

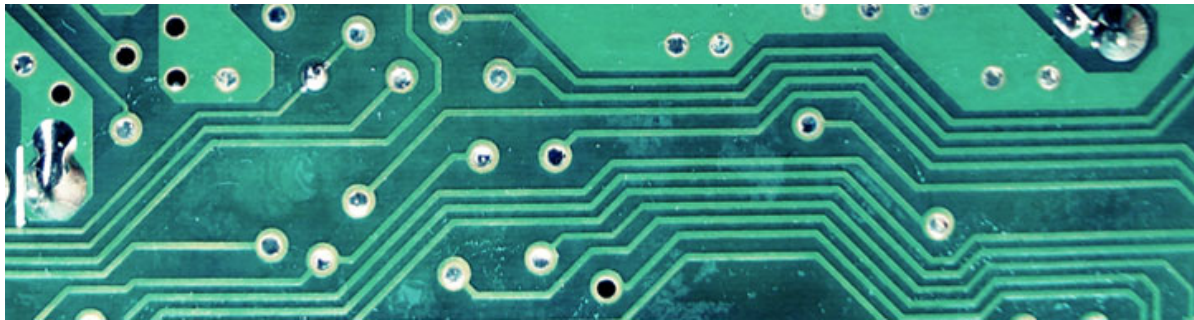


www.vems.ch

Stellungnahme

zu Datenbasen, Kontrollinstrumenten und Methoden der Effizienzmessung im Schweizer Gesundheitswesen

Olten, Juli 2016



Autoren: Dr. med. Michel Romanens, Flavian Kurth

Inhaltliche Begleitung
und Projektverantwortung: Dr. med. Michel Romanens

Nutzungsrecht: Verein Ethik und Medizin Schweiz VEMS, Verwendung der
Texte, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe

<http://physicianprofiling.ch/VEMSStellungnahmePublicHealthDaten.pdf>

Hintergrund

Um die Kosten unseres Gesundheitswesens einzudämmen, sind verschiedene Instrumente zur Messung und zur Verbesserung der Effizienz medizinischer Behandlungen im Einsatz oder in Planung. Den meisten dieser Instrumente ist gemeinsam, dass sie aus einer einseitig gesundheitsökonomischen Sicht der Krankenkassen heraus ausgestaltet sind und dass ihre Effizienz eingedenk stetig steigender Gesundheitskosten immer mehr infrage gestellt wird. Da diese Art der Beurteilung und Steuerung oftmals in einem gewissen Widerspruch steht zur medizinischen Sicht, erheben sich Stimmen, die für eine Rückbesinnung auf die Beurteilung der Medizin innerhalb der Medizin selbst plädieren. Das hat seine Berechtigung. Das Qualitäts- und Kostenmanagement ist ja immer schon Teil medizinischer Arbeit gewesen, und das wird es auch weiterhin bleiben. Allerdings hat auch die Medizin, nicht anders als die Krankenkassenökonomie, ihre Eigeninteressen. Was deshalb Not tut, ist die Sicht einer neutralen Drittstelle.

Dies ist, was die Arbeit der Medizin betrifft, von unserer Regierung und von unseren Behörden denn auch erkannt. Verschiedene Bemühungen jedenfalls zielen in diese Richtung, so etwa das neu geschaffene Qualitätszentrum¹ des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Diese Bemühungen sind grundsätzlich zu begrüssen. Dabei stellen sich allerdings drei Fragen, denen in diesem Papier nachgegangen werden soll:

- Auf welcher Datenbasis wird das BAG arbeiten?
- Mit welchen Methoden wird das BAG arbeiten?
- Welche Kontrollinstrumente sieht das BAG für die Arbeit der Krankenkassen vor?

Es ist klar, dass, arbeitet das BAG auf der gleichen Datenbasis und mit denselben Methoden wie die Krankenkassen, eine wesentliche Verbesserung der Instrumente nicht möglich sein wird. Auch wird das BAG wohl wenig zu bewirken vermögen, wenn es zwar die Arbeit der Medizin supervisiert, nicht aber die Arbeit der Krankenkassen. Denn dass die einseitige Machtkonzentration Letzterer ein zunehmendes Problem des Gesundheitswesens darstellt, ist inzwischen weithin erkannt, nicht nur in der Schweiz, auch im Ausland, allen voran in den USA. Die Bemühungen von Präsident Obama im Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)², die unter dem Begriff Obamacare diskutiert wurden, zielten auf eine bezahlbare Grundversorgung für alle. Dass diese Bemühungen letztlich an den Ansprüchen der Versicherungen gescheitert sind, zeigt in aller Deutlichkeit, wie wichtig eine Relativierung der Machtverhältnisse, bzw. eine Stärkung behördlicher Gewalt gegenüber der Macht der Krankenkassen ist.

¹ <http://www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=de&msg-id=52941>

² https://de.wikipedia.org/wiki/Patient_Protection_and_Affordable_Care_Act

Der Anteil des Gesundheitswesens am Bruttoinlandprodukt beträgt in der Schweiz derzeit 11%, in den USA liegt er bei 18%. Falls wir den Weg eines liberalen Gesundheitswesens weitergehen wollen, ist über kurz oder lang also mit einer Zunahme dieses Anteils um weitere 7% zu rechnen, oder zumindest dürfte eine solche Zunahme nicht überraschen. Auf die Schweiz heruntergerechnet entsprechen diese 7% einem Kostenwachstum von 35 Milliarden Franken jährlich. Es muss folglich das Ziel unserer Behörden sein, dass ein möglichst grosser Teil dieser 35 Milliarden den Patientinnen und Patienten, den Bürgerinnen und Bürgern, zugutekommt. Das kann nur gelingen, wenn unsere Behörden a) die Datenhoheit über die Versichererdaten erlangen, b) eigenständige, von den Versicherern unabhängige Methoden der Effizienzmessung entwickeln und durchsetzen und c) die Arbeit der Krankenkassen besser supervisieren.

