

Mitteilungen im Juli 2017

Einladung

Tagung

**am Mittwoch, 30. August 2017, 9.30 – mindestens 16.30,
im AZ, Jurablick, Deckergasse 6, Niederbipp**

Traktanden

09.30 - 11.00 Konzeptuelle Ansätze zur Bekämpfung von Depressionen

11.15 - 12.45 Reduktion des Einsatzes von Neuroleptika

12.45 - 13.45 Mittagessen

13.45 - 14.15 Besuch des Jüngsten Hauses des Alterszentrums
Die Eröffnung findet erst am 15. September statt

14.15 - 14.35 Fortsetzung zur Reduktion von Neuroleptika

14.35 - 14.50 Kaffee

14.50 - 16.00 mQI gemeinsam Beten?

ab 16.00 Zusammensitzen auf Einladung des AZ Jurablick

Bitte melden Sie sich für das Mittagessen an: www.alterszentrum-jurablick@bluewin.ch

Sie werden am Bahnhof Oensingen um 9.12 abgeholt, wenn Sie den Wunsch auf der Anmeldung notieren.

Mangels eingegangener konzeptueller Elemente können keine Unterlagen für die ersten beiden Traktanden verschickt werden. Sie sind höflich eingeladen, Notizen von Ihren bisherigen Überlegungen nach Niederbipp mitzubringen.

"Gemeinsam Lernen", ein Geben und Nehmen, gilt immer noch als unsere Devise. Denken Sie auch einen Schritt voraus: Ab Herbst 2017 werden für die Beurteilung (und die relevanten Einstufungen) die Mandate zum Konzept für den Umgang (und die Prävention) von Depressionen und der kritische Auseinandersetzung mit dem Einsatz von Neuroleptika relevant sein.

Kurze Kritik zur misslungenen Sammlung von Daten für medizinische Qualitätsindikatoren (mQI) durch Curaviva

Die rechtliche Grundlage zur Sammlung *medizinischer* Qualitätsindikatoren (mQI) scheint mit Art. 59a KVG¹ gelegt: Nach der Aufzählung von vier Elementen, z.B. Anzahl und Struktur (der Beschäftigten und der Ausbildungsplätze) sind als fünfte Dimension "medizinische Qualitätsindikatoren" notiert. Der Zweck ist letztlich aus Art. 32 KVG² abzuleiten.

Ich behaupte, dass diese Legitimation nicht gegeben ist. Aus den fünf unter der Leitung von Curaviva erhobenen Aspekten für mQI lassen sich keine Informationen gewinnen, mit welchen Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit fundiert beurteilt werden könnten. Die folgende Aufzählung zur Kritik des bürokratischen Unsinn wird nicht abschliessend sein und erhebt keinen Anspruch auf Systematik.

Bei keinem der anvisierten "Indikatoren" ist die *medizinische* Dimension exklusive für die Qualität entscheidend. Es handelt sich immer auch darum, wie Pflegenden und Betreuenden handeln und ihr Handeln überprüfen. (Dies ist ein ausserordentlich komplexer Untersuchungsgegenstand.)

Wenn aber trotzdem am Qualifizieren als medizinischem Qualitätsindikator festgehalten würde, dann wäre die Aufgabe den in Heimen tätigen Ärzten zu übertragen. Dies hätte dann wieder gewichtige Folgewirkungen für die Qualitätsförderung.

Von der federführenden Curaviva wurde nie erklärt, warum gerade die vorliegenden fünf Dimensionen zur Indikatorenbildung ausgewählt wurden. Warum z.B. nicht Depressionen? Warum nicht im vorliegenden ersten Ansatz exklusive auf demenziell Erkrankte fokussieren? usw.

- ❖ Statt nach diesen Fragezeichen weitere Optionen anzuführen, die grundsätzliche Frage: Warum wurde nicht danach gesucht, was gesamtschweizerisch zu analysieren sei, um gewichtige Herausforderungen im Zusammenhang mit Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit lege artis anzugehen? Die Mitgliederbeiträge (für Curaviva und für Krankenkassen) und Steuern (für BAG und BfS sowie GDK) verdummende Kommission hat sich gemäss der Unterlagen nie mit dieser Herausforderung auseinandergesetzt.
- ❖ Bewusst nur ein Hinweis: Entlassungen aus dem Spital zur erstmaligen Aufnahme in ein Heim. (Nicht stolz, sondern als gesundheitspolitisch Engagierter, notiere ich jetzt, dass statt einem fünf Hinweise bei diesem Punkt hätten notiert werden können.)
- ❖ Statt dem wenig entwickelten Sachverstand von Curaviva und Co. nachzutruern, ist grundsätzlich zu fragen, warum nicht über die 20 (!!) Jahre der Tätigkeit der Kommission

