

«Ein Qualitätswettbewerb senkt die Kosten»

**Ärzte und Spitäler sollen Patientinnen und Patienten nicht an der Türe verabschieden, sondern sich darum kümmern, wie es ihnen am Ende der ganzen Behandlungskette geht. Das fordert die Gesundheitsexpertin Elizabeth Teisberg, Professorin an der University of Virginia.**

**Frau Teisberg, das amerikanische Gesundheitswesen hat einen schlechten Ruf. Viele bei uns zweifeln deshalb, ob mehr Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung das Richtige ist.**

Elizabeth Teisberg: Die USA sind tatsächlich kein Vorbild. Erstens ist jeder siebte Amerikaner gar nicht versichert. Zweitens läuft der Wettbewerb unter falschen Spielregeln und erfüllt deshalb seinen Zweck nicht. In den USA gibt es genau so viel Leerlauf, ebenso viele Fehler und Mängel bei den Diagnosen, Medikamentenabgaben und Behandlungen wie in der Schweiz. Es braucht eine radikale Änderung der Strategie. Ob Wettbewerbs-Spielregeln oder staatliche Reglementierungen: Sie müssen auf ein einziges Ziel ausgerichtet sein: Dass die Patientinnen und Patienten möglichst rasch und nachhaltig gesund werden, oder dass sie mit ihren chronischen Krankheiten besser zu recht kommen und diese möglichst nicht schlimmer werden.

**Es sagen doch alle, es gehe ihnen nur um das Wohl der Patientinnen und Patienten ...**

... aber niemand weiss, welche Spitäler und Ärzte besser sind. Dabei entdeckt man überall, wo man die Ergebnisse der Behandlungen misst, dass die Unterschiede enorm sind: Bei den einen gibt es mehr Todesfälle, viel längere Rehabilitationszeiten und mehr bleibende Schäden. Es ist einfach zu behaupten, es werde ausgezeichnete Arbeit geleistet, wenn man die Resultate der Behandlungen gar nie misst und miteinander vergleicht. Die Ärzte müssen vorangehen und die nötige Transparenz schaffen. Sobald die grossen Qualitätsunterschiede bekannt werden, toleriert man sie nicht mehr. Transparenz ist der stärkste Anreiz, um das bestmögliche Ergebnis für die Patienten zu erreichen.

**Manche Ärzte sagen, jeder Patient sei anders und die Medizin sei eine Kunst, deren Resultate man nicht messen kann.**

Dahinter verbirgt sich die Angst, dass Ungleiches miteinander verglichen wird, dass die Daten nicht repräsentativ sind oder den unterschiedlichen Gesundheitszustand der Patienten nicht berücksichtigen. Das muss natürlich gewährleistet sein. Und überhaupt keine Ausrede gibt es, wenn Spitäler und Ärzte nicht einmal veröffentlichen, wie häufig sie bestimmte Eingriffe vornehmen.

Sie haben häufig Angst vor durchschnittlichen oder sogar schlechten Resultaten, sowie Angst, sich verändern zu müssen. Aber Spitäler und Ärzte sollten nationale und internationale Vergleiche von Behandlungsergebnissen als grosse Chance sehen, sich zu verbessern, ihre jeweils besonderen Fähigkeiten weiter zu entwickeln und interdisziplinär zu arbeiten. Wie wollen sich Ärzte verbessern können, wenn sie die Resultate ihrer Arbeit nicht kennen? Kein Spital und kein Ärzteteam wird überall die besten Ergebnisse erzielen. Wenn aber die eigenen Stärken und Schwächen bekannt sind, können sie den Nutzen für die Patienten erhöhen. Auch kleinere Spitäler könnten belegen, dass sie für bestimmte Krankheiten sogar besser sind als grosse. Es ist wissenschaftlich bewiesen, dass Spezialisierung, Routine und Erfahrung von Ärzte- und Pflgeteams die Resultate markant verbessern.

## **Von welchen Qualitätsvergleichen haben Patienten bereits profitiert?**

Nachdem der Bundesstaat New York die Zahl der Todesfälle nach Bypass-Operationen am Herzen zu vergleichen und veröffentlichen begann, starben vier Jahre später 41 Prozent weniger Patienten. Unterdessen haben die Fachgesellschaft der Herzchirurgen die Vergleichsmethoden weiter verfeinert, auf andere Herzoperationen ausgedehnt und viel gelernt. In diesem US-Bundesstaat an der Grenze zu Kanada sind die Eingriffe und Behandlungen heute auf dem neusten Stand des Wissens. Manchmal sind Qualitätserhebungen kompliziert und nicht perfekt, aber man richtet sicher weniger Schaden an, wenn man misst und vergleicht.

