

# Publikation von Sterberaten: ein weiteres Beispiel für lebensgefährliche Spielereien in der Gesundheitspolitik

## Hintergrund

### Sparen mit Kostenfolge

Die Kosten des Gesundheitswesens belaufen sich auf mehr als 50 Mia. Franken jährlich. Seit 1996 nehmen dabei die Kosten in den Ambulatorien der Spitäler überproportional zu. Heute ist es akzeptierte Tatsache, dass zusätzliche Kosten dadurch verursacht wurden, dass sich ambulante Patienten statt beim Hausarzt in den Spitälern behandeln lassen. Damit verkehrt sich das Sparen bei der Hausarzt-Medizin in einen weiteren Kostenschub. Dieser Fehler wäre jedoch mit wenigen Überlegungen schon in seiner Anlage erkennbar gewesen, denn auch hier gilt: wer einen Apfelbaum sät, wird Äpfel ernten.

### Raten, Mittelwerte, Confounders

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) publiziert Sterberaten für in Spitälern behandelte Krankheiten. Damit soll die Qualität der medizinischen Leistungen messbar und verbessert werden. Eine Sterberate ist eine statistische Grösse: Anzahl der Todesfälle z.B. nach einer Herzoperation innerhalb einer Zeiteinheit, z.B. während des Spitalaufenthaltes. Werden die Raten verschiedener Spitäler zusammengezählt und durch die Zahl der Spitäler dividiert, ergibt sich ein Mittelwert der Sterberaten. Treten höhere Sterberaten auf, kann unterstellt werden, dass die medizinische Qualität zu wünschen übrig liess.

Die Beobachtung einer erhöhten Sterberate wird dabei automatisch mit einer zu niedrigen medizinischen Qualität verbunden, womit die wichtigste Ursache des Todes eines Patienten, sein Gesundheitszustand vor der Operation, ausgeblendet wird. Der Gesundheitszustand ist für das Sterberisiko der wichtigste Aspekt und somit der Haupt-Confounder, welcher heute in den Betrachtungen um die medizinische Qualität mit unglaublicher Regelmässigkeit aus der öffentlichen Wahrnehmung eliminiert wird, zum Schaden der Patienten selbst.

## Drei Beispiele

### Sterberaten

In den USA werden Sterberaten seit bald 20 Jahren für medizinische Zentren oder einzelne Aerzte publiziert, so dass sich der interessierte Laie ein Bild von der „Qualität“ der angebotenen Leistungen machen kann. Die Folgen für die Patienten müssen jedoch als lebensgefährlich bezeichnet werden, wie eine kürzlich in einer amerikanischen medizinischen Fachzeitschrift publizierte Studie aufweist (Journal of the American College of Cardiology, JACC 2009; 53:825-830). Das Problem stellt sich dadurch, dass hohe Sterberaten von den Institutionen korrigiert werden müssen, um eine

Abwanderung von Patienten zu verhindern. Da das Sterberisiko zu über 80% durch den Gesundheitszustand des zu operierenden Patienten verursacht wird und jene Patienten mit dem schlechtesten Gesundheitszustand am meisten von einem Eingriff profitieren, führt die Publikation von Sterberaten zu einer paradoxen Situation: diejenigen, welche am meisten Nutzen aus einer Operation ziehen würden, werden einfach nicht mehr operiert. Damit sinkt die Sterberate z.B. von 1.5% auf 1.3%. Dies zeigt auch, dass die Sterberaten häufig sehr niedrig sind und schon wenige Patienten diese ungünstig beeinflussen können. Zusätzlich kann die Sterberate gesenkt werden, indem Personen mit einem insgesamt guten Gesundheitszustand häufiger operiert werden, selbst dann, wenn es für die Patienten nicht nützlich ist. Es ist aufgrund der niedrigen Zahl der Sterbefälle auch bisher nicht möglich, durch zusätzliche Korrekturen (risk adjustments) das Problem in den Griff zu bekommen.