¹ Die Leistungserbringer sind verpflichtet, den zuständigen Bundesbehörden die Daten bekannt zu geben, die benötigt werden, um die Anwendung der Bestimmungen dieses Gesetzes über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen. Namentlich sind folgende Angaben zu machen: ...

² Die Leistungen nach den Artikeln 25-31 müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.

danach gesucht wurde, wo denn die Schwächen unserer Heime mit Bezug auf Art. 32 KVG liegen. Da scheint neben mangelnder Phantasie auch Unkenntnis über mögliches Vorgehen vorhanden zu sein.

Dabei wäre dies bedeutend weniger aufwändig gewesen als das Zusammenhocken von Personen, welche sich nie bemühten, die internationale Fachliteratur auf ein mögliches Vorgehen zu konsultieren. Qualität ist immer das Verhältnis von SOLL : IST. Es wäre für die Deutschschweiz eine stratifizierte Auswahl von 14, 15 oder 16 Heimen zu treffen gewesen, um in diesen Heimen dann danach zu suchen, welche Stärken und Schwächen vis-à-vis der im Voraus erarbeiteten SOLL-Vorgaben zu lokalisieren sind. Die auffälligsten Schwächen hätten für weitere Beratungen zur allfälligen Gewinnung von Indikatoren gedient - allerdings in einem konzeptuellen Rahmen für die Qualitätsförderung.

- ❖ Wesentliche Voraussetzung für die Bildung von Indikatoren ist das Vergleichbarmachen der Bewohnerinnen über die Heime hin - das risk adjustment. An einem (übertrieben) einfachen Beispiel erklärt: Die Indikatorenbildung zu "Aggression" muss die Zahl der demenziell Erkrankten berücksichtigen, wenn Vergleiche zwischen Heimen über konstatierte Aggression angestellt werden. Wie aber, um es nur um einige Grad schwieriger zu machen, "zählt" ein Heim demenziell Erkrankte?

Auf die Problematik der Indikatorenbildung zu Medikation "neun und mehr Wirkstoffe" wurde schon in den vorangehenden Mitteilungen verwiesen.

Es wird verzichtet, weitere Schwächen der Anlage von Curaviva aufzuzeigen. Nur eine einzige bedenkliche Dimension ist zusätzlich zu erwähnen: Das Arbeiten mit mQI soll mit dem vorliegenden (katastrophal unsorgfältigen) Anlauf nicht beendet sein. Frau F. Zuniga hat ausgelegt³, dass mit der Weiterentwicklung über eine öffentliche Berichterstattung in der Zukunft Informationen zur Auswahl der Heime durch Betagte, ihre Angehörigen, Behörden usw. bereitgestellt werden sollen. Es wird also (konsequent) in die Richtung des amerikanischen Unsinns gearbeitet.

Für unser Kollegium muss auch als sehr bedenklich geltend, dass dieser Ansatz über mQI keine irgendwie überzeugende Elemente für die Qualitätsförderung enthält (einmal abgesehen von "Vorhandensein einer verbindlichen Übereinkunft zur Zusammenarbeit mit einem geriatrisch ausgebildeten Arzt oder einem Gerontopsychiater").

Im besten Fall präsentiert sich der Umfang qualitativer Elemente in den Heimen der Deutschschweiz in einer Normalverteilung. Es sind also auch qualitativ schwache Heime zum Nachteil von Bewohnerinnen und in Verletzung von Art. 32 KVG tätig. Diese Heime wären kunstgerecht (!) zu eruieren, um ihnen dann Mittel und Wege aufzuzeigen, wie Besseres geleistet werden kann, Adäquateres zum wegleitenden Artikel 32 KVG zu erarbeiten - den Bewohnerinnen zu liebe und nicht wegen des Bundesamtes für Statistik.

³ F. Zuniga, Qualitätsindikatoren für die Langzeitpflege - lässt sich die Qualität unserer Arbeit messen?, RAI-NH-Fachtagung, Zürich, 19. August 2015, googlen.