dass ein dauerhafter und belastbarer Finanzierungsmodus dieser wichtigen Organisation gefunden werden kann.

Parlament: Die Sozial- und Gesundheitskommission des Nationalrates SGK-N ist seit mehreren Monaten daran, eine Gesetzesvorlage zur Qualitätssicherung zu entwickeln. Dem Vernehmen nach wird die Vorlage eine klare Aufgabenteilung zwischen Kantonen (qualitätssichernde Mindeststandards) und Tarifpartnern (über Mindeststandards hinausgehende Qualitätskriterien) vorschlagen. Ausserdem sollen Anreize geschaffen werden, damit die Tarifpartner die bisher unerfüllte Forderung des KVG, Tarifverträge mit Qualitätssicherung zu verknüpfen, umsetzen. Der Entwurf wird vermutlich Ende 2017 oder anfangs 2018 bekannt gegeben und anschliessend in den Räten behandelt werden.

GDK: Die Gesundheitsdirektoren-Konferenz GDK stützt ihre Qualitätsstrategie auf die schon bestehenden Qualitäts-Organisationen ANQ und Stiftung für Patientensicherheit ab. Gemäss etablierter Qualitäts-Terminologie deckt der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ den Bereich der Ergebnisqualität und die Stiftung für Patientensicherheit den Bereich der Prozessqualität ab. Die Strategie der GDK kommt der seit vielen geführten Strategie der FMCH am nächsten.

Gesundheitsökonomie

Finanzielle Anreize

Aus Sicht der FMCH ist das Gesundheitssystem so einzurichten, dass das Geld der Qualität folgt. Dazu müssen entsprechende Anreize gesetzt werden. Das fängt bei den Tarifsystemen an. Mit pauschalierten Tarifsystemen wird ein Anreiz für gute Prozessqualität gesetzt. Dies konnte im stationären Bereich beobachtet werden, wo die Einführung des Fallpauschalensystems «SwissDRG» zu zahlreichen Massnahmen zur Verbesserungen der Patientensicherheit geführt haben, wie zum Beispiel Checklisten und das Programm «Safe Surgery Saves Lives». Die FMCH ist überzeugt, dass Pauschaltarife auch im ambulanten Bereich sinnvoll sind und die Qualität fördern würden. Dies ist besonders dann der Fall, wenn die Pauschalen mit Qualitätskriterien hinterlegt werden, wie dies auch beabsichtigt ist.

Kosten und Nutzen

Kosten und Nutzen qualitätssichernder Massnahmen zu beziffern und in Relation zu setzen, beinhaltet mehrere methodische Schwierigkeiten. Beispielsweise sind neben direkten auch indirekte Kosten wie Produktivitätsverluste zu erfassen und zu bewerten. Bei der Beurteilung des Nutzens für den Patienten stehen objektive und subjektive Messkriterien zur Verfügung. Auf der Grundlage dieser Möglichkeiten können Kosten-Nutzen-Analysen durchgeführt werden. Studien dieser Art werden für Qualitätsprogramme aber eher selten durchgeführt. Die nachfolgenden Ausführungen beschränken sich deshalb auf Einschätzungen.

Die Qualitätsdimension «Strukturqualität» umfasst berufliche Qualifikationen wie beispielsweise die ärztliche Weiterbildung, aber auch die Infrastruktur von Arztpraxen und Spitälern. Was ärztliche Weiterbildung kostet, ist Gegenstand intensiver Diskussionen und kann nicht abschliessend beurteilt werden. Es besteht aber keinen Zweifel daran, dass die Ausbildung von Fachärzten zu einer substantiellen Belastung von Spitalbudgets führt. Auf der anderen Seite ist es genauso unbestreitbar, dass das in der Schweiz etablierte Kontinuum von Aus-, Weiter- und Fortbildung einen entscheidenden Anteil an der qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung der Bevölkerung hat. Problematischer fällt die Beurteilung aus, inwiefern eine hochdotierte Ausstattung von Praxis- und Spitalinfrastrukturen in einer positiven Beziehung zu den Behandlungsergebnissen steht. Ob Forderungen nach hoher Strukturqualität tatsächlich immer dem Patientenwohl dienen oder ob sie nur den Strukturert halt bezwecken, ist im Einzelfall nicht einfach zu entscheiden und deshalb jeweils kritisch zu hinterfragen.

Die Qualitätsdimension «Prozessqualität» steht in direktem Zusammenhang mit den am jeweiligen Prozess entstehenden Kosten. Durch eine Optimierung der Pro-

zessqualität lassen sich direkte und indirekte Kosten verringern. Wer seine Prozesse im Griff hat, kann Komplikationen wie Seitenverwechslungen oder Spitalinfekte vermeiden. Auf diese Weise profitieren der Patient und «die Ökonomie» gleichermassen. Unter dem Regime von Pauschaltarifen sind ausserdem Effizienzgewinne möglich, welche die verbesserte Prozessqualität belohnen.

Die Qualitätsdimension «Ergebnisqualität» (outcome) steht in unterschiedlicher, nicht eindeutiger Relation zu den Ressourcen, die zu deren «Herstellung» notwendig sind. Weniger kann mehr bedeuten, mehr kann aber auch mehr bedeuten, je nach Fall. Besonders problematisch ist die Situation, wenn der Grenznutzen mit zunehmenden Mitteln abnimmt. Wann ist ein knapp noch messender Qualitätszuwachs zu rechtfertigen, wenn dazu ein unverhältnismässig grosser Ressourcenverbrauch notwendig ist? Diese Frage lässt sich aus rein medizinischer Sicht nicht beantworten. Hier sind ökonomische, ethische und politische Betrachtungsweisen hinzuzuziehen.

Für die chirurgisch und invasiv tätigen Fachgesellschaften bildet die Qualitätsdimension der «Indikationsqualität» gewissermassen das Filet-Stück der Qualitätssicherung. Bei der Bemessung der Indikationsqualität entscheidet sich die Frage, ob und in welchem Umfang das Behandlungsziel erreicht wurde. Es versteht sich von selbst, dass Qualitätsprogramme zur Messung der Indikationsqualität den grössten Einfluss auf die Gesundheitskosten haben werden. Denn auf diese Weise lässt sich die Anzahl «unnötiger Eingriffe» zweifellos noch weiter senken.

1.4 Der Schweizer Eid

Bernhard Egger

Am 22. November 2015 publizierte die deutsche Wochenzeitung DIE ZEIT einen ausführlichen Artikel mit dem Titel *Zeit für einen neuen Eid*. Veranlasst wurde diese Publikation durch das Modell eines neuen Eides für Ärztinnen und Ärzte, das von einer Arbeitsgruppe des Instituts Dialog Ethik in Zürich in der Schweizerischen Ärztezeitung (25/17.6.2015) und in der hauseigenen Zeitschrift Thema im Fokus (121/Juni 2015) der Öffentlichkeit vorgelegt worden war. Einerseits soll dieser Eid/dieses Gelöbnis Ärztinnen und Ärzte vor berufsfremden und die Ehre des Berufs schädigenden Verhaltenserwartungen schützen, andererseits sollen damit v.a. aber auch die Patienten geschützt werden. Angesichts starker Tendenzen zur Ökonomisierung im Gesundheitswesen hat dieser modernisierte Eid bzw. dieses Gelöbnis die Funktion, das ärztliche Ethos zu schützen und zu stärken, die Würde des Arztberufs und dessen Verantwortung gegenüber den Patientinnen und Patienten zu verteidigen und damit die humane Ausrichtung des Berufs zum Ausdruck zu bringen. Damit ist dieser Eid/dieses Gelöbnis nicht zuletzt auch auf die Sicherstellung und Verbesserung der Indikations- und Behandlungsqualität von Patientinnen und Patienten ausgerichtet. Der Eid/das Gelöbnis wird angesichts der Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte bzw. als Mitglied dieses Standes abgelegt und setzt keinerlei religiöse oder weltanschauliche Bekenntnis voraus.