### Mittelwerte bei Diagnostic Cost Groups (DRG)

Die DRG werden zurzeit von der SwissDRG.ch, einem privaten Verein zusammen mit dem BAG, der Schweizerischen Aerztervereinigung FMH sowie der santésuisse ausgearbeitet. Aufgrund von Beobachtungen fand man, dass gewisse Operationen oder Behandlungen von Krankheiten *im Mittelwert* so und so viel Franken kosten. Grundsätzlich wird auch bei dieser primär einleuchtenden Transparenz-Erhöhung der Kosten vergessen, dass die häufigsten Kostenüberschüsse erneut durch den Gesundheitszustand des Patienten determiniert bzw. verursacht werden. Dem versucht zwar die SwissDRG durch die separate Abgeltung von Komplikationen Rechnung zu tragen. Würde dieses Konzept perfektioniert, das heisst, der Gesundheitszustand als Grösse mit hoher Treffsicherheit messbar werden und als Korrekturfaktor in das Entgelt für den Eingriff vollumfänglich berücksichtigt, wäre das DRG System ad absurdum geführt: das DRG System basiert ja gerade auf der möglichst ungenauen Messbarkeit des Gesundheitszustandes eines Patienten und schaut soviel wie möglich nur auf die behandelte Diagnose (also z.B. Blinddarm). Das Risiko der Blinddarm-Operation muss dann im Komplikationsfalle das Spital selber tragen. Es wird deswegen gefordert, dass allfällige negative Auswirkungen der SwissDRG auf die medizinische Versorgung der Schweizerischen Bevölkerung wissenschaftlich überwacht werden. Doch dies wird in nicht genügendem Umfang geschehen: es gibt keinen gesetzlichen Auftrag hierfür. Die Folge des DRG Systems sind bekannt: Patienten mit schlechter Gesundheit werden nicht mehr operiert, auch wenn die Operation trotz der Risiken durchaus sinnvoll wäre, andererseits werden Personen mit niedrigem Risiko (also mit gutem Gesundheitszustand) häufiger operiert, damit am Schluss die Kasse stimmt.

## Mittelwert-Statistik der santésuisse

Neben den DRG existieren in der Literatur, welche sich mit Qualitätskontrollen befasst, auch die PCG, also die pharmaceutical cost groups, welche auf die behandelte Krankheit hinweisen (z.B. Insulin für Diabetiker, Herceptin für Brustkrebs). Es ist in der Literatur anerkannt, dass bei den DRG sehr wohl, bei den PCG jedoch praktisch nie geschummelt wird: PCG sind einfacher zu erfassen und zu kontrollieren, zudem werden Patienten von ihren Ärzten nicht mit Medikamenten behandelt, die sie nicht benötigen. In der Hausarzt-Medizin schlagen die Kosten für Medikamente in hohem Mass zu Buche, in der Regel zu über 80%. Damit sind auch die Kosten, die der Arzt verursacht zu über 80% bedingt durch die behandelte Krankheit des Patienten. Behandelt ein Arzt häufiger als ein anderer Arzt teure Patienten, ist er somit gezwungenermassen teurer als sein Kollege. Die santésuisse ist da aber anderer Meinung: sie erfasst die Mittelwerte der Kosten pro Arzt und behauptet, dass jeder Arzt, der 30% oder mehr teurer sei als sein Kollege, unwirtschaftlich handeln würde. Um die Kosten in der medizinischen Grundversorgung zu senken, benutzt deshalb die santésuisse diesen Mittelwert als „präventives Druckmittel“. Die Folgen sind auch hier für die Patienten negativ. Entweder wird der Hausarzt seine teuren Patienten billiger oder für bestimmte Krankheiten ungenügend behandeln (versteckte Rationierung, da der Patient dies nicht bemerkt), oder er schiebt den Patienten ab, z.B. in ein Spitalambulatorium. Damit verteuern sich jedoch unweigerlich die Kosten pro Krankheitsfall.

## Ursache und Wirkung verwechselt

### Es hat System

Mit Raten und Mittelwerten wird versucht, den gesamten medizinischen Bereich, also stationär und ambulant, kostenmässig besser zu kontrollieren: die Leistungserbringer werden dadurch vermehrt gezwungen, Patienten mit schlechten Risiken und hohen Versorgungskosten abzuweisen. Dies trifft vor allem chronisch kranke Patienten, welche sich gegen solche Mechanismen nicht wehren können und führt zu einer Entsolidarisierung in der medizinischen Versorgung.