Die Situation des Datendispositivs

Die Problematik von Datenschutz und Datenmissbrauch stellt sich in unserer zusehends vernetzten Welt in fast allen Lebensbereichen. Während dies in weniger sensiblen Bereichen wie etwa beim Lebensmitteleinkauf mit Kundenkarten oder beim Sammeln von Informationen durch Suchmaschinen rege diskutiert wird, bleibt eine solche Debatte bei den Daten zu unserer Gesundheit, dem sensibelsten Bereich überhaupt, bisher noch erstaunlich oberflächlich. Die Diskussionen um das elektronische Patientendossier haben die Öffentlichkeit zwar sensibilisiert. Das Hauptproblem bleibt dabei aber weitgehend unbeachtet: Die Informationen der Versicherten-Diagnosen aus der Rechnungsstellung OKP³ sind in der Hand der privatwirtschaftlichen Krankenkassen, welche eigene, kommerzielle Interessen haben und überdies auch nicht dem Arztgeheimnis unterliegen. Die Krankenkassen wissen also oftmals mehr über die Patienten als der behandelnde Arzt, die behandelnde Ärztin, denn nur sie haben eine Gesamtübersicht über alle Behandlungen. Was tun die Krankenkassen mit diesem Wissen? Setzen sie es so ein, dass es dem Patientenwohl gereicht? Hierzu zwei Beispiele.

Beispiel I: Fehlbeurteilung im Wirtschaftlichkeitsverfahren:

Die Arbeitsgruppe WZW der FMH ist im Auftrag des Parlaments seit Jahren daran, mit dem Dachverband der Schweizer Krankenkassen santésuisse zusammen ein neues Wirtschaftlichkeitsverfahren zu entwickeln. Das Parlament hat diesen Auftrag erteilt, weil das bestehende Verfahren mangelhaft ist: Die Kosten der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte werden in Gruppen verglichen. Wer 30% und mehr über dem Schnitt der Gruppe

³ Anhand pharmaceutical cost groups (PCG) können die Versicherer die Diagnosen ablesen (Asthmamedikament=Asthmatiker). Die Verwendbarkeit der PCG in der Schweiz wurde vom Bund bestätigt (<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00295/12845/index.html?lang=de>)

liegt, fällt auf und muss mit einer Busse rechnen. Verfeinert wird die Beurteilung durch die Variablen Geschlecht und Alter der Patienten, beides Dinge, die der Arzt nicht behandelt. Vorschläge, anhand der effektiven Behandlungen zu beurteilen, wären auf der Basis der Versichererdaten auch gar nicht realisierbar⁴. Dies kann zu Fehlbeurteilungen führen, die dann von den fälschlicherweise angeklagten Ärztinnen und Ärzten in aufwändigen Prozessen richtiggestellt werden müssen⁵. Ein besonders deutlicher Fall⁶ erreichte uns im Juni letzten Jahres. In der Vergleichsgruppe eines Zürcher Arztes war eine Praxis mit rund 50'000 Patienten und rund 30'000 Behandlungen. Ein klarer Fehler. Kein Arzt kann mehr Patienten haben, als er behandelt, keiner 30'000 Behandlungen pro Jahr durchführen. Dieser Ausreisser hatte nun aber zur Folge, dass rund 14% mehr Ärztinnen und Ärzte in dieser Gruppe auffällig wurden. Im Fall des Arztes, der sich an den VEMS gewandt hat, konnten wir statistische Grundlagen liefern, die santésuisse schliesslich nach jahrelangem Beharren zur Einsicht brachten und zum Rückzug der Klage bewogen. Diese Fehlbeurteilung beruht erstens auf der mangelhaften Datengrundlage von santésuisse. Wären die Kosten des betreffenden Arztes mit klinischen Patientendaten bereinigt worden, so hätte dies gezeigt, dass die verursachten Kosten medizinisch begründbar waren und er folglich korrekt gearbeitet hat. Zweitens zeigt aber auch die Tatsache, dass santésuisse den Fehler offenbar übersehen hat, und zwar seit Jahren, ein Kompetenzmanko bezüglich medizinischer Daten. Schliesslich ist eine entsprechende Ausgestaltung von Datengrundlage und Verfahren aber auch nicht unbedingt im Sinne von santésuisse, bringen diese Bussen neben Einkünften doch auch ein Verschreibungsverhalten mit sich, welches tendenziell die Durchschnittskosten senkt (mehr Marge) und die absoluten Kosten treibt (mehr Umsatz).