Selbstverständlich beruht die Eidablegung auf Freiwilligkeit. Eine erfolgreiche Implementierung des medizinischen Ethos, das in dem Eid /dem Gelöbnis enthalten ist, setzt allerdings voraus, dass die jeweilige Institution, in der die Eid-/Gelöbnisablegenden ihre Arbeit verrichten, die Eidablegung unterstützt und fördert. So kann sich eine Institution auch dazu entschliessen, die Eidablegung bei Neueinstellungen zum Gegenstand des Arbeitsvertrags zu machen. Dies geschieht erneut vor allem zum Schutz der eidablegenden Person. Diese ist dadurch Repräsentant einer Institution, die sich ihrerseits zu den Massstäben des ärztlichen Ethos bekennt und gewillt ist, dieses zu ihrem eigenen Leitbild zu machen.

Nun, dieses Eid- bzw. Gelöbnis-Modell der Arbeitsgruppe hat in der Folge eine große in- und ausländische Resonanz mit unzähligen Diskussionen, Leserbriefen und Publikationen hervorgerufen, welche letztendlich auch zu der jetzigen Fassung geführt hat (www.dialog-ethik.ch/der-eid/).

Die FMCH hat als erste grosse Dachorganisation die Wichtigkeit dieses neuen Eides erkannt und anlässlich ihrer Plenarversammlung vom 4. Dezember 2015 beschlossen, die Bekanntmachung und Einführung des Schweizer Eids zu unterstützen. Mittlerweile haben verschiedenste Fachgesellschaften, wie die Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie (Generalversammlung Juni 2016), die Schweize-

1 Qualität in der Medizin

rische Gesellschaft für Kardiochirurgie (September 2016), die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (Frühjahr 2017) sowie verschiedene Spitäler und letztendlich auch die FMH selbst (Delegiertenversammlung vom 29. Juni 2017) beschlossen, die breitflächige Implementierung des Eids /des Gelöbnisses zu unterstützen.

Die FMCH ist, zusammen mit ihrem Vizepräsidenten Bernhard Egger (gleichzeitig Gründungsmitglied der Eid-Arbeitsgruppe des Instituts Dialog Ethik), überzeugt, dass der Schweizer Eid auch ein äusserst taugliches Mittel zur Qualitätsförderung und -sicherung in der Medizin ist und räumt deswegen der nun breiten Implementierung des Eids/des Gelöbnisses eine hohe Priorität ein. Sie wird sich dabei nicht nur bei der weiteren Bekanntmachung, der Motivierung von weiteren Fachgesellschaften und anderen Institutionen zur Unterstützung des Eids, sondern auch aktiv bei der nun anstehenden Implementierung einsetzen.

2 Qualität durch ärztliche Aus-, Weiter und Fortbildung

2.1 Ärztliche Aus-, Weiter, und Fortbildung

Jürg Hafner, Josef E. Brandenburg

Ausbildung

Unter ärztlicher Ausbildung versteht man das Medizin-Studium. Voraussetzung ist die bestandene Matura-Prüfung. Zusätzlich müssen sich die Studienanwärter der Universitäten der Deutschschweiz dem so genannten Numerus Clausus unterziehen. Lediglich 25% der Bewerber erhalten einen „Anfängerplatz“. Nicht ohne Grund wird diese zusätzliche Aufnahmeprüfung kritisiert, da sie nicht wirklich die Eignung für den Arztberuf testet, sondern die Fähigkeit, ein Medizinstudium durchstehen zu können. Nach der Zulassung folgen mehrere Zwischenprüfungen, die zusätzlich selektionieren. Über 20-25% der Studentinnen und Studenten brechen ab und wechseln in ein anderes Studienfach.

Insgesamt beinhaltet das Schweizer Medizinstudium rund 5500 Lektionen, zur Hälfte Theorie und zur Hälfte praktischer Unterricht am Patienten. Zum Vergleich absolvieren Studentinnen und Studenten in gewissen EU-Ländern rund 1500 Lektionen - beschränkt auf Theorie ohne Praxis.

Weiterbildung zur Fachärztin / Facharzt

Nach dem Staatsexamen schliesst sich die Weiterbildung zum Facharzt an. Die Weiterbildung erfolgt berufsbegleitend als Assistenz-Ärztinnen und -Ärzte in den anerkannten Weiterbildungsstätten. Das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung SIWF – hervorgegangen aus der FMH – ist vom Bund mit der Durchführung der ärztlichen Weiterbildung beauftragt. Das Institut selber wird in regelmässigen Abständen durch eine internationale Wissenschaftskommission beurteilt.

Weiterbildungsprogramme

Unter der Leitung des SIWF legen die Fachgesellschaften die spezifischen Weiterbildungsprogramme fest. Die Lerninhalte und die Dauer zwischen 5 bis 8 Jahre werden für jede Spezialität definiert.

Lerninhalte sind die Untersuchung, Beratung und Behandlung der Patienten, die Durchführung von Konsilien, die Begutachtung, die Ausführung von wissenschaftlichen Arbeiten. Die Weiterbildungsprogramme der operativ und invasiv tätigen Fachgesellschaften beinhalten zudem Mindest-Zahlen für Eingriffe, die Facharzt-Anwärter selbständig durchgeführt haben müssen.

Für operativ und invasiv tätige Fächer sind so genannte Fremdjahre erforderlich. Im Rahmen des so genannten „Common Trunk“ wird für chirurgische Spezialfächer wie z.B. Urologie und Kinderchirurgie eine 2-jährige allgemein-chirurgische Grundausbildung verlangt, die mit einem theoretischen Basisexamen abschliesst, wie Kenntnisse der Wundheilung, der Sterilitätskriterien und der Hygiene im Spital.

Weiterbildungsstätten

Anerkannte Weiterbildungsstätten sind Kliniken und Abteilungen der Spitäler, sowie Arztpraxen. Die Fachgesellschaften beantragen zuhanden des SIWF die Anerkennung der Weiterbildungsstätten.

Grösse und Infrastruktur einer Klinik oder Abteilung, der akademische Grad des Leiters der Weiterbildungsstätte sowie die jährlichen Fallzahlen entscheiden über Einstufung der Weiterbildungsstätte. Je nach Kategorie werden ein Jahr bis hin zur vollen Facharztausbildung anerkannt.

Das SIWF überprüft in regelmässigen Audits die Einhaltung der Vorgaben durch die Weiterbildungsstätten. Das jeweilige Visitationsteam bestehend aus einem Fachvertreter, einem Vertreter eines fachfremden Gebiets und einem Vertreter des Verbandes der Assistenz- und Oberärztinnen und Oberärzte VSAO besuchen die Weiterbildungsstätte, führen strukturierte Interviews mit der Spitaldirektion, dem Leiter der Weiterbildungsstätte, den Tutoren (Leitende Ärzte, Oberärzte) sowie den Assistenzärztinnen und -Ärzten. Im mehrseitigen Bericht schlägt das Visitations-Team dem SIWF und der Fachgesellschaft die Anerkennung der Weiterbildungsstätte vor.

Arbeitsgesetz und Qualität

Mit der Unterstellung der Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte unter dem Arbeitsgesetz wurde die wöchentliche Arbeitszeit auf 50 Stunden begrenzt. Auch

sind Vorgaben über Maximal-Einsätze pro Tag und die dabei einzuhaltenden Pausen gesetzlich festgeschrieben.