## **Gibt es weitere Beispiele?**

Über das Leben nach Organtransplantationen gibt es in den USA flächendeckende und risikobereinigte Daten. Jedes Spital, das eine Organspende zugeteilt bekommt, wurde nämlich verpflichtet, die Krankheitsgeschichte der Organempfänger langfristig zu verfolgen. Daten wie Wartezeit, Mortalität, wiederholte Transplantationen, Überlebenszeit und Gesundheitszustand werden in einem zentralen Register verwaltet, von Fachleuten begutachtet und veröffentlicht. Daraus haben die Ärzte und Pflegeteams viel gelernt. Nach einer Herztransplantation leben heute neunzig Prozent der Patienten mehr als ein Jahr. Und viel mehr Patienten als früher leben heute mehr als fünf Jahre mit ihrem neuen Herz.

Ein anderes Beispiel: Der Gliedstaat Minnesota misst den Behandlungserfolg von Diabetes-Patienten seit 2002 mit fünf Indikatoren. Es folgte eine Phase der Optimierung, bis die Vergleiche ab 2004 veröffentlicht wurden. Das Veröffentlichen brachte einen weiteren raschen Schub von Qualitätsverbesserungen, wovon die Patienten in Minnesota stark profitieren.

## **Gibt es auch Ansätze in der Schweiz?**

Chirurgen haben bereits 1985 in Davos eine Stiftung mit Namen «AO» gegründet. Diese hat über 150 Ergebnisindikatoren der Behandlung von Knochenbrüchen definiert. Das Auswerten der Daten hat zu Verbesserungen auf den Gebieten der Unfallchirurgie und Rückenbehandlung geführt. Profitiert haben die Patienten, aber auch die Hersteller von medizinischen Hilfsmitteln. Die AO-Stiftung hat allerdings keine vergleichbaren Ergebnisdaten veröffentlicht.

Eine andere Schweizer Initiative: In mehreren Kantonen hat der Verein Outcome untersucht, ob Patienten in Notfallstationen die richtigen Diagnosen erhalten. Die Fehlerquote war zum Teil beträchtlich. Seither sind für die Erstdiagnosen nach der Einlieferung seltener Assistenzärzte, sondern häufiger Oberärzte und Chefärzte zuständig.

## **Das Schweizer Bundesamt für Gesundheit hat die Kompetenz, zur Qualitätssicherung Ergebnisdaten einzufordern und zentral zu verwalten. Könnte es im Ausland erprobte Kriterien der Qualitätsmessung in der Schweiz übernehmen?**

Selbstverständlich. Patienten in der Schweiz unterscheiden sich nicht von denen in den USA oder in Skandinavien. Die Schweiz kann die Vorarbeit nutzen, welche internationale Ärztesellschaften im Ausland bereits geleistet haben. Es wäre falsch, wenn Ärzte in jedem Land andere Qualitätsparameter entwickeln. Die Ergebnisdaten muss man international vergleichen können, damit ein internationaler Wettbewerb möglich wird, der den Patienten nützt. Konkret könnte die Schweiz die Kriterien für die Ergebnismessung nach Organtransplantationen übernehmen und sich sogar dem amerikanischen Register anschließen. Schneidet die Schweiz gut ab, kann sie mit ausländischen Patienten ein Geschäft machen.

## **Bei uns möchten Patienten in ein Spital, das möglichst in der Nähe ist und schon gar nicht in einem andern Kanton.**

Das tun sie nur, weil sie glauben, dass alle Spitäler etwa gleich gut sind. Wüssten sie, dass es in einem entfernten Spital viel weniger Todesfälle, Infektionen und andere Komplikationen gibt, und dass sie viel schneller wieder arbeitsfähig sind oder den Haushalt allein meistern können, dann würden sie sicher jenes weiter entfernte Spital vorziehen. Schlaganfälle zum Beispiel sind der Hauptgrund für langfristige körperliche Behinderungen. Dabei kommt es sehr auf das Spitalteam an und es kann äusserst riskant sein, einfach das nächstgelegene Spital zu wählen. Die Spitäler sollten miteinander im Wettbewerb vergleichen, welches von ihnen Schlaganfall-Patienten am besten behandelt. Man müsste die Langzeitergebnisse der Behandlungen messen, damit die Spitäler an einer möglichst guten Qualität auch der anschliessenden Reha interessiert sind.