Beispiel II: Fehleinschätzung Versorgungsforschung

Auf die Motion «Flächendeckendes Hausarztmodell»⁷ von Bundesrätin Simonetta Sommaruga vom 10. Juli 2001 nimmt der Bundesrat wie folgt Stellung: «Es kann nicht mit absoluter Sicherheit gesagt werden, dass sich die beim Hausarztmodell bezüglich der Kosteneffizienz und der Behandlungsqualität festgestellten Ergebnisse bei einer allgemeinen Einführung des "gatekeeper"-Systems im gesamten obligatorischen Krankenversicherungssystem bestätigen würden.» Es ist also von Anfang an fraglich gewesen, ob Hausarztmodelle die behaupteten Kosteneinsparungen tatsächlich und bezüglich der OKP-Kosten insgesamt

⁴ Santésuisse verfügt nur über aggregierte Daten, für eine Verbesserung der Prüfungen wären Individualdaten notwendig (www.physicianprofiling.ch/WZWStatistik2014.pdf)

⁵ <https://www.medinside.ch/de/post/ueberarztung-krankenkassen-fangen-vor-bundesgericht-eine-schlappe-ein>

⁶ <https://www.medinside.ch/de/post/gesucht-die-billig-praxis-mit-55-000-patientinnen>

⁷ https://www.parlament.ch/afs/data/d/bericht/2000/d_bericht_s_k19_0_20003566_01.htm

überhaupt realisiert haben. Der VEMS hat dies in einem entsprechenden Factsheet⁸ untersucht und kommt zum Ergebnis: Die kantonale Entwicklung der OKP-Kosten (brutto pro Kopf) in den Jahren 2001 bis 2012 nach Anzahl Netzwerken in den Kantonen Aargau, Bern, St. Gallen und Zürich (jeweils 10 Netzwerke und mehr) zeigt im Gegenteil ein überproportionales Wachstum der OKP-Kosten pro Patient. Es besteht folglich Abklärungsbedarf: Was sind die Gründe für die überproportionale Zunahme der OKP-Kosten ausgerechnet in jenen Kantonen mit hoher Dichte an Ärztenetzwerken? Diese Frage können beim derzeitigen Datendispositiv nur die Betreiber der Ärztenetzwerke zusammen mit den Versicherungen beantworten. Die Studie «Effects of Integrated Care on Disease-Related Hospitalisation and Healthcare Costs in Patients with Diabetes, Cardiovascular Diseases and Respiratory Illnesses: A Propensity-Matched Cohort Study in Switzerland»⁹ von Carola A. Huber, Oliver Reich, Mathias Früh (alle drei von der Krankenversicherung Helsana) und Thomas Rosemann vom Institut für Hausarztmedizin Zürich behauptet, dies zu tun. Der VEMS hat die Studie in seinem Dossier Peer-Review¹⁰ validiert und kommt zu folgendem Schluss: Die Anzahl Spitaltage sind ein wichtiger Faktor zur Beurteilung der Morbidität anlässlich der Hospitalisation. Längere Spitalpflege bedeutet höhere Morbidität bei Spitaleintritt. Im Jahr 2011 waren die Spitaltage für ICM durchwegs höher als für SCM, was damit zusammenhängen kann, dass die ICM-Patienten später, also in schlechterem Zustand hospitalisiert wurden, weil man aus Kostengründen eine Hospitalisation vermeiden wollte. Dass die Gründe für die auffällig höhere Anzahl Spitaltage von MC-Patienten gar nicht untersucht wurden, zeigt neben anderen methodischen Fehlern, dass die Studie wohl nicht darauf angelegt ist, den effektiven Kosteneffekt zu untersuchen, sondern ihn vielmehr zu beweisen behauptet, weil sie ihn aus Eigeninteressen beweisen will.

Diese beiden Beispiele zeigen die Problematik in aller Deutlichkeit. Eine behördliche Instanz, bemächtigt über die erforderlichen Daten, wäre frei von Eigeninteressen in der Lage, sowohl bezüglich Wirtschaftlichkeitsverfahren eine wissenschaftliche Methode zu entwickeln, als auch effektiv wissenschaftlich zu untersuchen, bei welchen Patienten und in welchen medizinischen Situationen Managed-Care-Netzwerke tatsächliche Einsparungen bringen und bei welchen sie nur kurzfristig Kosten sparen – zum Preis von erklecklichen mittel- bis langfristigen Mehrkosten und viel Leid für die falsch versorgten Patienten. Die Versicherer haben diesbezüglich nicht nur Eigeninteressen, sie verfügen überdies auch gar nicht über aussagekräftige Datenbanken.

⁸ <http://physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetMCForschung.pdf>

⁹ <http://www.docfind.ch/MCRosemann2016.pdf>

¹⁰ <https://sites.google.com/site/vemsreviews/>

Wie sieht nun aber die rechtliche Situation aus? Und wäre auch ein anderes Datendispositiv möglich? Der VEMS hat hierzu beim Versicherungsrechtsexperten Prof. Ueli Kieser ein Gutachten¹¹ zu Fragen der Datenhoheit in der schweizerischen Krankenversicherung bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung eingeholt. Dieses geht folgenden Fragen nach:

1. Wer hat die Datenhoheit über die Informationen aus der Rechnungsstellung OKP?
2. Kann das Bundesamt für Statistik die OKP-Datenbanken der Versicherer ohne weitere Begründung auf der Individualebene einfordern?
3. Kann das Bundesamt für Statistik subsidiär für die Versicherer die Methode der WZW-Prüfung (Wirtschaftlichkeitsverfahren) festlegen und selber durchführen, wenn der Bundesrat den entsprechenden Auftrag erteilen würde?
4. Insbesondere: "Leistungserbringer und Versicherer legen vertraglich eine Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit fest." Bedeutet dies, dass sozusagen exklusiv nur Leistungserbringer und Versicherer gemeinsam die Methode festlegen dürfen? Ist überhaupt gesetzlich festgelegt, dass die Versicherer die Prüfungen selber durchführen sollen, oder wurde nur festgelegt, dass diese die Methode festlegen sollen? Wäre also denkbar, dass mit der festgelegten Methode nicht Versicherer, sondern das BFS die Resultate der Prüfungen generieren könnten, z.B. anhand der Daten der einzelnen Krankenversicherer?