In den operativen und invasiven Fachgebieten führt diese strikte Anwendung des Arbeitsgesetzes zu Engpässen bei der Weiterbildung, was z.B. eine kontinuierliche Betreuung und Behandlung der Patienten nicht mehr gewährleistet. Leidtragende sind nebst den Patienten die jungen Ärztinnen und Ärzte, da die in den Weiterbildungsprogrammen verlangten Mindestzahlen an Eingriffen nicht mehr in der festgelegten Weiterbildungszeit absolviert werden können.

Als Konsequenz wird die Weiterbildungsdauer verlängert, falls keine Abstriche an den in den Weiterbildungsprogrammen festgelegten Mindest-Fallzahlen gemacht werden sollen. Solche Abstriche würden zu einem deutlichen Qualitätsabbau führen.

Facharzt-Prüfungen

Die Weiterbildung wird mit der Facharztprüfung abgeschlossen. Die Fachgesellschaften führen im Auftrag des SIWF die Prüfungen durch. In ganztägigen Multiple Choice- Prüfung wird das theoretische Fachwissen getestet. Bei Bestehen folgt der mündlich-praktische Teil mit klinischen Fallpräsentationen und mit Demonstration der anatomischen und chirurgischen Kenntnisse.

Kontinuierliche Fortbildung

Das Medizinalberufegesetz verpflichtet die Ärztinnen und Ärzte im Art. 40 MedBG zu lebenslangen kontinuierlichen Fortbildung. Längst vor dieser gesetzlichen Vorschrift haben die medizinischen Fachgesellschaften ihre Mitglieder zur kontinuierlichen Fortbildung verpflichtet. Die daraus hervorgegangenen Fortbildungsreglemente werden laufend angepasst und vom SIWF überprüft.

Fortbildungsveranstaltungen wie Kongresse und Symposien werden von den Fachgesellschaften und dem SIWF mit Fortbildungspunkten bewertet. Die Besucher erhalten Zertifikate mit der Punktzahl.

Innerhalb einer definierten Zeitspanne (2-3 Jahre) haben die Fachärztinnen und Fachärzte die Erfüllung der Fortbildungspflicht mit Angabe der Anzahl der Fortbildungs- Punkten auszuweisen.

Einzelne FMCH-Fachgesellschaften führen freiwillige Re-Zertifizierungen, z.B. mit regelmässiger Wiederholung der Facharztprüfungen zur Erneuerung des Fähigkeitsausweises, durch.

2.2 Zulassung von Leistungserbringern – ein Qualitätsthema?

Jürg Schlup, Nora Wille

Wie nicht zuletzt dieser jährlich publizierte Qualitätsbericht der FMCH zeigt, ist es nicht nur im praktischen Berufsalltag, sondern auch auf standespolitischer Ebene ein Kernanliegen von Ärztinnen und Ärzten, die Qualität der Medizin zu sichern und zu fördern. Was schon immer in selbstverständlicher Art und Weise Teil ärztlichen Handelns war, ist in den letzten Jahren zunehmend in den Fokus von Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit geraten und wird – erfreulicherweise – immer besser erforscht und systematischer überprüft. Die FMH begrüsst diese Entwicklung im Sinne des Nutzens für Patientinnen und Patienten sehr und befördert darum schon lange proaktiv und als zentraler Akteur die Koordination und Weiterentwicklung von Aktivitäten zur Sicherstellung und Erfassung von Behandlungsqualität.

Wie in diesem Bericht auch von Bosshard et al. dargelegt, haben diese Aktivitäten seit November 2012 mit der von der FMH gegründeten Schweizerischen Akademie für Qualität in der Medizin SAQM auch eine institutionelle Verankerung gefunden. Ihr Tätigkeitsspektrum ist breit: neben Aktivitäten wie der Prämierung praxiserprobter Qualitätsprojekte des Schweizer Gesundheitswesens oder der Verpflichtung von aktuell 69 unterzeichnenden Ärzteorganisationen - darunter die FMCH – auf eine Qualitätscharta, fördert die SAQM die medizinische Qualität durch eigene Projekte sowie durch die Unterstützung und Begleitung externer Projekte. Sie erarbeitet und publiziert Grundlagen zu wichtigen Qualitätsthemen und bietet darüber hinaus auch spezialisierte Dienstleistungen an, indem sie Qualitätsaktivitäten vernetzt und koordiniert und bei Fragen fachliche Unterstützung bietet.

Wie die Zulassung von Ärzten die Behandlungsqualität beeinflusst – und wie nicht

Da unser heutiges System der Zulassungsbeschränkung für neue, praxisambulant tätige Ärztinnen und Ärzte am 30. Juni 2019 auslaufen wird und nun eine dauerhafte, definitive Regelung beschlossen werden soll, gilt es aktuell den Bezug dieser breit gefächerten Qualitätsaktivitäten bzw. des Themas Qualität im Allgemeinen zur Zulassung von Ärztinnen und Ärzten aufweisen. Die Bezüge sind vielfältig, ich möchte hier jedoch vor allem zwei wichtige Aspekte herausgreifen:

1. In der Argumentation für Zulassungsbeschränkungen wird in der Regel behauptet, dass eine höhere Ärztezahl zur Mengenausweitung führen würde.

Das hier pauschal unterstellte Erbringen überflüssiger Leistungen wäre ein ernstzunehmendes Problem der Behandlungsqualität. Da die Grundlagenarbeiten der SAQM aber auch andere interessante Publikationen ein deutlich differenzierteres Bild zeichnen, soll dies nachfolgend wenigstens kurz umrissen werden.

2. Eine zentrale Voraussetzung für qualitativ hochstehende medizinische Behandlungen ist die Qualifikation der behandelnden Ärzte. Einen entsprechend hohen Standard von Aus-, Weiter- und Fortbildung – sowie auch die Integration von Qualitätsthemen in diesen Bildungsabschnitten – gewährleisten unsere Universitäten und das SIWF, auch unterstützt durch Arbeiten der SAQM. Zudem garantiert die bislang gültige Zulassungsregelung, dass jeder freipraktizierende Arzt seinen Beruf zuvor mindestens drei Jahre lang an einer anerkannten Schweizerischen Weiterbildungsstätte ausgeübt hat – und folglich mit unserem Gesundheitswesen vertraut ist. Auch auf die Bedeutung solcher Qualitätskriterien möchte ich unten eingehen.

„Zwischen Ärztedichte und ärztlichen Leistungen am Patienten besteht keine Korrelation!“[1]

Obwohl weitgehend unbestritten ist, dass das Kostenwachstum im Gesundheitswesen im Wesentlichen der demographischen Entwicklung und dem medizinischen Fortschritt geschuldet ist, und obwohl die Verlagerung von stationär zu ambulant ein allgemein anerkanntes Ziel ist, wird freipraktizierenden Ärzten in der Zulassungsdiskussion gerne unterstellt, sie würden das Kostenwachstum befördern. Insbesondere die „Spezialistenflut“ würde die Kosten in die Höhe treiben. Träfe die Behauptung zu, dass die steigenden Ärztedichten zu mehr unnötigen, weil vorrangig finanziell motivierten, Behandlungen führen, hätten wir ein ernsthaftes Qualitätsproblem.

