



# Qualitätsmessung aus medizinethischer Sicht

# Begriffsdefinition: Messen und Qualität

## **Messen**

Die Definition des Begriffs der Messung ist die einfachere: Messen ist immer ein Vergleichen. Ohne eine Referenzgrösse, einen «Urmeter», womit verglichen wird, ist keine Messung möglich.

**Frage: Was ist jeweils diese Referenzgrösse?**

## **Qualität**

Die Definition des Begriffs der Qualität gestaltet sich schwieriger, insbesondere in seiner Abgrenzung zum Begriff der Kosten.

# Begriffsdefinition Qualität

## **Qualitätsbegriff gemäss ISO**

Laut ISO-Norm ist Qualität unter anderem wie folgt definiert: Der Preis oder ein persönliches Urteil sind nicht Bestandteil der Qualität.

## **Qualitätsbegriff gemäss BAG-Webeintrag Qualitätszentrum**

«... Jeder zehnte Patient erlebt laut internationalen Studien bei seiner Behandlung in einem Spital einen medizinischen Zwischenfall, zum Beispiel einen Diagnosefehler, eine Infektion oder eine falsche Medikation. Dadurch verlängert sich der Spitalaufenthalt im Schnitt um eine Woche, was für die Betroffenen eine grosse Belastung bedeutet und zugleich Mehrkosten in Millionenhöhe verursacht ...»

**Der Qualitätsbegriff wird vom BAG also mit dem Kostenbegriff verschränkt.**

# Probleme Begriffsverschränkung

## **These**

Die Kosten, der Preis, ein möglichst gutes Preis-Leistungs-Verhältnis, werden zur Referenzgrösse beim Messen der Qualität.

Damit wird die medizinische Qualitätsmessung zur ökonomischen Qualitätsmessung: Qualitativ gilt, was im Verhältnis zum Preis eine gute Qualität aufweist.

# Problem I der Auslegung des Qualitätsbegriffs im ökonomischen Sinn: ethische Fehllenkung

## **Utilitarismus**

Die Summe des Nutzens, des Wohls, der befriedigten Präferenzen, ist zu maximieren. Eine Handlung wird ethisch danach beurteilt, ob sie dazu beiträgt.

## **Prioritarismus**

Der Nutzen, das Wohl, die Summe der befriedigten Präferenzen, ist dort zu erhöhen, wo der grösste Bedarf, die grösste Bedürftigkeit herrscht. Eine Handlung wird ethisch danach beurteilt, ob sie dazu beiträgt.

Der Utilitarismus schafft unter dem Gebot des grössten Nutzens für die grösste Zahl auf der Ebene des Individuums Ungerechtigkeiten für die wenigen, die das Pech haben, medizinisch bedürftig zu sein.

**Der Prioritarismus ist mit ärztlichem Berufsethos vereinbar, der Utilitarismus nicht.**

# Problem II der Auslegung des Qualitätsbegriffs im ökonomischen Sinn: Mengenausweitung

## Mengenausweitung

Der Utilitarismus ist andererseits sehr gut vereinbar mit der Ökonomie. Es ist aber ein Gesetz der Ökonomie, dass jeder Markt die Tendenz hat, sich auszuweiten. Wird die Qualitätsmessung zu einem «Markt», so geht damit eine Ausweitung des Overheads einher. Dies ist auch zu beobachten:

Die Fallpauschalen und die Wirtschaftlichkeitsverfahren binden Kräfte und schaffen Anreize zur Mengenausweitung der Medizin durch medizinisch nicht zweckmässige Behandlungen.

**Dies bindet Ressourcen, die dann bei der Heilung und Pflege fehlen.**

## Problem III der Auslegung des Qualitätsbegriffs im ökonomischen Sinn: gefährliche Anreize

### **Belohnung der Inkorrekten, Sanktionen für die Korrekten**

Der Arzt, welcher nach prioritaristischen, also medizinischen Kriterien arbeitet, riskiert unter dem utilitaristischen Diktat, dafür in Schwierigkeiten zu kommen. Der Arzt, welcher sich dem utilitaristischen Diktat beugt, wird dafür belohnt, handelt aber seinem Berufsethos zuwider.