Das Gutachten stellt eingangs fest, dass eine umfassende datenschutzrechtliche Analyse nicht vorgenommen werden kann. Was es indes liefert, ist eine gute Übersicht über die verschiedenen Regelungen, deren Widersprüche und die Probleme, die sich daraus ergeben. Aus diesen Unklarheiten resultiert das Problem einer Zuständigkeitsunschärfe. Das Bundesamt für Statistik kann weder in Fällen von Missbrauch adäquat reagieren, noch ist es in der Lage, die Datenhoheit über die Versichererdaten zu erlangen. Letzteres wäre Bedingung, damit eine unabhängige Bearbeitung und vor allem eine sinnvolle Zusammenführung dieser Daten mit weiteren patientenrelevanten Datenquellen möglich wäre. Das Gutachten zeigt indes, dass durchaus auch das Bundesamt für Statistik (BfS) die einzelnen Rechnungsdaten einfordern und selber Wirtschaftlichkeitsprüfungen durchführen kann, welche dann dem BAG zu Kontrollzwecken zu Verfügung gestellt würden. Allarmierend ist in diesem Zusammenhang allerdings, dass *santésuisse* derzeit in keinem Bereich irgendeiner behördlichen Aufsichtspflicht unterstellt ist, wie einem Schreiben¹² von Pascal Strupler, Direktor des

¹¹ www.docfind.ch/Kieser072016.pdf

¹² <http://www.docfind.ch/BAGStrupler052016.pdf>

BAG, an den VEMS zu entnehmen ist. Solange hier keine Verbesserung gelingt, werden sowohl die Instrumente der Beurteilung ärztlicher Tätigkeit als auch die meisten Studien der Versorgungsfor- schung auf Datengrundlagen beruhen, die effektive Erkenntnisse im wissenschaftlichen Sinn gar nicht erlauben, weil darin klinische Variablen fehlen, welche die beobachteten Sachverhalte be- gründen oder widerlegen könnten.

Die Situation der Methodik

Wenn sich unsere Behörden nun also anschicken, die Beurteilung der Effizienz medizinischer Be- handlungen vermehrt selber in die Hand zu nehmen (was zu begrüssen ist), dann kann dies nur auf der Grundlage eines neuen Datendispositivs gelingen. Dies ist eine Bedingung sine qua non für die Entwicklung einer Methodik, die zielführend nicht nur im Sinne der Ziele der Krankenkassen ist. Ist zu erwarten, dass diese dazu Hand bieten? Wohl eher nicht. Der VEMS wollte per E-Mail- Anfrage von Verena Nold, der Direktorin von santésuisse, wissen, ob der oben geschilderte grobe Fehler bei den Wirtschaftlichkeitsverfahren eine interne Intervention zur Folge hat. Frau Nold ant- wortete mit E-Mail vom 15. 06.16: «Die im Zusammenhang mit dem von Ihnen erwähnten Fall er- forderlichen internen Massnahmen wurden ergriffen, um die Wirtschaftlichkeitsprüfungen in adä- quater Weise umzusetzen.» Auf die Frage, was santésuisse im konkreten Fall mit den übrigen Ärz- ten der Vergleichsgruppe und was grundsätzlich zur Verbesserung des mangelhaften Verfahrens unternehme, schrieb Frau Nold: «Die Methode wird im Rahmen von Art. 56 Abs. 6 KVG weiter- entwickelt. Diesbezüglich ist santésuisse seit Jahren mit der FMH regelmässig in Kontakt. Seitens santésuisse liegen konkrete Vorschläge zur Berücksichtigung von weiteren Morbiditätskriterien vor.» Offen lässt Frau Nold, was mit allfälligen unrechtmässig eingeforderten Bussen geschieht und was im konkreten Fall mit den anderen Ärzten der Vergleichsgruppe geschieht, bzw. ob deren Be- urteilung nun revalidiert wird, wie es korrekt und zu erwarten wäre.

Bezüglich der Vorschläge zur Berücksichtigung von weiteren Morbiditätskriterien muss sich Frau Nold, da santésuisse über keine Datenbanken mit klinischen Variablen verfügt, wohl auf ein Gutachten der B,B,S. beziehen. Der VEMS ist im Besitz dieses Gutachtens und hat es bereits vor einiger Zeit von einem Spezialisten in Statistik und Mathematik beurteilen lassen¹³. Aus der Expertise von Dr. Warmuth geht hervor, dass die vorgeschlagenen Variablen keine Morbiditätsva- riablen sind, sondern vielmehr Variablen, von denen hypothetisch angenommen wird, dass sie hel- fen, die Kosten zu begründen, wie beispielsweise die Ärztedichte. Mit der Berücksichtigung dieser Variablen wird die Methode nicht wissenschaftlicher. Man kann nicht beweisen wollen, dass ein

¹³ www.docfind.ch/WZWGutachtenWarmuth032016.pdf

Arzt überarztet, indem man hypothetisch annimmt, es würde bei einer hohen Ärztedichte grundsätzlich eher überarztet, denn dieser Zusammenhang wurde bisher wissenschaftlich nicht bewiesen.