Tatsache ist jedoch, dass die gesamtschweizerische Dichte an Spezialärzten zwischen 2008 und 2015 um lediglich 4% gestiegen ist, die der (dringend benötigten) Grundversorger hingegen um 20% [1]. Gerade bei den Grundversorgern ist jedoch keinerlei Zusammenhang zwischen der Dichte der Hausärzte und den von ihnen verrechneten Taxpunkten pro Patient festzustellen [1]. So illustriert die Helsana: *„Die Ärztedichte bei den Grundversorgern ist schweizweit in Baselland die tiefste. Pro Patient werden dort relativ viele Leistungen der Grundversorgung erbracht. Die höchste Dichte ist im Kanton Schwyz mit einem mehr als zweieinhalbmal höheren Dichtewert zu beobachten. Erstaunlicherweise sind die Leistungen pro Patient ähnlich hoch wie in Baselland.“* [1]

Die innerhalb der Schweiz seit weit über hundert Jahren gleichförmigen Unterschiede der Ärztedichte, mit Kantonen wie Basel-Stadt und Genf an der Spitze und Appenzell-Innerhoden am Ende [2], lassen auch aufgrund der Versorgungs-

sektoren keine einfachen Schlussfolgerungen zu. So könnten sich z.B. die wichtigsten Kostenfaktoren der beiden teuersten Kantone Basel-Stadt und Genf nicht stärker unterscheiden: Während Basel pro Patient durchschnittliche Arztkosten aber die höchsten Spitalkosten aufweist, verhält es sich Genf genau umgekehrt [1]. Und auch die datenbasierte Vermutung der Helsana, dass mehr Leistungen freipraktizierender Ärzte mit weniger Leistungen der Spitalambulanzen einhergehen [1], gibt zu denken. Denn dies würde belegen, dass sich die Kantone mit dem aktuellen bundesrätlichen Gesetzesentwurf zur Zulassung von Ärzten der eigenen Konkurrenz entledigen könnten indem sie die Zahl freipraktizierender Ärzte reduzieren und den Ausbau ihrer Spitalambulanzen vorantreiben.

Derlei Zulassungsregulierungen und Interessenskonflikte lassen weder höhere Qualität noch niedrigere Kosten erwarten. Da eine Konsultation beim Grundversorger im Durchschnitt 99 Franken kostet, im Spitalambulatorium jedoch 276 Franken [3] wäre eher eine Zu- als eine Abnahme von Overuse zu befürchten. Wie Overuse gemindert und die Behandlungsqualität gesteigert werden kann, ist ein Thema, dem sich die SAQM – und andere Akteure – schon lange intensiv widmen [4]. Die Analysen zeigen, dass die Gründe sehr vielschichtig sind – und eine Regulierung der Ärztedichte keine Lösung bieten kann. Und aufgrund des nachweislich schwachen Zusammenhangs zwischen Arztdichte einerseits sowie Spital- und Arztkosten andererseits fasst die Helsana auch in Hinblick auf die Kosten zusammen: „Die Ärztedichte ist als Mengen- und Steuerungsinstrument ungeeignet.“ [1]

Qualität basiert auf Qualifikation

Wenn sich mittels Zulassungssteuerung also keine Einsparungen erzielen lassen, stellt sich die Frage, was diese Regulierung im Kern leisten soll. Die Antwort liegt aus Sicht der FMH auf der Hand: Sie muss in erster Linie Qualitätsstandards setzen ohne weitere Bürokratie zu verursachen. Zudem sollte sie einen bedarfsgerechten Fachdisziplinen-Mix unterstützen. Darüber hinaus muss die Regelung der Tatsache Rechnung tragen, dass wir dringend auf ausländische Kollegen angewiesen sind: Ein Drittel der in der Schweiz tätigen Ärzte und Ärztinnen stammt aus dem Ausland. Und eine weitere Besonderheit unserer Nachwuchs-Situation gilt es zu berücksichtigen: Die Verteilung der in der Schweiz weitergebildeten (ausländischen und schweizerischen) Fachärzte auf die Disziplinen ist seit Jahrzehnten weitgehend unverändert und bedarfsgerecht. Unter den Kollegen, die bereits als Fachärzte zuwandern, sind die Disziplinen jedoch ganz anders verteilt: so kamen z.B. zwischen 2009 und 2014 auf einen in der Schweiz weitergebildeten Dermatologen, Augenarzt oder Urologen jeweils zwei Fachärzte, die diese Titel aus dem Ausland mitbrachten. Gleichzeitig kam auf vier in der Schweiz weitergebildete Fachärzte der Allgemeinen Inneren Medizin nicht einmal ein Facharzt aus dem Ausland.

Die aktuell gültige Zulassungsregelung wird diesen Ansprüchen weitgehend gerecht: sie gibt den Kantonen Steuerungsoptionen an die Hand, nimmt jedoch Ärztinnen und Ärzten, die über drei Jahre hinweg ihre ärztliche Tätigkeit an einer schweizerischen anerkannten Weiterbildungsstätte ausgeübt haben, von kantonalen Steuerungsmassnahmen aus. Diese Regelung gewährleistet nicht nur Behandlungsqualität, da alle – auch die aus dem Ausland zugezogenen – Fachärzte sich über drei Jahre hinweg mit unserem Gesundheitswesen vertraut gemacht haben, bevor sie eine Praxis eröffnen. Sie nimmt überdies einen positiven Einfluss auf den Fachdisziplinen-Mix, weil das Stellenangebot an den Weiterbildungsstätten regulierend wirkt.

Dass die Verstetigung dieser Regelung im Dezember 2015 im Parlament haarscharf mit 96 zu 97 Stimmen scheiterte, legt nach Auffassung der FMH nah, die damals so knapp gescheiterte, bewährte Regelung mit gezielten Verbesserungen zum Erfolg zu führen. Darum schlagen wir für eine administrationsarme Zulassungssteuerung drei einfach umsetzbare Qualitätskriterien vor: (1) Eine dreijährige ärztliche Tätigkeit in der für die Zulassung beantragten Fachdisziplin an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte. So würde weiterhin die Kenntnis unseres Gesundheitswesens sichergestellt, und aufgrund der Verschärfung „in der für die Zulassung beantragten Fachdisziplin“ könnte mit der indirekten Regulierung über das Stellenangebot eine bedarfsgerechte Verteilung der Fachdisziplinen noch besser erreicht werden. Verlangt man für eine Zulassung ausserdem die Überprüfung von (2) Fortbildung und (3) Sprachkompetenz lässt sich mit Hilfe der Steuerung nach Qualitätskriterien die Behandlungsqualität verbessern und die Patientensicherheit erhöhen.

Inakzeptabel erscheint uns hingegen eine Reduktion der aktuellen Anforderungen wie in dem vom Bundesrat vorgeschlagenen - zudem administrativ aufwendigen - Zulassungsprozedere vorgesehen. So sieht der Entwurf vor, dass neu die bisher durch dreijährige ärztliche Tätigkeit nachzuweisende Kenntnis unseres Gesundheitswesens durch eine theoretische Prüfung ersetzt werden kann. Jeder, der einmal im Ausland gearbeitet oder ein anspruchsvolles Praktikum absolviert hat, weiss, dass er sich innerhalb des ersten Arbeitsmonats mehr Praxiswissen aneignen konnte als er sich je für eine Prüfung angelesen hat.

Auch Vertragsfreiheit unterläuft die Basis für gute Behandlungen

Neben den bereits angesprochenen Aspekten soll hier noch – aus aktuellem Anlass – beleuchtet werden, wie eine Zulassung per Vertragsfreiheit Einfluss auf die Behandlungsqualität nehmen könnte. Die Initiative 17.442 der nationalrätlichen Gesundheitskommission fordert nämlich nicht nur kantonale Festlegungen der Anzahl ambulanter Leistungserbringer, sondern verlangt zusätzlich „Zulassungsverträge“ mit den Krankenversicherern als Voraussetzung einer Tätigkeit zulas-

ten der OKP. Die von Kassenvertretern gerne vorgebrachte Behauptung, dass eine Vertragsfreiheit die Qualität steigern würde, weil die Versicherer die Ärzte auswählen würden, ist völlig abwegig: Der Patient selber kann seinen Arzt am besten auswählen – nicht umsonst präferieren auch unterschiedliche Patienten verschiedene Ärzte – eine gute Arzt-Patienten-Beziehung ist eine entscheidende Basis auch der Behandlungsqualität, die ohne freie Arztwahl nicht immer sichergestellt wäre.