Diese Tendenz ist erkannt. Die Frage ist nun: Ist das Qualitätsmanagement in der Schweiz besser aufgegleist?



Wie ist die Qualitätsmessung in der Schweiz aufgestellt?



## Qualitätsrelevante Datensammlungen

**Versicherer:** Die Versicherer verfügen via die zur Zahlung eingereichten Rechnungen über den grössten Pool an qualitätsrelevanten Daten.

**Santésuisse:** Beim Dachverband der Krankenkassen santésuisse fließen diese Daten Versicherer-übergreifend zusammen.

**Trustcenters:** Die Daten der Trustcenters umfassen Versicherer- und Ärztedaten.

**SASIS:** Die SASIS AG verfügt über Datensammlungen, die Versicherer, Leistungserbringer und Behörden umfassen.

**Newindex:** Ist im Besitz der Leistungserbringer und sammelt Ärztedaten.

**BAG:** Das BAG bewertet mit Sterberate und Fallzahl die Qualität der Spitäler.

## Bestrebungen der Konsolidierung

Im Projekt MARS versucht das BAG diese Daten zu konsolidieren, um daraus Grundlagen zur Qualitätsoptimierung und zur Versorgungssicherheit zu gewinnen.

**Problem:** Die Dateneigner haben alle ihre Partikularinteressen. Diesen entsprechend haben sie ihre Daten aufbereitet, bzw. stellen sie dementsprechend aufbereitet zur Verfügung. Daraus können dann nur Schlüsse folgen, die für sie wünschenswert sind.

**Folge:** Die «Erkenntnisse», die sich auf der Basis dieser Daten «gewinnen» lassen, sind nicht objektive Erkenntnisse, sondern das, was gesehen werden soll, um die jeweiligen Interessen zu bedienen.

**Forderung:** Deshalb gehören all diese Daten öffentlichrechtlich, nicht privatwirtschaftlich verwaltet. Nur so ist ein Weiterkommen im Interesse der Patienten überhaupt möglich. Ansonsten wird systematisch Overhead produziert, der niemandem hilft.

## Overhead Exkurs Sterberaten

«Der Bund publiziert weitgehend nicht standardisierte Sterberaten von einzelnen Spitälern für einzelne Behandlungen (z.B. Herzinfarkt, Pneumonie)»

# Overhead Exkurs Sterberaten

«Der Bund publiziert weitgehend nicht standardisierte Sterberaten von einzelnen Spitälern für einzelne Behandlungen (z.B. Herzinfarkt, Pneumonie)»

## Einflussgrößen auf nicht standardisierte Sterberaten

Datenbank-Fehler

Morbidität

Simpsons Paradox

(hospital standardized mortality ratio, HSMR)

# Overhead Exkurs Sterberaten

«Statistische Korrelation von 4 HSMR Tools in 78 U.S. Spitälern»  
N Engl J Med 2010;363:2530-9.

## Variability in the Measurement of Hospital-wide Mortality Rates

Methods	Correlation Equally Weighted
UHC–Premier vs. 3M	0.74
UHC–Premier vs. Thomson Reuters	0.38
UHC–Premier vs. Dr. Foster	0.53
3M vs. Thomson Reuters	0.48
3M vs. Dr. Foster	0.48
Thomson Reuters vs. Dr. Foster	0.36