Dieses Verhalten legt nahe: Es ist vonseiten Krankenkassen ohne massiven Druck durch unsere Behörden wohl nicht mit mehr Wissenschaftlichkeit zu rechnen. Besonders stossend dabei ist, dass die Probleme des Verfahrens nun schon seit mehr als zehn Jahren erkannt und benannt sind, wie einem Bericht¹⁴ des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) zu entnehmen ist. Die Krankenkassen arbeiten aber dessen ungeachtet weiter auf der Basis hinlänglich als nicht zielführend erkannter Methoden, wie das Gutachten von Prof. Warmuth zeigt, und dies nicht nur im Bereich der Wirtschaftlichkeitsverfahren. Das Resultat dieses unwissenschaftlichen, weil interessengetriebenen Klimas ist eine Situation des Try-and-Errors. Damit ist unser Gesundheitswesen anfällig auf Fehleinschätzungen. Diese können zu Massnahmen führen, welche zunächst die gewünschten Erfolge bringen, indem sie über entsprechende Anreize ein kostensparendes Verhalten zwar bewirken, dies aber zum Preis von neu gesetzten Fehlanreizen, welche insgesamt ein Kostentreibendes Verhalten induzieren. Um dem entgegenzuwirken, werden dann jeweils weitere Massnahmen lanciert, was die Situation unter Umständen akzentuiert. Da diese Massnahmen ineinander hineinwirken, wird es überdies immer schwieriger, Ursachen-Wirkungs-Zusammenhänge der verschiedenen Steuerungsinstrumente überhaupt noch korrekt zu identifizieren. Diese Situation entspricht so ziemlich genau dem Alptraum jedes redlichen Wissenschaftlers. Sie konnte entstehen, weil in unserem Gesundheitswesen derzeit nicht die Wissenschaft die treibende Kraft ist, sondern qua Politik eingebrachte Eigeninteressen.

Unsere Behörden schliessen sich dem pseudowissenschaftlichen Ansatz dieser Art falsch verstandener Krankenkassenökonomie bedauerlicherweise aber immer mehr an, anstatt ihm mit Wissenschaftlichkeit entgegenzuwirken. Beurteilt man etwa die Arbeit eines Spitals anhand von Sterberaten und Fallzahlen, wie es die Qualitätsindikatoren des Bundesamtes für Gesundheit BAG tun, so scheint das auf den ersten Blick plausibel: Die Spitäler sind so im eigenen Interesse dazu angeregt, sorgfältig zu arbeiten, um Todesfälle zu vermeiden; wobei neben strukturellen Massnahmen auch die Routine eine wichtige Rolle spielt, welche mit der Fallzahl als Indikator abgebildet wird. In ebendiesem eigenen Interesse könnten die Spitäler nun aber, vergleichbar mit dem Verhalten bei den Fallpauschalen, Patienten, deren Behandlung ein hohes Todesrisiko birgt, möglichst nicht behandeln. Behandeln sie stattdessen bevorzugt Patienten, bei denen diese Gefahr gering ist, so sind diese Behandlungen medizinisch vielleicht nicht immer zweckmässig, das Spital erhöht damit aber seine Fallzahl, womit es doppelt gewinnt. Wir haben hier also denselben ökonomisch-liberalistischen Ansatz wie bei den Fallpauschalen. Mit vergleich- und absehbaren Folgen. Dem

¹⁴ <http://www.docfind.ch/OBSANBerichtArztPruefung102004.pdf>

kann nur entgegengewirkt werden, wenn die Qualitätsindikatoren des BAG patientenbereinigt werden, was einen Einbezug klinischer Daten und ein grundsätzliches Überdenken der Methodik bedingt. Beides gelingt voraussichtlich eher durch die eine engere Zusammenarbeit mit der Medizin (Fachgesellschaften) als durch die Zusammenarbeit mit der und die Angleichung an die Krankenkassenökonomie¹⁵.

Methodische Möglichkeiten, ihre Vorteile und Nachteile

Im Folgenden wollen wir mit einem Überblick aufzeigen, welche Möglichkeiten der Effizienzbeurteilung es heute gibt und wo ihre jeweiligen Vor- und Nachteile liegen. Diese Übersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, zeigt aber doch Richtungen auf, welche zielführend, und solche, welche problematisch sind.

Die schweizerischen Prüfmethode zum Nachweis der Effizienz im Gesundheitswesen werden aufgrund der Richtlinien der «good epidemiologischen practice» anhand diverser Beispiele geprüft und daraus Empfehlungen abgeleitet. Dies entspricht dem Methodenvorschlag, welcher im Nationalen Forschungsprogramm 45 empfohlen wurde¹⁶. Einigkeit herrscht darüber, dass der Nachweis von Effizienz im Gesundheitswesen in Anbetracht der hohen Behandlungskosten Voraussetzung für den sinnvollen Einsatz der verwendeten finanziellen Mittel ist. Wie soll dieser Nachweis nun aber gelingen? Hier stellt sich die grundsätzliche Frage, aus welcher alle weiteren Fragen entstehen: Soll die Effizienz auf der Individualebene (Audits) oder auf der Aggregatebene (Massendaten, BigData) beurteilt werden? Die schweizerischen Qualitätsmessungen der medizinischen Effizienz gründen a) auf klinischen Einzelfällen, b) auf der Kosteneffizienz der Therapeutika und c) auf Vergleichsbeobachtungen aggregierter Daten (Big Data).

a) Einzelfallprüfungen erfolgen:

- anhand von facheigenen Audits durch leitende Ärzte in der Klinik,
- durch fachfremde Kostengutsprachen der Vertrauensärzte und
- durch externe Audits, teils im Rahmen der Initiative Qualität in der Medizin (IQM).