Es ist allgemein bekannt, dass die Krankenkassen – wenn auch manche mehr und andere weniger – Risikoselektion betreiben, wenn es um Vertragsabschlüsse mit Patienten geht. Vielen scheint dennoch nicht bewusst zu sein, dass sich dieses Bestreben der Kassen nicht ändern dürfte, wenn es um Vertragsabschlüsse mit Ärzten geht. Ärzte und Ärztinnen mit einem Patientenstamm, der überproportional schwerere und komplexere Erkrankungen aufweist, hätten gegenüber den Krankenkassen also zukünftig einen schweren Stand. Dies würde auch das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient beschädigen: Wenn z.B. eine hohe Auslastung der Praxis längere Wartezeiten für Termine verursacht, würden sich ältere, chronisch und mehrfachkranke Patienten eventuell fragen, ob ihr Arzt teure Patienten wie sie nicht vielleicht motivieren möchte einen anderen Arzt – oder das Spital – aufzusuchen. Der Vorwurf der Risikoselektion würde zukünftig den Ärzten anhängen – wenn auch völlig unberechtigt.

Medizinische Qualität in der Hand von Juristen und Ökonomen?

Letztlich werfen die aktuellen Vorstösse und Vorlagen aber auch die Zulassungsdiskussion im Allgemeinen die grundsätzliche Frage auf, wem wir die Definition medizinischer Qualität zutrauen. Nachdem das Vorhaben, das BAG um ein Qualitätsinstitut mit 20 bis 30 Stellen zu erweitern, breit abgelehnt wurde, plant der Bundesrat in seiner Gesetzesvorlage nun zukünftig die „zur Qualität der Leistungserbringung notwendigen Strukturen“ festzulegen. Gleichzeitig reduziert diese Vorlage aktuelle Anforderungen an die Qualifikation (Berufserfahrung im Schweizerischen Gesundheitswesen) und legt die Zulassung neuer Ärztinnen und Ärzte in die Hände von kantonalen Behörden und Krankenkassen, also Akteuren mit finanziellen Eigeninteressen, die den Interessen des Patienten entgegenstehen. Hier wird Qualität nicht gefördert, sondern behindert. Zur Sicherung und Förderung der medizinischen Qualität braucht es in allererster Linie gute Fachleute – es gilt also die Qualifikation der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte sicherzustellen. Dass eine gut aus-, weiter- und fortgebildete Ärzteschaft in der Lage ist, qualitativ hochstehende medizinische Behandlungen zu liefern, und dass ihre Standesorganisationen gemeinsam mit vielen weiteren Partnern in der Lage sind, diesen Qualitätsanspruch kontinuierlich weiterzuentwickeln, beweisen wir in einem der weltweit besten Gesundheitssysteme Tag für Tag.

Literatur

- 1 **Helsana-Report. Ausgabenentwicklungen in der Gesundheitsversorgung. Matthias Früh, Pius Gyger, Oliver Reich. Dezember 2016.**
- 2 **Statistik Schweiz. Die Geschichte des Bundesstaats. Ärztedichte nach Kantonen. 1998, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel.**
- 3 **Tages-Anzeiger, 30. September 2017. Heinz Brand. Konkurrenz macht billiger.**
- 4 **Siehe z.B. Michelle Gerber, Esther Kraft, Christoph Bosshard. Overuse – unnötige Behandlungen als Qualitätsproblem. SAEZ 2016;97(7):236–243 oder Michelle Gerber, Esther Kraft, Christoph Bosshard. «Choosing Wisely» – für weniger unnötige Leistungen. SAEZ 2017;98(5):140–143.**

3 Ausgewählte Qualitäts-Instrumente in der Medizin

3.1 Patientensicherheit, pre-flight-check, wrong-side surgery

David Schwappach, Michele Genoni¹

Die Umsetzung von Patientensicherheits-Programmen ist eine Herausforderung. Zum einen klappt zwischen Theorie und Praxis jeweils eine Diskrepanz, zum anderen braucht die Einführung neuer Normen ein geschicktes Vorgehen, Motivation und Geduld. Patientensicherheit Schweiz setzt hier auf dreistufige Modellprogramme, die eine Sensibilisierungskampagne, praxisorientierte Empfehlungen und ein Pilotprogramm mit mehreren Kliniken beinhaltet. Zentrales Element ist dabei die Unterstützung durch fachliche Thementräger – wie beispielsweise dem Verband der chirurgisch und invasiv tätiger Ärztinnen und Ärzte (FMCH), der das erste nationale progress!-Programm Sichere Chirurgie massgeblich unterstützte. Die chirurgische Checklistewurde so erfolgreich in der Schweiz eingeführt.

Im Gesundheitswesen existieren viele wirksame Interventionen, um die Patientensicherheit zu erhöhen. So ist belegt, dass die Anwendung der chirurgischen Checkliste die unerwünschten Ereignisse im OP reduziert. Allerdings ist die Verankerung solcher neuer Prozesse in der Praxis oft schwierig und aufwendig. Folgende Faktoren sind für ein Gelingen wichtig: ein strukturiertes und interprofessionelles Vorgehen, das Engagement des Managements und der fachlichen Thementrägern, die verbindliche Beteiligung aller Mitarbeitenden, die Bereitstellung von finanziellen, zeitlichen und inhaltlichen Ressourcen und eine „gelebte“ Sicherheitskultur.

Mit den Pilotprogrammen progress! wurde in der Schweiz die Implementierung von Patientensicherheits-Programmen auf nationaler Ebene angegangen. Der Bund initiierte dies im Rahmen der nationalen Qualitätsstrategie. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz entwickelt und setzt diese Modellprogramme seither um. In einem ersten nationalen Programm hat die Stiftung von 2012

¹GENONI Michele, Prof. Dr. med., Leiter Ressort Qualität der FMCH, Chefarzt Klinik für Herzchirurgie, Triemlispital Zürich.

SCHWAPPACH David, Prof. Dr., MPH, Leiter Forschung und Entwicklung, stv. Geschäftsführer Patientensicherheit Schweiz, E-Mail: schwappach@patientensicherheit.ch, Stiftung für Patientensicherheit, Asylstrasse 77, CH-8032 Zürich.

- 2015 die chirurgische Checkliste als standardisiertes Verfahren und als neue Norm eingeführt. Zehn Schweizer Spitäler haben dafür an einem Pilotprojekt teilgenommen, gleichzeitig sensibilisierte eine schweizweite Kampagne die Fachpersonen. Das Vertiefungsprojekt verfolgt einen interprofessionellen Ansatz mit klarem Zeitrahmen, gemeinsamer Zielsetzung und verpflichtenden Aktivitäten. Die enge Vernetzung der Kliniken förderte das gegenseitige Lernen. Das dadurch gewonnene gemeinsame Grundverständnis ist eine wichtige Grundvoraussetzung für die nachhaltige Umsetzung von Patientensicherheitsprogrammen.