## **Gerade die Reha nach dem Spitalaustritt ist doch häufig ebenso wichtig wie die Operation oder das Platzieren eines Stents.**

Deshalb ist es wenig sinnvoll, nur den Zustand beim Spitalaustritt zu messen. Würden Ergebnisse am Ende der Behandlungskette gemessen, würde schnell aufgedeckt, dass Behandlungsschnittstellen, zum Beispiel zwischen dem Spital und der nachfolgenden ambulanten Versorgung, äusserst anfällig sind für Fehler und Verzögerungen im Heilungsprozess. An solchen Schnittstellen werden hauptsächlich Kosten hin- und her geschoben. Die Interessen der Patienten haben keine Priorität. Ein zweiter grosser Reformschritt muss deshalb darin bestehen, dass sich die Medizin neu nach den Krankheitsbildern der Patienten organisiert, und nicht wie heute nach stationär und ambulant, oder nach medizinischen Fachrichtungen. Ärzte sagen zwar immer, die Patienten stünden im Vordergrund, aber die Konsequenzen daraus haben sie noch nicht gezogen.

## **Ein Frau geht doch zum Frauenarzt und jemand mit Ohrenentzündung zum Hals-Nasen-Ohren-Spezialisten.**

Die meisten Verletzungen und Krankheiten brauchen eine multidisziplinäre Behandlung. Denken Sie an Diabetes, Schlaganfälle, Herzversagen, Prostatakrebs, Rückenverletzungen oder Migräne. Viele Patienten leiden an Komorbiditäten, also an verwandten Gesundheitsproblemen, die erst recht verschiedene ärztliche Fachrichtungen betreffen. Zum Beispiel Diabetes mit gleichzeitigem Bluthochdruck und Gefässproblemen: Das muss man als einheitliches Krankheitsbild behandeln. Auch viele Chronischkranke gehen heute zu verschiedenen, nicht vernetzt arbeitenden Spezialisten. Spitäler und Arztpraxen sind meistens nach ärztlichen Fachrichtungen unterteilt. Diese Fragmentierung der Gesundheitsversorgung bringt für die Patienten nicht das beste Resultat. Spitäler und Gruppenpraxen sollten ihre Organisation nach den verschiedenen Krankheiten ausrichten. Für jedes Krankheitsbild arbeiten dann die beteiligten Fachspezialisten in einem multidisziplinären Team zusammen, an dem sich auch das spezialisierte Pflege- und Rehapersonal beteiligt.

## **Wer soll das durchsetzen?**

Diese neue Strategie erscheint radikal, aber sie ist machbar. Die Regierung braucht da nicht einmal unbedingt einzugreifen. Die Ärzte und Spitalleitungen sollten das enorme Verbesserungspotenzial erkennen, wenn sie den gesamten Krankheitszustand und den gesamten Behandlungsablauf von der Diagnose bis zur Genesung kontrollieren. In Deutschland haben wir das Migränezentrum im Universitätsspital Essen untersucht. Dort werden Patienten von einem Neurologen, einem Psychologen und einem Krankengymnasten untersucht. Zusammen finden sie schneller heraus, was die Ursache der Kopfschmerzen ist. Der Erfolg ist beeindruckend: Statt wie früher 58 Prozent der Patienten, bleiben heute nur noch elf Prozent wegen eines Migräneanfalls mehr als fünf Tage ihrer Arbeit fern.

**Jetzt führt man in den Spitälern eine neue Abgeltung mit Fallpauschalen ein. Doch diese decken nur die Kosten in den Spitälern und nicht die Folgekosten für die weiteren Behandlungen und auch nicht die Reha nach dem Spitalaustritt.**

Das ist ein Anreiz für die Spitäler, die Patienten früh zu entlassen und Kosten auf die Zeit nach dem Spitalaustritt zu abzuwälzen. Doch für die Patienten zählt nur das Endergebnis ihrer Behandlungen. Deshalb sollten die Spitäler die Verantwortung für die Folgebehandlungen und die Reha übernehmen und die Qualität am Ende aller Behandlungen messen. Entsprechend müssten die Spitalpauschalen sämtliche Kosten der ganzen Behandlungskette decken. Plötzlich wären Ärzte und Spitäler daran interessiert, ihre fragmentierten Behandlungen aufzugeben und sich nach den Krankheiten der Patienten zu organisieren.