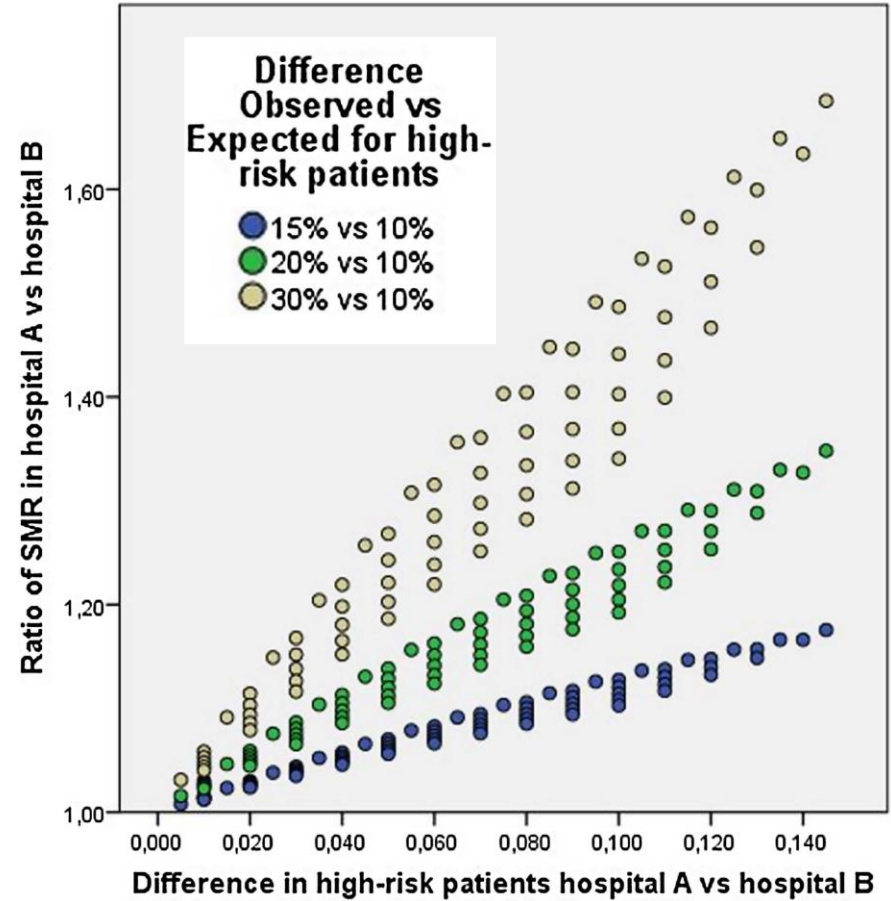
# Overhead Exkurs Sterberaten

«Trotz perfekt simulierter HSMR erzeugt das Simpson Paradox ein Mislabeleding»

BMJ Qual Saf 2014;23:701–705

Die Graphik zeigt die HSMR für Spital A und B, welche Patienten mit niedrigem und hohem Risiko gleich gut behandeln. Im Spital A ist aber die Zahl der Patienten mit hohem Risiko höher, weswegen mehr Todesfälle auftreten mit dem Effekt, dass die HSMR ansteigt.

**Simpson's paradox: how performance measurement can fail even with perfect risk adjustment**



# Overhead Exkurs Sterberaten

«Risk avoidance creep bedeutet, dass man durch die selektive Behandlung (case selection) weniger schwer kranker Patienten die Sterberaten künstlich senken kann»