Ein zentraler Erfolgsfaktor des Programms war die korrekte Anwendung der Checkliste, die im Fokus stand. Eine schnelle Einführung einer Checkliste ohne begleitende Massnahmen bewirkt ein „routinemässiges Abhaken“ der Checkliste ohne die erwünschten Verbesserungen für die Patientensicherheit. Aus diesem Grund stellte die Anpassung der Checkliste auf lokale Gegebenheiten, die Vermittlung von Grundlagewissen rund um die Checkliste und das Training der Anwendung anhand von Fallbeispielen wichtige Elemente des Vertiefungsprojekts dar. Das Engagement der oberen Führungsetagen und der fachlichen Thementräger wie der Ärzteverbände erwies sich als zentral. So hat der Verband der chirurgisch und invasiv tätiger Ärztinnen und Ärzte (FMCH) das nationale progress!-Programm Sichere Chirurgie finanziell, fachlich und ideell unterstützt. Diese standespolitische Unterstützung stärkte die Gewichtung des Projekts immens, was wiederum die Akzeptanz und die Umsetzung förderte.

Die Resultate des begleitenden Monitorings zeigten beim Programmabschluss positive Veränderungen. Die Teamkommunikation und die Sicherheitskultur wurden verbessert. In einer Baseline-Erhebung wurden zu Beginn des Programms schweizweit 1'378 Personen befragt. Im Frühling 2015 untersuchte eine Follow-up-Erhebung mit 1'194 Teilnehmenden – 20% davon arbeiteten in einem Pilotspital – die Veränderungen, die im Laufe des Programms erfolgt sind. Nicht nur wurde die Checkliste beim Programmabschluss mehr als doppelt so häufig eingesetzt als zu Beginn, knapp die Hälfte der Befragten haben erlebt, dass die Anwendung der Checkliste auch einen Zwischenfall verhinderte. Um die 90% gaben an, dass damit heute mehr für Patientensicherheit getan wird, als noch vor einem Jahr. Die klinikübergreifende Evaluation soll darüber hinaus in die Entwicklung weiterer Programme zur Erhöhung der Patientensicherheit einfließen können. Das erste nationale progress!-Programm Sichere Chirurgie ist u.a. auch wegen der Unterstützung durch die FMCH ein gelungenes Beispiel für die erfolgreiche Implementierung eines Patientensicherheits-Programms.

“ Die chirurgische Checkliste reduziert die unerwünschten Ereignisse im OP. ”

“ progress!-Programm Sichere Chirurgie verbessert die Teamkommunikation und die Sicherheitskultur. ”

3.2 Arbeitsgemeinschaft für Qualität in der Chirurgie AQC

Luzi Rageth²

Vor mehr als 20 Jahren wurde die Arbeitsgemeinschaft für Qualität in der Chirurgie AQC gegründet. Mit gemeinsamen Statistiken über Patienten-Eintritte und chirurgische Eingriffe sollen Vergleiche unter den teilnehmenden Ärzten und Spitäler betreffend Qualitätssicherung ermöglicht werden. Die Statistiken sollen zu mehr Sicherheit und Transparenz in der Medizin führen.

Eine zuverlässige, modulare Technologie erlaubt das gleichzeitige, integrierte und soweit möglich automatisierte Ausfüllen mehrerer Fragebögen. AQC ermöglicht das individuelle Auswerten der Ergebnisse für jeden Teilnehmer. AQC ist ISO-zertifiziert und richtet sich strikt nach den Datenschutz- und Humanforschungsgesetzen. Der Nutzen stimmt, was sich durch eine breite Unterstützung der Teilnehmer ausdrückt.

AQC ist heute ein integriertes Qualitätssicherungssystem zur Erfassung der Indikations- und Outcomequalität. Mit strukturierten und für die Spezialgebiete adaptierten Erfassungsbögen werden gegen 1.5 Millionen Daten gesammelt und ausgewertet. Durch hohe Akzeptanz bei der Ärzteschaft in öffentlichen und privaten Spitäler wird der Erfolg des chirurgischen Handelns qualitativ und quantitativ sichtbar. Die von AQC entwickelte Technologie wird zunehmend für Spezialregister eingesetzt.

Die FMCH und verschiedene ihr angeschlossenen Fachgesellschaften, sowie Spitäler und Privatkliniken nutzen die Datenerfassung und Auswertung durch AQC.

“ Die Statistiken der AQC führen zu mehr Sicherheit und Transparenz in der Medizin. ”

“ AQC ist heute ein integriertes Qualitätssicherungssystem zur Erfassung der Indikations- und Outcomequalität. ”

²RAGETH Luzi, Dr. oec. HSG MA, Delegierter des Verwaltungsrates, ADJUMED Services AG, Bir-mensdorferstrasse 470, 8055 Zürich, E-Mail: lr@adjumed.ch.

3.3 Le registre SIRIS

*Pierre Hoffmeyer*³

Das von Swiss Orthopaedics (vormals SGOT), dem Krankenkassenverband santésuisse und SwissMedTech (vormals FASMED) lancierte Implantateregister SIRIS lehnt sich an die Vorbilder in Schweden, Australien, England, aber auch an Register in Schweizer Spitälern wie zum Beispiel das Register der Hôpitaux Universitaires de Genève an.

Träger des Registers SIRIS ist die Stiftung für Qualität in der Implantationsmedizin. Die Finanzierung erfolgt durch die Spitäler und Krankenversicherungen. Ebenso wird SIRIS vom Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ finanziell gefördert.

Ein Implantateregister soll:

- 1) Auskunft über die Langzeitergebnisse von Implantaten geben;
- 2) auf Implantate bezogene Komplikationen hinweisen;
- 3) als Frühwarn-System bei Implantatversagen wirken.

Somit sind Patientinnen und Patienten, die operierenden Ärztinnen und Ärzte, die Prothesenhersteller, die Krankenversicherungen und nicht zuletzt auch die öffentliche Hand gleichermaßen an den Resultaten interessiert.

Inzwischen registrieren öffentliche und private Spitäler fast flächendeckend die eingesetzten Hüft- und Knie-Prothesen.

Kürzlich ist der erste Bericht über die Jahre 2012 bis 2016 erschienen. Dieser zeigt neben den spezifischen Ergebnisse zu den Implantaten unter anderem auch die Entwicklung der Gelenks-Chirurgie vor dem Hintergrund der sozio-kulturellen Entwicklung. Die zunehmende Lebenserwartung der Schweizer Bevölkerung führt zu einer stark ansteigenden Anzahl von Prothesenträgern und erfordert zudem längere Standzeiten der Implantate. Damit sind die Hüft- und Knie-Implantate ein wesentlicher Kostenfaktor im Schweizer Gesundheitswesen. Der Sicherung einer guten Qualität der Methoden und Implantate kommt daher eine grosse ökonomische Bedeutung zu.

³HOFFMEYER Pierre, Pr Dr méd., ombudsman de la FMCH, ancien responsable du service d'orthopédie des HUG, courriel: Pierre.Hoffmeyer@hcuge.ch.

“ Das Implantatregister erfasst alle auf Implantate bezogenen Komplikationen. ”

“ Öffentliche und private Spitäler registrieren fast flächendeckend die eingesetzten Hüft- und Knie-Prothesen. ”

“ Das Implantatregister soll als Frühwarnsystem wirken. ”

“ Die zunehmende Lebenserwartung der Schweizer Bevölkerung führt zu einer stark ansteigenden Anzahl von Prothesenträgern und erfordert zudem längere Standzeiten der Implantate. ”

3.4 Nationales Register für Herzchirurgie

Michele Genoni⁴

Die Schweizerische Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie (SGHC) beschloss 2012, ein Nationales Herzchirurgie-Register zu betreiben. Dies in der Überzeugung, dass die Qualität in der Medizin im Kompetenzbereich der Ärzte liegt. Die notwendige Regulierung im Schweizer Gesundheitswesen soll nach Meinung der SGHC durch die Qualität erfolgen. Natürlich spielen schliesslich auch ökonomische Aspekte eine Rolle. Doch letztlich liegt auch der Ökonomie die Qualität zugrunde.

