

Qualität des Qualitäts-Messinstruments in der ambulanten Medizin: ein ungelöstes Problem

In der Diskussion um die Abstimmung vom 01. Juni 2008 wird ein Grundproblem des neuen Verfassungsartikels, die Frage nämlich, wie Qualität zu messen sei, geflissentlich ausgeblendet. Die heutige Messmethode der Santésuisse wurde 1911 entwickelt und seither nur unwesentlich verbessert (Seminar für Statistik der ETH Zürich [1]).

Tatsache ist, dass der Mechanismus der Santésuisse zur Wirtschaftlichkeits-Kontrolle die Krankheit (also den Morbiditätsfaktor) der Patienten nicht berücksichtigt. Damit trägt der behandelnde Arzt die Kostenrisiken einer teuren Krankheit vollumfänglich. Sobald der Kostenschnitt 30% über demjenigen eines ärztlichen Vergleichskollektivs liegt, erscheint dieser Arzt im Raster der Kontrolleure als auffällig, mit entsprechenden bürokratischen Folgen und möglichen Regress-Forderungen. Zudem gilt die Kostenüberschreitung über 30% in der Gerichtspraxis als Beweis für Überarztung.

Es ist völlig klar, dass ohne Berücksichtigung von Morbiditätsvariablen als hauptsächlicher Kostenfaktor einer ärztlichen Behandlung ein faires oder vernünftiges Benchmarking unmöglich ist. Bei der per 01. Januar 2009 beschlossenen Einführung der Fallkostenpauschalen in den Spitälern wird deshalb intensiv an Morbiditätsdefinitionen (siehe: www.swissdrg.org) gearbeitet und sogar eine wissenschaftliche Begleitung dieser Art Benchmarking in den Spitälern gefordert, um die Gefahren von Fehlentwicklungen frühzeitig zu erkennen [2].

Dass ein ähnliches Benchmarking auch für Ärzte im ambulanten Bereich dringend notwendig ist, wurde selbstverständlich auch von den Krankenkassen erkannt und entsprechend am letzten Consano-Symposium in Olten durch PD Konstantin Beck von der CSS-Versicherung aufgearbeitet [3].

Solange die Kosten-Kontrolleure im Gesundheitswesen Methoden verwenden, welche für ein faires Benchmarking unbrauchbar sind, wehren sich die Ärzte zu Recht gegen eine Aufhebung des Kontrahierungszwanges, vor allem aus ethischen Gründen. Denn der Forderung der Versicherer nach einer billigen Medizin kann im Einzelfall nur mit versteckter Rationierung begegnet werden.

Auch aus diesen Gründen traten kürzlich die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW [4]) und das bioethische Institut der Universität Genf [5] mit Arbeiten über die Tatsache einer versteckten Rationierung im Schweizerischen Gesundheitswesen an die Öffentlichkeit. Die versteckte Rationierung wurde zudem vom nämlichen bioethischen Institut als mögliche Folge der Aufhebung des Kontrahierungszwanges befürchtet [6].

Für die Zukunft ergeben sich damit klare Konsequenzen: die Öffentlichkeit sollte sich des Problems des unbrauchbaren Benchmarking durch Santésuisse vermehrt bewusst werden; das BAG sollte den Abdeckungsgrad der Rechnungsstellerstatistik in Zeiten, wo Selbstzahlungen durch die Kranken üblich sind, als unabhängige Instanz überprüfen; die Ärzte sollten zusammen mit den Versicherern faire

Risikoausgleich-Modelle für die ambulante Medizin auszuarbeiten.

Es sind nicht die Ärzte, welche sich gegen ein Benchmarking wehren. Auch Qualitätskontrollen sind notwendig, ebenso wie Transparenz und Managed Care. Das heutige Benchmarking der Santésuisse würden nach Aufhebung des Kontrahierungszwanges einseitig die Arztkosten berücksichtigen. Dies darf im Interesse der Patienten und wegen der Gefahr der versteckten „impliziten“ Rationierung so nicht akzeptiert werden. Die Forderung der Ärzte und ihrer Dachorganisation FMH nach Ablehnung des Verfassungsartikel «Für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung» ist deswegen notwendig. Erst wenn Garantien existieren, dass ein faires Benchmarking in der medizinischen Grundversorgung politisch gewollt ist und die WZW-Kriterien (Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit, Wirksamkeit), welche ja im KVG festgeschrieben sind, endlich in die Realität umgesetzt werden, wäre zumindest eine „conditio sine qua non“ für die Aufhebung des Kontrahierungszwanges erfüllt.

Der Autor:

Dr. med. Michel Romanens, Internist und Kardiologe., 4600 Olten
Koordinator der Taskforce on Appropriate Physician Profiling
(www.physicianprofiling.ch)
Co-Präsident der Aerztevereinigung Consano (www.consano.ch)

Literaturhinweise

[1]

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

[2]

<http://physicianprofiling.ch/CONFallpauschalenBenchmarkingSpitalNZZ05052008.pdf>

[3]

<http://consano.ch/ConsanoSymposiumBeck092007.pdf>

[4]

<http://physicianprofiling.ch/RationierungGesWesenSAMW072007Short.pdf>

[5]

<http://physicianprofiling.ch/RationingDeterminantsEuropeAndSwitzerlandHurst2006.pdf>

[6]

<http://www.consano.ch/HealthEconomicsSelectiveContractingisBadHurstSMW2004.pdf>