Resnic, J Am Coll Cardiol 2009;53:825–30

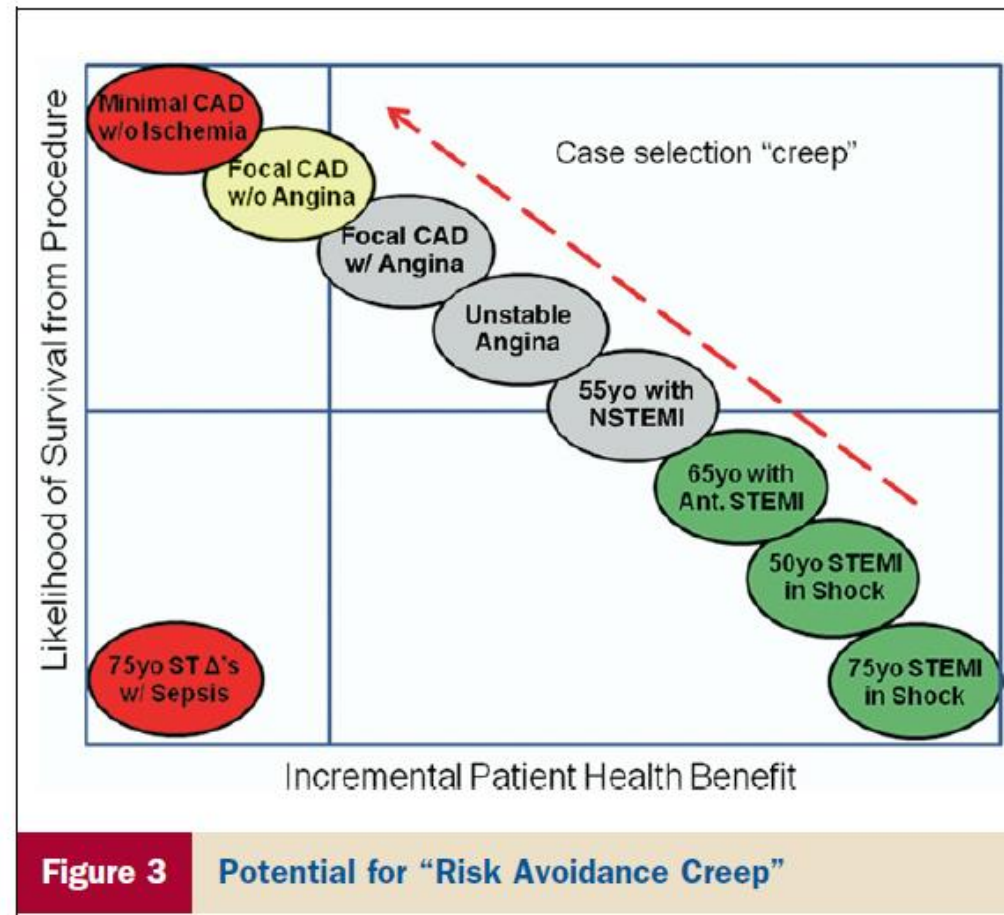


Figure 3

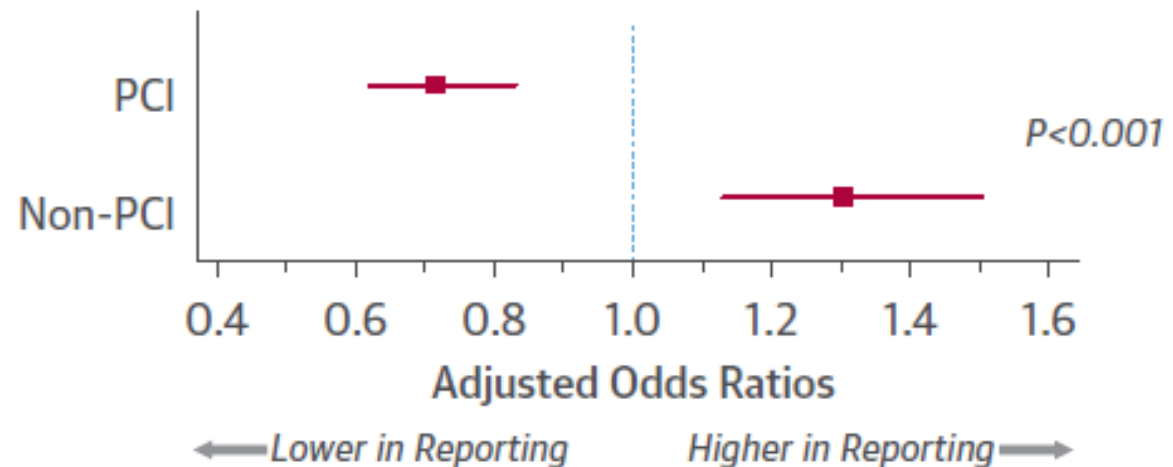
Potential for "Risk Avoidance Creep"