Qualitätsstrategie SGHC

Das nationale Herzchirurgie-Register der SGHC ist ein Teil der Qualitätsstrategie, welche auf dem Modell von Donabedian aufgebaut ist:

Die *Strukturqualität* beschreibt die Qualität der Leistungserstellung. Die SGHC hat die strukturellen Kriterien für eine Klinik/Abteilung für Herz- und thorakale Gefässchirurgie in der Schweiz erarbeitet und an der Mitgliederversammlung vom 11. Juni 2014 in Interlaken verabschiedet.

Die *Prozessqualität* umfasst die Qualität aller medizinischer, zwischenmenschlicher und organisatorischer Prozesse und Leistungen. In Anlehnung an die WHO und die Stiftung für Patientensicherheit hat die SGHC das Projekt Safe Surgery Saves Lives (SSSL) an der Jahresversammlung 2013 als Projekt verabschiedet. Die Leiter der einzelnen Kliniken sind für die klinische Einführung der SSSL-Vorgaben verantwortlich. Besonderes Augenmerk gilt der Indikationsqualität. Zusammen mit der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie hat die SGHC das Vorgehen bei der Indikationsfindung innerhalb eines interdisziplinären „Herzteams“ (Heart Team) definiert (TCVS 2017:65(7):519-523).

Die *Ergebnisqualität (Outcome-Qualität)* bezieht sich auf das Behandlungsergebnis. Es wird beurteilt, ob das Behandlungsziel erreicht wurde – insbesondere die subjektive Zufriedenheit des Patienten in Bezug auf die Behandlung und das erreichte Ergebnis. Die SGHC hat an der Mitgliederversammlung vom 15. Juni 2012 in Lausanne das Konzept einer einheitlichen Datenerfassung der herzchirurgischen Leistungen in der Schweiz beschlossen und ein nationales Register für die Herzchirurgie eingeführt. Die Kantonale Ethikkommission Zürich hat für das Register eine Unbedenklichkeitserklärung abgegeben.

⁴GENONI Michele, Prof. Dr. med., Leiter Ressort Qualität der FMCH, Chefarzt Klinik für Herzchirurgie, Triemlispital Zürich.

Das Nationale Herzchirurgie Register

Zusammen mit der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, welche das Projekt aus nächster Nähe verfolgt, wurde festgelegt, dass das Nationale Herzchirurgie Register Bestandteil der Pflichten eines sogenannten „Listenspitals“ im Kanton Zürich darstellt und dass zur Sicherung der Datenqualität 5% der Datensätze von einer auswärtigen Firma auditiert werden müssen.

Die SGHC hat nebst den Audits der Zentren 2017 auch ein Systemaudit in Auftrag gegeben, welches nicht nur die Datenbank, sondern auch die SGHC und den Betreiber durchleuchtet hat. Es ist zwingend, dass die Datenqualität regelmässig von einer auswärtigen Institution auditiert wird. Die Regelmässigkeit der Audits widerspiegelt sich in der Verbesserung der Datenqualität. Die Analyse der Daten durch den Betreiber des Registers muss internationalen Standards entsprechen und nachvollziehbar sein. Schliesslich müssen die kantonalen und nationalen Datenschutzbestimmungen, welche immer wieder angepasst werden, eingehalten werden.

“ Die notwendige Regulierung im Schweizer Gesundheitswesen soll nach Meinung der SGHC durch die Qualität erfolgen. ”

“ Besonderes Augenmerk gilt der Indikationsqualität. ”

“ Heart Team: Interdisziplinäre Indikationsfindung. ”

“ Es ist zwingend, dass die Datenqualität

**regelmässig von einer auswärtigen Institution
auditiert wird.
”**

3.5 Management von degenerativen Meniskusrissen. Ein Statementpaper der Expertengruppe Knie von Swiss Orthopaedics

Raphael Kaelin, Roland Biedert, Bernhard Christen, Stefan Eggli, Hermes Miozzari, Markus Arnold⁵

Durch die besondere Anatomie bedingt sind Kniebeschwerden aufgrund degenerativer Meniskusschäden mit zunehmendem Alter häufig. Sie müssen von den unfallbedingten Meniskusrissen abgegrenzt werden. Degenerative Meniskusschäden zeigen in rund drei Viertel der Fälle zusätzliche Knorpelschäden im entsprechenden Gelenksabschnitt. Knapp die Hälfte der Patienten haben radiologische Zeichen einer Knie-Arthrose. Die Behandlung dieses Krankheitsbildes ist zu einem Kostenfaktor geworden, der in der Öffentlichkeit kontrovers diskutiert, ja kritisiert wird.

Die Expertengruppe Knie von Swiss Orthopaedics hat die möglichen Behandlungen anhand einer umfangreichen Literatur-Recherche analysiert und kommt zu folgenden Ergebnissen:

- Eine gute Grundlage für Empfehlungen ist das Konsensuspapier der European Society of Sports Traumatology, Knee Surgery & Arthroscopy (ESSKA) von 2017.
- Kniearthroskopien jeglicher Art ohne klare Indikation für einen operativen Eingriff und ohne Ausschöpfung der konservativen Therapiemöglichkeiten werden abgelehnt.
- Verschiedene randomisierte Studien, welche den therapeutischen Effekt der Arthroskopie bei degenerativen Meniskusrissen bestreiten, weisen ernsthafte bis schwere wissenschaftliche Mängel auf.
- Daher ist die Kniearthroskopie bei degenerativen Meniskusrissen unter bestimmten Voraussetzungen indiziert und therapeutisch wirksam.

⁵KAELIN Raphael, Dr. med., Expertengruppe Knie von Swiss Orthopaedics, LEONARDO – Ärzte für Orthopädie und Traumatologie, Hirslanden Klinik Birshof, 4142 Münchenstein.

BIEDERT Roland, Prof. Dr. med., Expertengruppe Knie von Swiss Orthopaedics Sportsclinic#1 AG, 3014 Bern.

CHRISTEN Bernhard, Dr. med., Expertengruppe Knie von Swiss Orthopaedics MHA3 Christen-ortho, Orthopädische Klinik Bern, 3013 Bern.

EGGLI Stefan, Prof. Dr. med., Expertengruppe Knie von Swiss Orthopaedics, Orthopädie Sonnenhof, 3006 Bern.

MIOZZARI Hermes, Dr. med. Expertengruppe Knie von Swiss Orthopaedics Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, Hôpitaux Universitaires de Genève, 1205 Genève.

ARNOLD Markus, Prof. Dr. med., PhD, Expertengruppe Knie von Swiss Orthopaedics LEONARDO – Ärzte für Orthopädie und Traumatologie, Hirslanden Klinik Birshof, 4142 Münchenstein.

- Die aktuelle Polemik zum Thema Kniearthroskopie in der Öffentlichkeit ist kontraproduktiv und verunsichert Patienten, Versicherer und Ärzte.
- Der Entscheid des Gemeinsamen Bundesausschuss G-BA in Deutschland, ab dem 01.04.2016 die Arthroskopie bei Gonarthrose nicht mehr zu vergüten, basiert nicht auf wissenschaftlichen Kriterien und führt zur Ausweitung der Indikation für Knieprothesen.

Schlussfolgerungen für die Praxis

- Degenerative Meniskusrisse sollen primär 3 Monaten konservativ behandelt werden.
- Primär soll ein konventionelles Röntgenbild unter Belastung furchgeführt werden.
- Die arthroskopische Gelenklavage bei Gonarthrose ist obsolet.
- Bei plötzlichem Symptombeginn und klaren mechanischen Symptomen ist die arthroskopische Teilmeniskektomie auch bei beginnender Gonarthrose nach wie vor die Therapie der Wahl.
- Erst bei entsprechender Klinik und radiologisch fortgeschrittener Gonarthrose besteht die Indikation für einen prothetischen Gelenkersatz (Teil-, respektive Totalprothese). Ziel ist es, diesen endgültigen Schritt so lange wie möglich herauszuzögern.