Mit Ausnahme der Kostengutsprachen sind die facheigenen internen medizinischen Audits im Grundsatz der Versorgungsqualität verpflichtet, während Kostengutsprachen auch unter dem Aspekt der zu vermeidenden Kosten erteilt werden, also an ein Interesse jenseits des Indikationsentscheids gebunden. Die Qualität der Audits ist in der Regel sehr hoch. Voraussetzung hierfür ist das Fehlen problematischer Anreize zur Verbesse-

¹⁵ Eine ausführliche Aufarbeitung dieser Problematik mit Literaturangaben: <http://www.docfind.ch/VEMSQuality230516.pdf>

¹⁶ <http://www.docfind.ch/NFP45BisigSB.pdf>

rung der betrieblichen Kosteneffizienz und zur Verbesserung der Vergleichsdaten. Externe randomisierte und unangemeldete Audits sind in der Schweiz noch nicht existent.

Vorteile: Audits von Einzelfällen können durch eine zufällige Auswahl der zu untersuchenden Fälle erfolgen und damit allfällige Probleme auf das Ganze hochgerechnet werden. Facheigene Audits haben einen hohen wissenschaftlichen, also beweisenden oder Umstände erklärenden Gehalt, schaffen die Möglichkeit, Verbesserungen auf realen Umständen basierend zu erarbeiten und verbessern damit die realitätsbasierte Lern-Kybernetik. Darüber hinaus können Verbesserungen nochmals überprüft werden und auch unerwartete Probleme herausgefiltert werden. Auf der ethischen Ebene besteht ein geringes Potential für falsche Einschätzungen, Fallselektionen kann rasch aufgedeckt und damit Risiken für Patienten reduziert werden. Anhand der Überwachung der medizinischen Indikationsqualität wird die Effizienz der Behandlungsqualität erhöht und gleichzeitig unnötiges Handeln auch präventiv durch unangemeldete Audits verhindert. Damit wird das Risiko einer falsch angereizten Medizin reduziert, Betrug wird auf der Beweisebene erfasst und quantifizierbar und reduziert die Zahl dysfunktionaler Ärzte.

Nachteile: Audits können selber Gegenstand dysfunktionaler Abläufe und Anreize werden, weswegen ein Ober-Audit System notwendig ist.

Zukunft: Für eine Beurteilung medizinischer Effizienz sind unangemeldete interinstitutionelle Audits vergleichbar dem Visitieren unserer Lehrkräfte durch die Schulpflege unabdingbar. Sie garantieren präventiv und objektiv die Eliminierung dysfunktionaler Indikationsentscheide und sollten deshalb als Expertensystem einen zentralen Pfeiler in der Effizienzbeurteilung des Gesundheitswesens bilden.

- b) Bei der Kosteneffizienz der Therapeutika erfolgt die Prüfung über Health Technology Assessments (HTA), welche einerseits in der klassischen Form auf den Resultaten randomisierter Studien basieren und andererseits therapeutische Nutzenvergleiche zwischen Resultaten aus randomisierten Studien durchführen. Je nach Resultat können teure Therapeutika einer Limitation unterstellt werden. Mitunter erfolgt eine Limitation auch weitgehend aufgrund reiner Kostenrechnungen (jüngst bei Hepatitis C Medikamenten). Die bisherige Erfahrung zeigt, dass das Bundesamt für Gesundheit tendenziell für teure Medikamente (Jahreskosten über 5'000 Franken) eine Limitation ausspricht, mit unabsehbaren Folgen für die medizinische Versorgung. Auf der Ebene der HTAs sind andererseits auch heute noch die Beurteilungsprozesse ungenügend definiert. Fer-

ner wird mittels einer nicht validierten Methodik (quality adjusted life years, QALY) eine Variable und ein Konzept eingeführt, welche anfällig für Manipulation sind, indem sie grundsätzlich zulassen, effiziente Medizin als ineffizient darzustellen, wenn dies opportun scheint.

Vorteile: Kosten pro medizinischer Effekteinheit sowie Kostenvergleiche verschiedener Anbieter für die gleichen postulierten Effekte haben ein grosses Effizienzsteigerungspotential.

Nachteile: Die in der Schweiz verwendete Methodik ist nicht ausreichend ausgereift und hat das Potential, wirksame Therapien, insbesondere bei chronischen Krankheiten wie Rheuma, durch zu gering bedachte Folgekosten auf der volkswirtschaftlichen Ebene zu unterschätzen.

Zukunft: HTA Prozesse müssen demokratisiert werden. Die Prozesse müssen jedermann zugänglich sein, und die Schlussfolgerungen müssen einer öffentlichen Diskussion standhalten.

c) Aggregierte Daten basieren auf interkantonalen und interinstitutionellen Vergleichsbeobachtungen (Klinik, Praxis) betreffend:

- Komplikationsraten (Infektionen, Stürze, Sterberaten etc. in der Klinik),
- Patientenzufriedenheit (in der Klinik) und
- Wirtschaftlichkeitsprüfungen (in der Arztpraxis der frei praktizierenden Ärzte).

Komplikationsraten

Vorteile: Komplikationsraten werden vergleichend gewertet und gestatten immerhin die Generierung einer weiter mit wissenschaftlichen Methoden zu überprüfenden Hypothese.