## Overhead Exkurs Sterberaten

«Risk avoidance creep kann dazu führen, dass in U.S. Staaten mit öffentlicher Mitteilung von Sterberaten nach Herzinfarkt das Risiko der unterlassenen Behandlung mit PCI (perkutaner Koronarintervention) steigt mit dem Ergebnis einer 30% höheren Sterberate bei gleichzeitig niedrigerer PCI-assoziierter Sterberate»

J Am Coll Cardiol 2015;65:1119–26

**FIGURE 1** Rate of In-Hospital Mortality for AMI Stratified by Public Reporting and PCI, 2005 to 2011





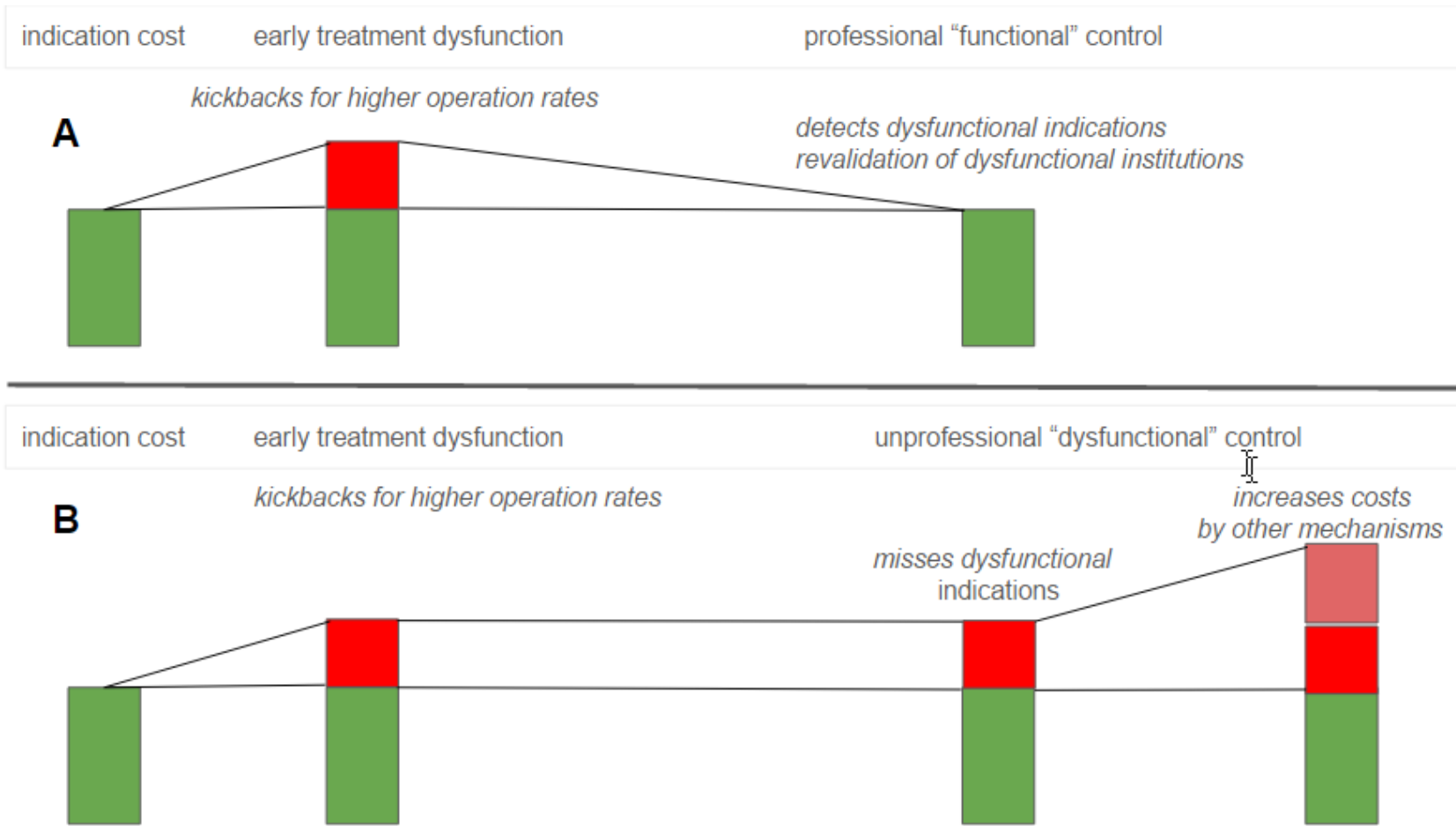
## Overhead Exkurs Sterberaten

«Die Mitteilung von Sterberaten - unabhängig davon ob nicht, minimal oder perfekt standardisiert - erhöht das Risiko für eine Fehlbeurteilung von Spitälern («Mislabeling»), erhöht das Risiko für schwer kranke Patienten, nicht behandelt zu werden und erhöht das Risiko, dass eher gesunde, die wohl kaum sterben, überbehandelt werden (Boni-Medizin)»

Ob das Gegenteil wahr ist, muss demnach noch bewiesen werden, da die bisherige Evidenz eine gefährliche Entwicklung aufzeigt.

Wer Sterberaten als Qualitätsinstrument (stillschweigend) akzeptiert, fördert eine dysfunktionale Medizin.

# Overhead funktional oder dysfunktional?





## Overhead im Gesundheitswesen: Zusammenfassung

Das Gesundheitswesen wird unprofessionell beurteilt und gesteuert, eine zweifelhafte Moral erzeugt eine zunehmend dysfunktionale Medizin. Wie konnte das geschehen?

Wir Ärzte haben die Kontrollfunktion und die Hoheit über den Indikations- und Behandlungsentscheid delegiert. Die grosse Arbeit der nächsten 10-30 Jahre besteht darin, die fachfremde Aktivismen durch facheigene Tätigkeit zu ersetzen.

## Overhead-Akteure

### Krankenkassen

Kostengutsprachen

Wirtschaftlichkeitsverfahren

Ombuds-Stellen

