

## «Qualität kostet und spart»

**Das 6. Novartis-Forum für Gesundheitsökonomie widmete sich dem Thema Qualitäts- und Outcome-Messungen. Qualität und Kosten wurden eng verknüpft betrachtet. Längerfristige Kosteneinsparungen sind insbesondere beim Qualitätsproblem der Unterversorgung evident.**

«Jede echte Qualität ist eigentlich verborgen», und sie sei «ein Aspekt der Sinne»; mit philosophischen Zitaten begrüsst Markus Dürr, Vorsteher des Gesundheits- und Sozialdepartements Luzern, die Teilnehmenden am 6. Novartis-Forum für Gesundheitsökonomie. Die Veranstaltung stand unter dem Titel «Von der messbaren Qualität zur Outcome-Messung». Messbar, so Dürr, seien vor allem Quantitäten, Qualität sei weit schwieriger zu handhaben, vielleicht sei messbare Qualität gar ein Widerspruch. Die Referenten gaben anschliessend ihr Bestes, zu zeigen, dass Qualität trotzdem messbar ist. Einig waren sie sich, dass Qualität in komplexen Systemen nicht einfach festzustellen sei, wie es Beat Kuenzi von Swisspep ausdrückte. Das Forum fand am 26. November 2003 in Bern statt.

### Qualität messen

Zwei aus der Vortragsreihe herausgegriffene Beispiele zeigen, wie unterschiedlich Qualität und Outcome wahrgenommen und gemessen werden können:

Kurt Kaspar, Präsident des Verwaltungsrats der argomed Ärzte AG und Hansjörg Beer, Chefarzt des Kantonsspitals Baden, stellten das Hirn-schlag-Programm im Aargau vor. Mit dem Stroke-Outcome-Projekt erreichten sie, dass sechs Monate nach einem Hirnschlag wesentlich mehr Betroffene wieder zu Hause leben

konnten als im schweizerischen Durchschnitt; zudem waren zu diesem Zeitpunkt auch weniger PatientInnen verstorben.

Eine anderes Vorgehen hat Beat Kuenzi von Swisspep, dem Institut für Qualität und Forschung im Gesundheitswesen, präsentiert. Er stellte in

Zeichen, dass mit der Qualität etwas nicht stimme.

### Sehen im Alter

Ein Aspekt in der Diskussion um Qualität, der gerne vergessen geht, ist die Unterversorgung. Diese ist sekundär verantwortlich für hohe



Markus Dürr, Vorsteher des Gesundheits- und Sozialdepartements Luzern



Hansjörg Beer, Chefarzt Kantonsspital Baden



Beat Kuenzi, Swisspep, Institut für Qualität und Forschung im Gesundheitswesen

seinem Referat «Fakten zur ärztlichen (Un-) Zufriedenheit und Betreuungsqualität» die Untersuchungen des Instituts zur Hausarztqualität vor. Die Outcome-Messungen von Swisspep werden durch Patienten-, Arzt- und Praxisbefragung vorgenommen. Der Outcome «Hausarzt-Qualität» messe sich an der «Betreut-heit», dem Empowerment, der Einbeziehung, der Autonomie und der Mitarbeit der PatientInnen. Ärzte, welche die Patientenautonomie förderten und die PatientInnen in Entscheide einbezogen, hätten PatientInnen, die motivierter zur Selbstsorge seien, eine bessere Compliance zeigten und somit eine bessere Gesundheit erreichten. Ein interessanter Zusammenhang ergab sich aus der Zufriedenheit der ÄrztInnen und Burnout-Zeichen: Unzufriedene ÄrztInnen können als Frühwarnung für das System gelten; es sei ein

Folgekosten, obwohl auf den ersten Blick Kosten gespart werden. Michael Peltenburg vom Horten-Zentrum Zürich hat anhand des Projekts «Sehen im Alter» aufgezeigt, wieviel die Unterversorgung kostet und wie sie bekämpft werden kann. Die Hausärzte spielen dabei eine massgebliche Rolle.

Das Projekt «Sehen im Alter» zur Qualitätsentwicklung wurde vom Horten-Zentrum initiiert, in Zusammenarbeit mit Med-Swiss.Net und Novartis. Ziel ist es, ältere PatientInnen in der Hausarztpraxis besser zu betreuen, um eine Sehbehinderung zu verhindern.

Im Jahr 2000 waren 15 Prozent der EinwohnerInnen der Schweiz über 65 Jahre alt, davon waren 140'000 stark sehbehindert. Die geschätzten Folgekosten von sogenannter «low vision» bewegen sich zwischen 380



Michael Peltenburg,  
Horten Zentrum, Univer-  
sitätsspital Zürich



Fritz Britt, Leiter der  
Abteilung Kranken- und  
Unfallversicherung  
des Bundesamts für Ge-  
sundheit

Millionen und 1,3 Milliarden Franken. Im Jahre 2030 werden über 23 Prozent der EinwohnerInnen der Schweiz über 65 sein. Dieser Anstieg wird sich auch auf die Folgekosten von Sehbehinderungen auswirken.

