

Mindestfallzahlen machen noch keine Qualität

Josef E. Brandenberg
Präsident FMCH

Gesundheits-Kosten

Kosten = Preis x Menge

Das ist nur die halbe Wahrheit!

Preis-Steuerung

Preis zu **tief**



Qualität sinkt



Kosten steigen

Preis-Steuerung

Preis zu hoch



Anreiz zu unnötigen Leistungen



Qualität sinkt



Kosten steigen

Mengen-Steuerung

Zu geringe Mengen



Qualität sinkt



Kosten steigen

Mengen-Steuerung

Mengenausweitung



Anreiz zu unnötigen Leistungen



Qualität sinkt



Kosten steigen

$$K = \frac{P \times M}{Q}$$

K = Kosten
P = Preis
M = Menge
Q = Qualität

Beispiele Mindestmengen

- Flugstunden zum Erhalt des Brevets
- OP-Katalog der ärztlichen Weiterbildung

Qualitäts-Tools

Kessler O, Jehle K, Wächter M, Gedamke S, Willisegger J (Hrsg.)

Immer mehr, immer besser ?

Über-, Unter- und Fehl- Versorgung im Schweizer Gesundheitswesen.

Hogrefe, 2018

Qualitäts-Tools Ärzte

- Weiterbildung / FA-Prüfungen
- Fähigkeits-Ausweise -> **Overuse**
- Fortbildung / Facharzt-Re-Zertifizierung
- Kongresse

Qualitäts-Tools **Spitäler und Ärzte**

- CIRS
- Hygiene- Massnahmen → **Overuse**
- „Pre-Flight-Check“
- Outcome-Datenbanken (z.B. AQC)
- Behandlungspfade

Qualitäts-Tools

Ärzte, Spitäler, Industrie

- Implantat-Register, z.B. SIRIS

Qualitäts-Tools **Behörden**

- Numerus clausus Underuse
- **Mindestmengen** Overuse
- HSM U / O

Qualität und Overuse

Bereiche	Wirkung	Ursache
Fähigkeitsausweise	Overuse	Mengenausweitung
HSM / Mindestfallzahlen	Overuse	Mengenausweitung
Hygiene-Massnahmen	Overuse	Überflüssige Massnahmen
Haftungsrecht	Overuse	defense medicine

LITERATUR

- **Sehr umfangreich und widersprüchlich**
- Halm EA, Lee C, Chassin MR (2002). Is Volume Related to Outcome in Health Care? A Systematic Review and Methodologic Critique of the Literature. Ann Intern Med. 2002;137:511-520.

Problem Nr. 1

Festlegung der Grenzwerte:

Schräder P, GrouvenU, Bende R.(2007). **Können Mindestmengen für Knieprothesen anhand von Routinedaten errechnet werden?** Ergebnisse einer Schwellenwertanalyse mit Daten der externen stationären Qualitätssicherung. Der Orthopäde. June, Volume 36 (6).570–576

Problem Nr. 2

Mindestmengen:

- pro Institution?
- pro Chirurg?
- pro Institution UND pro Chirurg?

LITERATUR

- Operateur, Institution, **Ausbildung**
- Merlino J (2007).Defining the Volume–Quality Debate: Is It the Surgeon, the Center, or the Training? Clin Colon Rectal Surg. Aug; 20(3): 231–236.

Mindest-Mengen pro Chirurg

- Spezialist wird Chef im Peripheriespital
- Spezialist macht sich selbständig
- Spezialist reduziert sein Pensum

Problem Nr. 3

**Mengenausweitung
zwecks
Erreichen der Grenzwerte**

Problem Nr. 4

Weniger, aber gut

ist besser als

viel und schlecht

Minimale Fallzahlen in der Orthopädie und Traumatologie. Ein Qualitätskriterium?

Positionspapier der Schweizerischen Gesellschaft
für Orthopädie und Traumatologie SGO-SSO

Brandenberg JE (2008). Schweizerische Ärztezeitung. Bulletin des
médecins suisses. Bollettino dei medici svizzeri;89: 45

Deutschland 2015

- Wiedereinführung von Mindestmengen für Knie-TP von 50 Fällen / Jahr
- **Arbeitsgemeinschaft für Endoprothetik:**
„Mindestmengen erhöhen nicht zwingend auch die Qualität“

Problem Nr. 5

- Qualität ist abhängig von Verfahren und Implantaten
- Beispiel Resurfacing- Hüften

Fallzahlen und Implantate

- Australisches Knie-Implantatregister 2015
<https://aoanjrr.sahmri.com>
- high volume surgeons (>70/y) Kurzzeitig weniger Komplikationen
- Mittel- und Langzeitresultate abhängig vom Implantsystem
- high volume surgeons mit schlechteren Implantaten höhere Revisionsraten

Problem Nr. 6

Häufigkeit im Wandel der Zeit

- **Früher:** Lambrinudi-Arthrodese bei Polio-Fuss **sehr häufig**
- **Heute:** Lambrinudi-Arthrodese für Patienten mit Fallfuss (Verletzung, Diskushernie) **selten**

Problem Nr. 7

Mindestmengen und Wartezeit

In UK, CA, AUS: Warten **auf Knie-TP** über 6 Monate

Signifikante Verschlechterung des AZ

Ackermann IN et al. (2011). Decline in health-related quality of life reported by more than half of those waiting for joint replacement surgery: e prospect cohort study. BMC Musculoskeletal Disorders.12

FMCH

Dachverband der **operativ** und **invasiv** tätigen
Fachgesellschaften

21 Fachgesellschaften

3 Berufsverbände

> 8500 Basismitglieder

FMCH Strategie 2016 - 2020

- **Einkommenssicherung**
- **Versorgungssicherheit / Weiterbildung**
- **Qualitätssicherung**

Qualität

- outcome-Qualität
- Prozess-Qualität
- **Indikations-Qualität**

Indikationen-Qualität

- Evidence based medicine EBM
- Guidelines
- Minimal-Data-Set, Boards, Indikationen-Konferenzen

1. FMCH-Qualitätsbericht 2018

- **Management von degenerativen Meniskusrissen (S. 35 – 45)**
- Ein Statementpaper der Expertengruppe Knie von Swiss Orthopaedics.
- Dr. med. Raphael Kaelin, Prof. Dr. med. R. Biedert, Dr. med. Bernhard Christen, MHA Prof. Dr. med. Stefan Eggli, Dr. med. Hermes Miozzari , Prof. Dr. med. Markus Arnold, PhD
- **49 Literatur-Zitate**

FMCH Qualität

- Swiss Medical Board
- Label of excellence
- Neuer Ärzte-Eid

Ambulante Pauschalen

- KVG Art. 43 Abs.2
 - a. Zeittarif
 - b. Einzelleistungstarif
 - c. Pauschaltarif**

Vorteile der Pauschalen

- Ärzte: Einfache Rechnungsstellung
- Versicherung: Vereinfachte Kontrolle
- Patienten: Gute Lesbarkeit

Vorteile der Pauschalen

- **Pauschalen-Tarif an Qualität geknüpft**
- **Keine Mengenausweitung innerhalb eines Eingriffs**

Zusammenfassung

- Quantität ist kein Qualitätskriterium
- Minimale Fallzahlen können zur Mengenausweitung führen
- Daher: **Verzicht auf Mindestmengen**

Zusammenfassung

- Stärkung der **Weiter- und Fortbildung**
- Konsequente Messung der **Outcomequalität**
- Verbesserung der **Indikationenqualität**

$$K = \frac{P \times M}{Q}$$

K = Kosten
P = Preis
M = Menge
Q = Qualität

DANKE !