Boni Medizin ambulant (Hausarztmodelle)

Datenbanken

### Bundesamt für Gesundheit

Sterberaten- Vergleiche

Limitationen

Datenbanken (BfS, Obsan)

### ANQ

Vergleiche zwischen Spitälern

### Spitäler

Boni Medizin stationär (DRG System)

«money driven medicine»

### Swiss Medical Board

QALY, ICER



Missbrauch des Qualitätsbegriffs zur Verfolgung  
ökonomischer Ziele

## Problematik des Begriffs

Da der Begriff der Qualität sowohl in der Medizin als auch in der Ökonomie eine Bedeutung hat, ist er in beiden Systemen anschlussfähig.

Der medizinische Qualitätsbegriff ist aber ein anderer als der ökonomische: Nicht das beste Preis-Leistungs-Verhältnis gilt hier, sondern die höchste Heilungschance bei den geringsten Risiken für den Patienten.

Nimmt die Medizin den Qualitätsbegriff der Ökonomie in ihr System auf, so ist dies auf den ersten Blick eine Möglichkeit der Verschmelzung und Verbrüderung der beiden Systeme, eine Schnittmenge sozusagen.

**In Wahrheit verliert die Kommunikation des Systems Medizin so aber seine Anschlussfähigkeit. Folge: Die Medizin löst sich in der Ökonomie auf.**

## Mantra «beschränkte Mittel»

Begründet wird dies mit dem Mantra der beschränkten Mittel bei grundsätzlich unbeschränktem Bedarf. Die Fakten sehen aber anders aus.

Land	CH	USA
Ausgaben in % BIP / GDP 2006	11%	18%

Die liberale Gesundheitspolitik der USA erhöht die relativen Kosten um 7% des BIP, umgerechnet sind für die Schweiz 35 Mia. Franken zusätzliche Kosten programmiert.

Die Folge ist nicht ein Kampf um beschränkte Mittel, sondern ein ökonomischer Verteilungskampf, wer wieviel von diesen 35 Mia. Franken abbekommt.

## Mantra «beschränkte Mittel»

### Offensichtliche Widersprüche

Behauptung: Die Mittel sind beschränkt, der Bedarf ist unbeschränkt.