**Wo haben Qualitätsvergleiche zu einer solchen Organisationsänderungen geführt?**

An Orten, wo Ergebnismessungen veröffentlicht wurden, kam es zu erstaunlichen Fortschritten, etwa bei Krankheitsbildern wie Organtransplantationen, koronarer Herzchirurgie, zystischer Fibrose, Krebserkrankungen bei Kindern, Nierenkrankheiten im Endstadium und bei Diabetes. Die Cleveland Clinic mit ihren neun Spitälern, 1700 angestellten und 3000 selbständigen Ärzten hat multidisziplinäre Behandlungseinheiten für bestimmte Krankheitsbilder geschaffen. Im neurowissenschaftlichen Institut zum Beispiel arbeiten nicht nur Neurologen, sondern auch Neurochirurgen und Psychiater im gleichen Team zusammen. In diesen integrierten Behandlungseinheiten haben sie zusammen Indikatoren für die Ergebnismessung erarbeitet.

Oder das M.D. Anderson Krebszentrum in Texas: Dort gibt es keine chirurgischen Abteilungen, obwohl ständig operiert wird. Dafür gibt es Abteilungen für einzelne Krebsarten. In jeder Abteilung sind alle Disziplinen vertreten, die für Konsultationen, Behandlungen, Rehabilitationen und Pflege verantwortlich sind. In der Schweiz dagegen sind, wie noch fast überall, chirurgische Abteilungen von medizinischen getrennt organisiert. Aus Sicht der Patienten ist das unverständlich.

**Diese Beispiele stammen aus dem Ausland. Was haben Sie in der Schweiz beobachtet?**

Das Paraplegiker-Zentrum in Nottwil bietet eine ganzheitliche Unterstützung für Patienten mit einem bestimmten Krankheitsbild an. Es betreut die Patienten von der akuten Unfallbehandlung bis zur Rehabilitation und der Wiedereingliederung und Betreuung im Alltagsleben. Nur: Risikobereinigte und vergleichbare Ergebnismessungen macht Nottwil noch keine.

Ähnlich arbeitet die Suva bei Berufsunfällen und Berufskrankheiten: Ein «Case Manager» ist für den ganzen Behandlungszyklus des verunfallten oder erkrankten Arbeitnehmers verantwortlich. Er verweist ihn an die richtigen Ärzte und koordiniert die Behandlungen bis zur Reintegration am Arbeitsplatz. So wären auch leicht Ergebnismessungen möglich, doch sind bei der Suva keine bekannt.

Auch andere integrierte Arztpraxen und Behandlungszentren sollten wie die Suva und Nottwil ganze Krankheitsbilder von A-Z behandeln. Dies könnten die Kantone fördern, indem sie Leistungsaufträge nur noch an Spitäler erteilen, welche diese Ergebnisse des ganzen Zyklus der behandelten Krankheiten messen und veröffentlichen.

**Welche Rolle können die Krankenkassen spielen?**

Sobald Behandlungsergebnisse gemessen, verglichen und bekannt werden, können die Kassen ihre Mitglieder darüber informieren, so dass diese von selbst die Ärzteteams und

Spitäler mit den besten Ergebnissen bevorzugen. Selbst wenn der heutige Vertragszwang zwischen Kassen, Ärzten und Spitälern bestehen bliebe, käme es zu einem Qualitätswettbewerb.

### **Können die Kassen Qualitätsvergleiche vorantreiben?**

Praktisch nicht, weil ihnen Ärzte und Spitäler die genauen Diagnosen vorenthalten. Die Kassen können deshalb weder die Behandlungsergebnisse erfassen noch die Kosten eines ganzen Behandlungszyklus berechnen. Die Kassen müssen einfach alle Behandlungen von Ärzten und Spitälern zahlen, ohne dass diese die Resultate der Behandlungen dokumentieren müssen. Wenn die Ärzte glaubwürdig bleiben wollen, müssen sie ihre Behandlungsergebnisse selber messen und offen legen.

### **Könnten die Kassen wenigstens für die Prävention mehr tun?**

Das wäre sehr erwünscht. Doch wenn eine Kasse heute in Prävention investiert, riskiert sie, dass ihre Mitglieder in eine Kasse abwandern, die günstiger ist, weil sie für die Prävention nichts tut. Man müsste deshalb den Kassen erlauben, Mitgliedern, denen sie Prävention anbietet und zahlt, Mehrjahresverträge anzubieten. Dann würden sich auch Prämienrabatte oder niedrigere Franchisen lohnen für Mitglieder, die persönliche Ziele bei ihren Problemen Rauchen, Gewicht oder Bluthochdruck erreichen. Ein Wettbewerb unter den Krankenkassen macht wie jeder Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung nur Sinn, wenn er sich um den grösstmöglichen gesundheitlichen Nutzen für die Patienten dreht, also um die besten Behandlungsergebnisse. Ein solcher Wettbewerb um die beste Qualität bringt den Patienten bessere Behandlungen, er belohnt die Ärzte für die besten Leistungen, und er senkt erst noch die Kosten.

URS P. GASCHÉ