Die meisten Sehschwächen im Alter können behandelt werden. Darunter fallen die diabetische Retinopathie<sup>1</sup>, der Katarakt<sup>2</sup> und das Glaukom<sup>3</sup> als häufigste Erblindungsursache in den Industrieländern. Bei den über 65-Jährigen kommen Diabetes mellitus<sup>4</sup> und das Glaukom oft vor. Es wird geschätzt, dass bei einem Drittel der über 65-Jährigen ein Bedarf für eine augenärztliche Behandlung besteht. Dies sind in der Schweiz 360 000 SeniorInnen. Ab dem 65. Altersjahr werden augenärztliche Untersuchungen in zwei- bis fünfjährlichen Abständen empfohlen. Die Umfrage in der Studie hat jedoch ergeben, dass 30 Prozent der über 65-Jährigen in den letzten 10 Jahren nicht beim Augenarzt waren, und dass 22 Prozent sich noch gar nie augenärztlich untersuchen liess. Bei 32 Prozent der über 65-Jährigen lag die letzte Untersuchung mehr als drei Jahre zurück. Ein Viertel der PatientInnen geht bei Augenproblemen zuerst zum Hausarzt. Dieser glaubt, wie die Umfrage ebenfalls gezeigt hat, dass die PatientInnen von sich aus zum Augenarzt gehen würden.

1 Retinopathie: Netzhauterkrankung als Spätfolge des Diabetes

2 Katarakt: Trübung der Augenlinse, sogenannt grauer Star

3 Glaukom: grüner Star

4 Diabetes mellitus: Alterdiabetes

## Unterversorgung beheben

Die ideale Rolle des Hausarztes sieht gemäss Peltenburg folgendermassen aus: Er soll seine PatientInnen auf augenärztliche Kontrollen ansprechen, Glaukom-RisikopatientInnen und DiabetikerInnen überweisen und bei symptomatischen PatientInnen selber einfache Untersuchungen durchführen. Die SeniorInnen sollen für die erste Lesebrille zum Augenarzt gehen, und ab 65 Jahren regelmässige augenärztliche Routinekontrollen machen lassen, auch

wenn sie beschwerdefrei sind (in der Regel alle zwei bis drei Jahre). Die geschätzten Kosten für diese Screenings belaufen sich auf 36 Millionen Franken. Die Folgekosten für ein stark eingeschränktes Sehvermögen oder für eine Erblindung werden auf direkt 220 bis 750 Millionen geschätzt, die indirekten Kosten auf 160 bis 550 Millionen. Die Unterversorgung kommt

«Die Unterversorgung kommt uns also teuer zu stehen, und eine Vorsorge lohnt sich deutlich.»

uns also teuer zu stehen, und eine Vorsorge lohnt sich deutlich, oder wie Peltenburg sich ausdrückte, «die Kosten für die Behandlung stehen in keiner nennenswerten Beziehung zu den Kosten der Sehbehinderung». Die Augenärzte sollen bei mehr PatientInnen, jedoch weniger häufig, regelmässige Screenings durchführen. Die Arbeitsgruppe machte folgende Vorschläge, um die Unterversorgung zu beheben: Hausärzte, Optiker und Augenärzte sollen die Patientenvereinigungen dabei unterstützen, die Bevölkerung aufzuklären. Im Projekt «Sehen im Alter» sollen die Hausärzte sensibilisiert werden. Augenärzte und Hausärzte entwickeln gemeinsam in einer Arbeitsgruppe eine offizielle Guideline. Die Versicherungen schliesslich sollen Brillen nur noch bezahlen, wenn die Versicherten regelmässig beim Augenarzt wa-

ren; das heisst bei über 40-Jährigen, wenn sie alle zehn Jahre, bei den über 65-Jährigen, wenn sie alle drei Jahre beim Augenarzt waren.

Dieses Projekt zeigt deutlich auf, dass «Qualität kostet und spart», wie Fritz Britt, Leiter der Abteilung Kranken- und Unfallversicherung des Bundesamts für Gesundheit, den finanziellen Zusammenhang bezeichnete. Hohe Anfangsinvestitionen in die Qualität ständen einem Payback in ungefähr vier Jahren gegenüber. Qualität müsse erarbeitet werden, und sie müsse sich später auszahlen: Sie werde ein Marktvorteil sein.

## Qualität und Kosten verknüpft

Dürr hatte bereits zu Beginn der Veranstaltung darauf hingewiesen, dass die Qualitätsanstrengungen im Zeichen des Kostendrucks stehen. Fritz Britt betonte, dass mit den Leistungsverträgen immer ein Produkt von einer bestimmten Qualität zu einem bestimmten Preis gekauft werde. Wenn die Qualität Teil der Leistungsverträge sei, so müsse sie trotz allen Schwierigkeiten gemessen werden können. Gute Qualität müsse zudem belohnt werden, es brauche ein Anreizsystem. Heute werde auch schlechte Qualität bezahlt, und dies sei teuer. Qualität und Kosten zeigten sich in der Diskussion eng verknüpft. Die Qualität hatte sich im Verlauf der Veranstaltung vom «Verborgenen» oder vom «Aspekt der Sinne» in ärztliche Zufriedenheit verwandelt; in die Rate derjenigen, die nach einem Hirnschlag wieder zu Hause leben können; in bezifferbare Unterversorgung und auch in einen Marktvorteil. Dies sind alles Aspekte der Qualität, die sich quantifizieren und vergleichen lassen. Messbare Qualität zeigte sich entgegen Dürrs Worten als kein Widerspruch. ■

### Bericht:

BRIGITTE CASANOVA

REDAKTION «MANAGED CARE»