**Der medizinische Bedarf ist aber begrenzt. Jeder Mensch hat ja nur einen Blinddarm.**



## Mantra «beschränkte Mittel»

### Offensichtliche Widersprüche

Die im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) geordnete Krankenpflege (bzw. - gleichlautend verwendet - Heilbehandlung) soll eine qualitativ hoch stehende medizinische Versorgung (= Element 1) zu möglichst günstigen Preisen (= Element 2) gewährleisten. Dabei ist zu beachten, dass Element 2 dem Element 1 nachrangig zu bewerten ist (Zitat aus Kieser Gutachten zur Rationierung von Sovaldi).

<http://docfind.ch/Kieser052015.pdf>

## Mantra «beschränkte Mittel»

Gegenüber 1500 hat das GDP bis 2000 um das 18 fache zugenommen: Folge der Rationalisierung durch industrielle Prozesse.

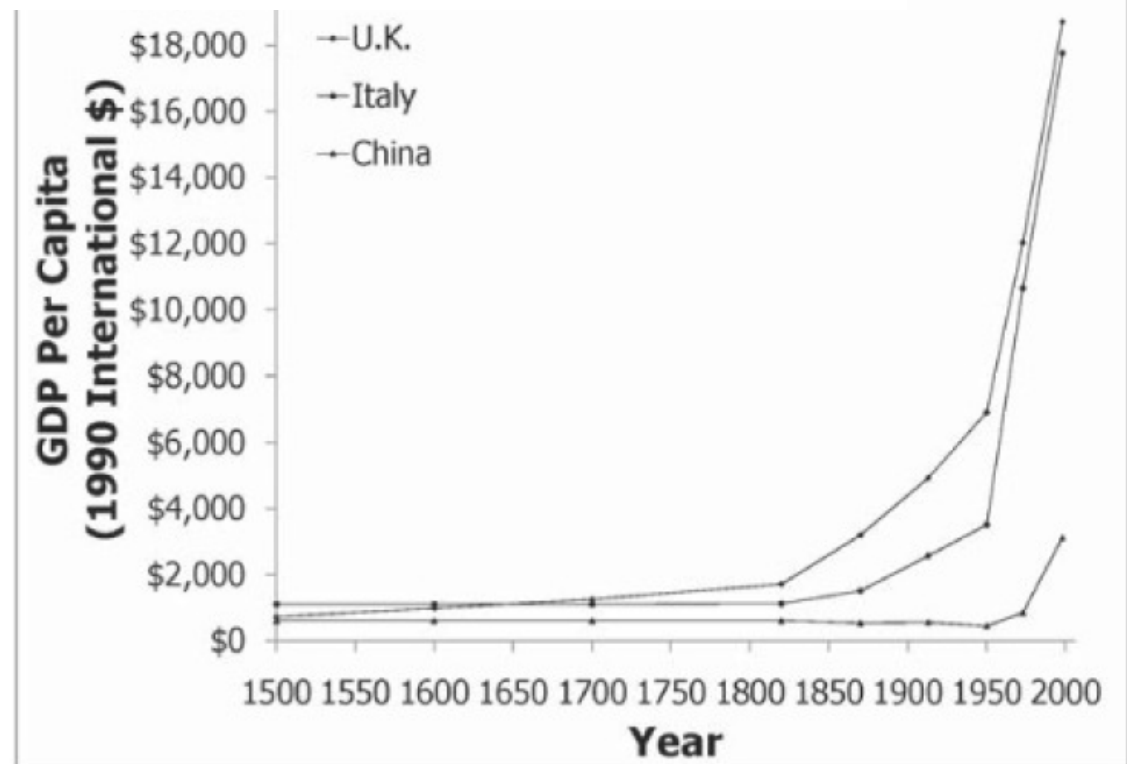


Figure 4.1. Gross domestic product per capita, 1500–2006: China, Italy, and the United Kingdom. (Based on data from Angus Maddison, *The World Economy: A Millennial Perspective*, Paris: OECD, 2001, p. 264.)