Nachteile: Erhöhte Komplikationsraten haben sehr viele mögliche Ursachen, z.B. erhöhte Infektionsraten bei Patienten mit Diabetes oder rheumatoider Arthritis. Erhöhte Sterberaten können nicht als Qualitätsmerkmal verwendet werden, da sie zu häufig durch nicht medizinische Gegebenheiten verfälscht werden. So konnte gezeigt werden, dass der Patientenverzicht auf Reanimation die Sterblichkeit nach Hirnblutung um das Dreifache erhöhte. Anhand von zufälligen Audits zeigte zudem eine grosse Studie, dass in US-Spitälern die Zahl vermeidbarer Todesfälle bei rund 1:10'000 lag. Die Korrektur für Patientenvariablen zeigte, dass verschiedene kommerzielle Anbieter komplett ver-

schiedene Resultate lieferten und dass selbst bei optimaler Korrektur für Patientenvariablen schon nur die Behandlung von kränkeren Patienten die Sterblichkeit erhöht. Ratenvergleiche bergen wissenschaftlich betrachtet keine Evidenz für dysfunktionale Medizin und sind deshalb als Benchmark für die Effizienz problematisch. Dort, wo sie operativ wirken, passt sich die Institution an den Benchmark an und verletzt dadurch unter Umständen den Behandlungsauftrag.

Zukunft: Interinstitutionelle Vergleiche sind heute ein billig zu habendes Steckenpferd praktisch sämtlicher mit Qualitätsfragen beauftragten Institute. Anhand von Experten-Audits kann künftig der Beweis erbracht werden, dass diese erhebliche Ressourcen bindenden Aktivitäten auch wirklich die Effizienz in der Medizin steigern.

Patientenzufriedenheit

Vorteile: Die Patientenzufriedenheit ist in der Spital-Hotellerie ein Grundpfeiler für die Beurteilung der Versorgungsqualität auf der Ebene des Wohlbefindens.

Nachteile: Die Patientenzufriedenheit ist kein Qualitätsmerkmal und kein validierter Benchmark für die medizinische Versorgungsqualität und Effizienz.

Zukunft: Expertenaudits können hier als unabhängige Beurteiler von medizinischen Problemen allfällig unzufriedene Patienten beraten und damit die Position der Patienten stärken. Insbesondere krasse Behandlungsfehler, welche den Patienten verschwiegen werden, können so aufgedeckt werden.

Wirtschaftlichkeitsprüfung

Vorteile: Wie vom Gesetzgeber beabsichtigt, soll die medizinische Effizienz auch möglichst kostengünstig erfolgen. Eine Überprüfung der Effizienz auf mögliche Kosteneinsparungen erhöht damit die Kosteneffizienz des Gesundheitswesens.

Nachteile: Die Schwierigkeiten der Wirtschaftlichkeitsverfahren und die diesbezügliche rechtliche Situation wurden weiter oben in diesem Dokument aufgezeigt. Das Problem liegt hier in der grundsätzlichen Frage, ob die Wirtschaftlichkeit anhand der verursachten Kosten oder anhand der Patientenvariablen beurteilt werden soll. Anders formuliert: ob die Wirtschaftlichkeit aus aggregierten oder aus individualisierten Daten ablesbar ist. Santéuisse sind dabei die Hände gebunden, weil sie nur über aggregierte Daten verfügt, während die FMH richtigerweise für eine patientenzentrierte Sichtweise

optiert. Die FMH hat allerdings keine eigenen Modelle in die Arbeitsgruppe WZW eingebracht, womit die Gefahr besteht, dass *santésuisse* mit ihrem Vorgehen die kostenzentrierte Wirtschaftlichkeitsprüfung durchsetzen wird.

Zukunft: Es sollten Modelle entwickelt werden, welche patientenzentrierte Kosten berechnen und daraus die Wirtschaftlichkeitsprüfungen ableiten.

Diskussion, Forderungen und Perspektiven

Aus dem hier Aufbereiteten zeigt sich, dass das Hauptproblem vieler Qualitätsinstrumente darin liegt, dass ihre Zweckmässigkeit nicht erforscht wurde. Erforscht und erwiesen indes ist, dass gewisse Instrumente wie die Sterberaten die Effizienz des Gesundheitswesens senken. Es besteht folglich Handlungsbedarf bei den Behörden. In erster Linie: Entfernung von zweifelhaften Qualitätsinstrumenten, in zweiter Linie umfassende facheigene Überprüfung der Effizienz durch unangemeldete zufällige Audits. Dies zunächst im Bereich der vermuteten Überversorgung (z. B. Koronarsentents). Durch den Zufallscharakter der Erhebungen lassen sich alsdann statistisch valide Aussagen über das Ausmass des Überversorgungsproblems ableiten und daraus wichtige Erkenntnisse zur Steuerung des Gesundheitswesens ableiten. Ohne die reale facheigene Überprüfung von Annahmen aus Beobachtungsstudien können Existenz und Ausmass der Über- und Unterversorgung im klinischen Alltag nicht festgestellt werden. Auch Peer-Reviews und Audits, welche wegen erhöhten Mortalitätsraten ausgelöst werden, sind der falsche Weg. Denn gerade die erhöhte Mortalität kann Ausdruck besserer Versorgungsqualität sein. Problemkliniken andererseits können sich hinter niedrigen Sterberaten verstecken und so ungehindert unzweckmässige Fallsektionen durchführen.