### Typisierung des Arztberufes

Sterbestatistiken, DRG und Wirtschaftlichkeitsverfahren sind untaugliche, für die unterversorgten Patienten mitunter gefährliche, aber in der Gesundheitspolitik zunehmend beliebte Instrumente, um die „teuren Ärzte“ billiger zu machen. Es wird dabei so getan, als ob die Ärzte in einer Art Selbstbedienungsladen ihr Einkommen mit den Kranken allzu beliebig steigern würden und dass die Hauptursache der Kostensteigerungen bei der Selbstbedienungsmentalität der Ärzteschaft liegt. Selbstverständlich gibt es auch unter den Ärzten schwarze Schafe. Selbstverständlich könnte da und dort etwas weniger ausgegeben werden. Man kann aber das Problem, dass die Kosten zu über 80% durch die Patienten verursacht werden, so sie denn dem heutigen Stand ärztlicher Kunst gerecht behandelt werden sollen, nicht unter den Teppich kehren. Die Typisierung der Berufsgruppe Ärzteschaft zu unwirtschaftlichen

„Betrügern“ an den Krankenkassen ist die Voraussetzung für die Schaffung von Raten und Mittelwerten, welche vom eigentlichen Problem ablenken sollen: die Kosten verursacht nicht der Arzt, sondern der Patient mit seiner Krankheit.

## Perspektiven

### Hausarzt-Medizin erhalten

Raten und Mittelwerte sind geeignet, die Qualität der medizinischen Grundversorgung zu vermindern. Als dringlichste Massnahme sollte ein Moratorium für die Wirtschaftlichkeitsverfahren der santésuisse durch das BAG verfügt werden. Die Wirtschaftlichkeitsverfahren der santésuisse sind ein wichtiger Kostentreiber im Gesundheitswesen geworden.

### Kultur der Zweitmeinung entwickeln

Medizinische Eingriffe sind zu einem lukrativen Geschäft für die Ärzte geworden. Praktisch jeder Eingriff ist ohne „Körperverletzung“ nicht möglich, mit den entsprechenden Risiken. Die Indikation für nicht notfallmässige medizinische Eingriffe mit relativ hoher Kostenfolge sollten deshalb im Zweifelsfall durch eine verbesserte Zweitmeinungs-Kultur überprüft werden. Diese würde zusätzlich eine unabhängige Patienteninformation ermöglichen und unnötige Eingriffe verhindern.

### Mediziner als Staatsangestellte

Es ist ziemlich abwegig zu meinen, mit Raten und Mittelwerten könnten Kosten gespart werden. Es wäre im Gegenteil Aufgabe des Staates, solchen Auswüchsen entschieden zu begegnen, damit die Versorgungssicherheit der Schweizerischen Bevölkerung nicht Schaden nimmt. Liberalisierung des Gesundheitsmarktes, Aufhebung des Kontrahierungszwanges und Mittelwert-Instrumente als Benchmarks für Qualität sind kontraproduktiv. Die Risiken von solchen Sparübungen für die Bevölkerung als Ganzes sind sehr hoch. Will man das Einkommen der Ärzte senken, gibt es nur den Weg über die Staatsmedizin.

### Qualitätskontrollen – Benchmarking – Profiling: bitte mit Anstand!

Die Gefahren der Mittelwert-Betrachtungen sind ja grundsätzlich bekannt. Trotzdem werden aber nun z.B. Sterberaten publiziert. Dahinter versteckt sich die Absicht, die Leistungserbringer zu zwingen, bessere Methoden zu entwickeln, um mehr Transparenz auf der Kostenseite zu schaffen. Dieses Vorgehen möchte Druck aufbauen, ist aber zynisch, unethisch und hilflos. Die Ärzte sind sich selber mit sehr hohem moralischem Anspruch zur Kontrolle ihres Tuns verpflichtet. Die medizinische Literatur belegt tausendfach den anhaltenden Kontrollprozess der Qualität medizinischer Leistungen sowohl im medizinisch-internistischen als auch im operativen Bereich. Dieses System der Qualitätskontrolle – das Lernen aus publizierter Fachliteratur –, darf durch unprofessionelle Sparbemühungen nicht auch noch gefährdet werden.