## Mantra «beschränkte Mittel»

### **Eine Rationalisierung im Dienstleistungssektor ist nicht möglich**

Wegen dem «cost disease» (Baumol 2012) erscheint das Gesundheitswesen als relativ immer teurer, weil es mit den Rationalisierungen im Produktionssektor (z.B. Kosten pro Computer) naturgemäss nicht mithalten kann.

Ein Patientengespräch ist ein Gespräch ist ein Gespräch ist ein Gespräch.  
Ein Heilungsprozess dito.

<https://de.wikipedia.org/wiki/Kostenkrankheit>

## Mantra «beschränkte Mittel»

### **Die erwirtschafteten Gewinne explodieren, die Verteilung ist das Problem**

Die Summe aller versteuerten Reingewinne ist von 38.7 Mia Franken im Jahr 1990 auf die unglaubliche Zahl von 231.3 Mia Franken im Jahr 2006 geklettert. Umgekehrt der Prozentsatz der Steuern, die von den Unternehmen auf diese Gewinnsumme bezahlt worden sind: Er sank von 19.3% (1990) auf 7.1% (2006).

[http://www.denknetz-online.ch/IMG/pdf/Fakten\\_Buch\\_Richtig\\_Steuern.pdf](http://www.denknetz-online.ch/IMG/pdf/Fakten_Buch_Richtig_Steuern.pdf)

Wo sind die Beweise, dass in der Schweiz zu wenig Geld für ein effizientes Gesundheitswesen vorhanden ist, wo sind die empirischen Beweise, dass eine Liberalisierung des Gesundheitswesens Kosten sparen wird?



Die Liste perverser Anreize wird durch den Missbrauch des Qualitätsbegriffs zur Verfolgung ökonomischer Ziele länger.

# Perverse Anreize

Anreize zur Manipulation von Indikationsentscheiden zwecks Optimierung der Umsätze und Gewinne:

- Boni-Zahlungen für operative Eingriffe
- Boni-Zahlungen bei Einhaltung von Globalbudgets in Ärztenetzwerken
- Weiterweisung teurer Patienten in teure medizinische Strukturen wegen drohenden WZW-Verfahren
- Qualitätsinstrumente wie Mortalitätsstatistiken («risk avoidance creep») gefährden kranke Personen
- Versteckte Rationierung durch Utilitarismus im Sprechzimmer

[www.physicianprofiling.ch/WZWStatistik2014.pdf](http://www.physicianprofiling.ch/WZWStatistik2014.pdf)

[www.physicianprofiling.ch/VisanaVertragAufsichtsbeschwerde.pdf](http://www.physicianprofiling.ch/VisanaVertragAufsichtsbeschwerde.pdf)

[www.docfind.ch/Waldo2015.pdf](http://www.docfind.ch/Waldo2015.pdf)

# Perverser Anreize verteuern das Gesundheitswesen

Anreize zur Manipulation von Indikationsentscheiden zwecks Optimierung der Umsätze und Gewinne medizinischer Strukturen reduzieren das normale Funktionieren des Gesundheitswesens und führen zu «early treatment dysfunction» mit Mengenausweitung bei Gesunden und «late treatment dysfunction» mit verzögerter und damit noch teurerer Behandlung von Krankheiten (z.B. siehe Sovaldi-Diskussion).

Beschränkungen ärztlicher Einkommen über staatliche Eingriffe führen zu Mengenausweitungen und unnötigen Verteuerungen unter Inkaufnahme der Gefährdung von Patienten durch unnötige Indikationsentscheide («early treatment dysfunction»).

Geschieht dies unter der Flagge des Qualitätsbegriffs, muss die Frage erlaubt sein: Wie ist das Kosten-Nutzen-Verhältnis der ökonomischen Steuerungsinstrumente unseres Gesundheitswesens? Und wer miss diese Qualität?



Vergleichen wir also richtig und konsequent. Und fordern wir von der Ökonomie, sich diesen Vergleichen auch zu stellen.

**Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**