“ Die vorliegende Arbeit ist ein Paradebeispiel für die Verbesserung der Indikations-Qualität. Sie zeigt aber auch den grossen Aufwand einer Literatur-Recherche, die für zuverlässige Aussagen unumgänglich ist. ”

4 FMCH-Qualitäts-Kataster

AMIS Plus - National Registry of Acute Myocardial Infarction in Switzerland

Trägerschaft: Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie.

Datenbank zur qualitativ hochstehenden Erfassung und Auswertung der diagnostischen und therapeutischen Massnahmen bei Patienten mit akuten Herzinfarkt in Schweizer Spitälern.

A-QUA, Qualitäts-Plattform der Anästhesisten

Trägerschaft: Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation SGAR.

AQC - Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie

Trägerschaft: Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie.

Die Arbeitsgemeinschaft (Zusammenschluss von Chef- und Belegärzten) hat den Zweck, gemeinsame Statistiken über Fälle und Eingriffe zu erstellen und diese dank Vergleich untereinander zur Qualitätssicherung und Erkennung der eigenen Stärken zu nutzen.

Kreuzband-Register

Trägerschaft: Swiss Orthopaedics und Firma Mathys AG, Bettlach.

Das Register wurde eingerichtet zur Erfassung der Langzeitergebnisse der so genannten DIS (dynamischen intra-artikulären Stabilisierung gerissener Kreuzbänder). Die Firma Mathys produziert das dazu notwendige Implantat „Ligamys“.

MITRA Swiss Registry

Trägerschaft: Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie und Schweizerische Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie.

Erfassung aller in der Schweiz mittels MitraClip-System behandelte Patienten mit einer Mitralklappeninsuffizienz.

Nationales Register für Herzchirurgie

Trägerschaft: Schweizerische Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie.

Register zur Erfassung relevanter herzchirurgischer perioperativer und Outcome-Daten und Steuerung der Qualität der Herzchirurgie in der Schweiz.

SAQM

Trägerschaft FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte; Abteilung Daten, Demographie und Qualität; Elfenstrasse 18 / Postfach 300, CH-3000 Bern 15, roxane.kuebler@fmh.ch, Tel. 031 359 11 11. www.saqm.ch

SIRIS – Schweizerisches Implantate-Register

Trägerschaft: Swiss Orthopäedics und ANQ.

SIWF- Schweizerisches Institut für Weiter- und Fortbildung

Trägerschaft: FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte; Elfenstrasse 18 / Postfach 300, CH-3000 Bern 15. Im Auftrag des Bundes organisiert und kontrolliert das Institut die ärztliche Weiter- und Fortbildung.

SSR Swiss Stroke Registry

Trägerschaft:

Schweizweite Erfassung (stationär und ambulant) relevanter Daten von Patienten mit speziellen neurologischen Krankheitsbilder (ischämischer Schlaganfall, intrazerebrale Blutung).

Swiss TAVI Registry

Trägerschaft: Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie und Schweizerische Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie

Ziele dieses Registers ist die Generierung von klinischen Ausgangs-, Behandlungs- und Follow-up Daten aller mittels TAVI behandelte Patienten.

Wirbelsäulen-Register (im Aufbau)

Trägerschaft: Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie, Schweizerische Gesellschaft für Wirbelsäulenchirurgie Swiss Orthopaedics.

5 Autorenverzeichnis

ARNOLD Markus, Prof. Dr. med., PhD, Expertengruppe Knie von Swiss Orthopaedics LEONARDO – Ärzte für Orthopädie und Traumatologie, Hirslanden Klinik Birshof, 4142 Münchenstein.

BIEDERT Roland, Prof. Dr. med., Expertengruppe Knie von Swiss Orthopaedics Sportsclinic#1 AG, 3014 Bern.

BOSSHARD Christoph, Dr. med., Vizepräsident der FMH, Verantwortlicher Departement Daten, Demographie und Qualität DDQ der FMH, FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte; Abteilung Daten, Demographie und Qualität; Elfenstrasse 18 / Postfach 300, CH-3000 Bern 15, E-Mail: christoph.bosshard@fmh.ch, Tel. 031 359 11 11.

BRANDENBERG Josef Emil, Dr. med., Präsident der FMCH, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, Rebstockhalde 18, 6006 Luzern, E-Mail: josef.brandenberg@hin.ch.

CHRISTEN Bernhard, Dr. med., Expertengruppe Knie von Swiss Orthopaedics MHA3 Christenortho, Orthopädische Klinik Bern, 3013 Bern.

EGGER Bernhard, Prof. Dr. med., Vizepräsident der FMCH, Facharzt für Chirurgie, spez. Viszeralchirurgie FMH, Chefarzt Abteilung Chirurgie HFR Fribourg – Kantonsspital.

EGGLI Stefan, Prof. Dr. med., Expertengruppe Knie von Swiss Orthopaedics, Orthopädie Sonnenhof, 3006 Bern.

GENONI Michele, Prof. Dr. med., Leiter Ressort Qualität der FMCH, Chefarzt Klinik für Herzchirurgie, Triemlispital Zürich.

HAFNER Jürg, Prof. Dr. med., Leiter Ressort Versorgung, Weiter- und Fortbildung der FMCH, Leitender Arzt, Abteilung Stationäre Dermatologie und Chirurgische Dermatologie UniversitätsSpital Zürich.

KAELIN Raphael, Dr. med., Expertengruppe Knie von Swiss Orthopaedics, LEONARDO – Ärzte für Orthopädie und Traumatologie, Hirslanden Klinik Birshof,

4142 Münchenstein.

KRAFT Esther, lic. rer. oec., Leiterin Abteilung Daten, Demographie und Qualität DDQ der FMH, FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte; Abteilung Daten, Demographie und Qualität; Elfenstrasse 18 / Postfach 300, CH-3000 Bern 15,

E-Mail: esther.kraft@fmh.ch, Tel. 031 359 11 11.

KÜBLER Roxane, MA, Operative Leiterin der Schweizerischen Akademie für Qualität in der Medizin SAQM der FMH, FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte; Abteilung Daten, Demographie und Qualität; Elfenstrasse 18 / Postfach 300, CH-3000 Bern 15, E-Mail: roxane.kuebler@fmh.ch , Tel. 031 359 11 11.

MIOZZARI Hermes, Dr. med. Expertengruppe Knie von Swiss Orthopaedics Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, Hôpitaux Universitaires de Genève, 1205 Genève.

RAGETH Luzi, Dr. oec. HSG MA, Delegierter des Verwaltungsrates, ADJUMED Services AG, Birmensdorferstrasse 470, 8055 Zürich, E-Mail: lr@adjumed.ch.

SCHLUP Jürg, Dr. med., Präsident der FMH, FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte; Elfenstrasse 18 / Postfach 300, CH-3000 Bern 15.

TRUTMANN Markus, Dr. med., Generalsekretär der FMCH, Dufourstrasse 30, 3000 Bern, E-Mail: markus.trutmann@fmch.ch, Mobile: 078 836 09 10.

WILLE Nora, Dr. phil., persönliche wissenschaftliche Mitarbeiterin des FMH-Präsidenten, FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte; Elfenstrasse 18 / Postfach 300, CH-3000 Bern 15, E-Mail: nora.wille@fmh.ch , Tel. 031 359 11 11.