Der VEMS hat zu diesem Thema am 23. Mai 2016 mit Oliver Peters, Vizedirektor des BAG, Dr. med. Michel Romanens, VEMS, und Prof. Dr. med. Markus Zuber, Solothurner Spitäler, ein Symposium durchgeführt¹⁷. Unser anschliessender Tribüne-Beitrag¹⁸ in der NZZ vom 23.06.2016 und Oliver Peters' Replik¹⁹ darauf in der NZZ vom 12.07.2016 bilden den Stand der Diskussion gut ab. Wir argumentieren, der Ansatz bei der Qualitätsmessung des BAG sei ein ökonomisch-liberalistischer, der sich insgesamt als kontraproduktiv erwiesen habe: Die Spitäler werden im Interesse des eigenen Überlebens angereizt, sauber zu arbeiten. In ebendiesem eigenen Interesse könnten sie aber auch, vergleichbar mit dem Verhalten bei den Fallpauschalen, Patienten, deren Behandlung ein hohes Todesrisiko birgt, möglichst nicht behandeln. Behandeln sie stattdessen bevorzugt Patienten, bei denen diese Gefahr gering ist, so sind diese Behandlungen medizinisch viel-

¹⁷ <http://www.vems.ch/symposien>

¹⁸ <http://www.docfind.ch/KurthNZZ062016.pdf>

¹⁹ <http://www.docfind.ch/PetersBAGNZZ072016.pdf>

leicht nicht immer zweckmässig, das Spital erhöht damit aber seine Fallzahl, womit es doppelt gewinnt.

Oliver Peters beruft sich in seiner Replik auf die Aufnahmepflicht der Spitäler, welche dazu führe, «dass Schweizer Spitäler (im Gegensatz zu den häufig zitierten Beispielen aus den USA) die Aufnahme von Hochrisikopatienten nicht verweigern können». Er räumt allerdings ein: «Das Bundesamt für Gesundheit ist sich aber der Möglichkeit von Risikoselektion bewusst ...». Von zufälligen Audits indes hält er wenig: «Qualitätskennzahlen dienen im Sinne von «Aufgreifindikatoren» dazu, Auffälligkeiten nachzugehen und aus ihnen zu lernen. Es ist nämlich wesentlich effizienter, aufgrund von auffälligen Indikatoren Expertenaudits durchzuführen, als zufällig vorzugehen». Dieses Argument sticht auf den ersten Blick. Vergleichen wir mit anderen Branchen, wird allerdings seine Schwäche ersichtlich: Das Lebensmittelinspektorat beispielsweise inspiziert nicht nur jene Restaurants, deren Gäste Lebensmittelvergiftungen erlitten haben, sondern alle, zufällig, deshalb präventiv. Die Möglichkeit, jederzeit mit einer Inspektion rechnen zu müssen, hält die Wirte dazu an, sauber zu arbeiten. Wird nur nach einem solchen Ereignis inspiziert, so wird sich ein fehlbares Restaurant, sowie sich ein Gast über Verdauungsbeschwerden beklagt, eiligst anschicken, seine Küche keimfrei zu machen, bevor der Inspektor kommt. Zudem können die Gründe für eine Magenverstimmung bekanntlich vielfältig sein. Darüber kann man dann endlos spekulieren. Oder einfach unangemeldet inspizieren und sachlich und fachlich fundiert nachweisen, in welcher Küche Keime sind, um den Wirt zu warnen, gegebenenfalls das Restaurant umgehend schliessen zu lassen. Ebenso verhält es sich bei Inspektionen der Schulpflege oder auf der Baustelle oder in fast jeder anderen Branche.

Der Grund dafür ist klar, um auf das Gesundheitswesen zurückzukommen: Wenn nur in jenen Spitälern auditiert wird, deren Indikatoren ausschlagen (hohe Sterberate, kleine Fallzahl), dann könnten sich just jene Spitäler, die mit medizinisch unzureichendem Verhalten ihre Indikatoren schönen, vor solchen Audits drücken. Nichts schützt mit diesem Setting besser vor der Überprüfung auf kriminelles Verhalten, als dieses kriminelle Verhalten selbst. Auch ist aus nahezu allen Branchen das Phänomen bekannt, dass die Überprüfung anhand von Indikatoren dazu führt, dass primär die Indikatoren erfüllt werden, nicht der Auftrag, was zur systematischen Förderung der Produktion von Unsinn führen kann²⁰. Fachliche Überprüfungen nach dem Zufallsprinzip andererseits sind nur gestützt auf medizinische Kompetenz und nur von entsprechend geschulten Spezialisten, Mediziner also, durchführbar. Dies bedingt eine Zusammenarbeit mit der Medizin, vor der sich das BAG drücken will.

²⁰ <http://www.mathias-binswanger.ch/index.php/sinnlose-wettbewerbe-warum-wir-immer-mehr-unsinn-produzieren>

Insgesamt ist festzuhalten: Eine effiziente Überprüfung der Arztbehandlungen ist nur anhand von Patientenprofilen möglich. Stimmen die Arztbehandlungen nicht mit dem Patientenprofil überein, besteht der Verdacht auf unzweckmässige Arztbehandlung. Jede Fachgesellschaft ist in der Lage, anhand von Patientenprofilen zweckmässige Arztbehandlungen zu definieren. Das Patientenprofil wird durch seine Krankheiten ungenügend beschrieben. Zusätzliche Informationen sind beispielsweise der Grund der Konsultation, der Schweregrad der Erkrankungen und die Polymorbidität. Treten auffällige Arztleistungen im Patientenprofil auf, sind diese zu auditieren. Dabei kann fehlbares Verhalten dann eindeutig und medizinisch korrekt bewiesen werden. Unsere Behörden sind folglich gut beraten, sich bei der Entwicklung adäquater Beurteilungsmethoden medizinischer Effizienz an die Medizin und ihre Instrumente zu halten anstatt an die Krankenkassenökonomie. Denn im Gegensatz zu dieser hat die Medizin den Nachweis der Wirksamkeit ihrer Methoden bereits hinlänglich erbracht.



Weitere VEMS-Positionspapiere und VEMS-Factsheets:
www.vems.ch/fakten-und-standpunkte