

Ärzt rating – Bericht über den Podiums Anlass vom 20. März 2003

Namhafte Referenten und eine interessierte Zuhörerschaft kommen zum Schluss, dass Ärztenetze die ideale Plattform für das Qualitätsmanagement darstellen.

Unter der Gesprächsleitung von Olivier Klaffke, Wissenschaftsjournalist, diskutierten am Podiums Anlass vom 20. März 2003:

- Dr. Max-Albrecht Fischer, Präsident med-swiss.net
- Dr. P. Westebbe, Medizinsoziologie und Kommunikationswissenschaftler, München
- Dr. A. Häfeli, Präsident der Aargauer Ärztegesellschaft
- M. Manser, Helsana Versicherungen
- Dr. M. Peltenburg, Evimed
- Dr. B. Künzi, Swisspep
- Dr. P. Christen, Qualimed.net

Fragen

In seiner Einleitung stellte Dr. Max-Albrecht Fischer die folgenden Fragen:

1. Dient das Rating in erster Linie der weiteren **Demontage** des Ärzte-Berufsstandes?
2. Ist die **Haftungsfrage** bei einem fehlerhaften Rating mit existenzieller Bedrohung des Arztes/der Ärztin geklärt?
3. Wie definiert sich Qualität im Gesundheitswesen? Wer bestimmt die Kriterien?
4. Dürfen bei der heutigen **Datenlage** so grobe Kriterien wie Arztkosten pro Patient Grundlage für ein Rating sein? Ist es ethisch vertretbar, trotz des Risikos der Förderung von Billigmedizin nur die **Kosten** zur Qualifizierung der Leistungserbringer heranzuziehen?

Stellungnahmen

In ihren Stellungnahmen formulierten die Podiumsteilnehmer die folgenden Aussagen:

P. Christen:

1. Nur auf der Basis des **Case-Managements**, das heisst unter Berücksichtigung der ganzen Behandlungskette, können Kosten und Qualität reell abgebildet werden.
2. **Patientensicherheit** und Behandlungsqualität haben Vorrang vor dem Wirtschaftlichkeitsgedanken.
3. Qualität wird definiert vom Patienten, vom Arzt und von den Versicherungen.

A. Häfeli:

1. Das **Nicht-Wissen** bezüglich Qualität und Kosten ist momentan noch grösser als das gesicherte Wissen. Die Frage zum Beispiel, ob ein nach Guidelines handelndes Gesundheitswesen wirklich besser ist als ein Gesundheitswesen ohne Guidelines, ist zurzeit noch nicht beantwortet. Deshalb muss vor vorschnellen und simplifizierenden Schlüssen gewarnt werden.
2. Die letztendlich entscheidende Ergebnisqualität direkt zu messen, erweist sich als äusserst schwierig.
3. Entgegen dem Vorbild des Berner Stadtoriginals Dällebach Kari, der den Fränkler nicht dort suchte, wo er ihn verloren hatte, sondern dort, wo die Strassenlampe stand, müssen im Qualitätsmanagement gerade in erster Linie die dunklen Stellen ausgeleuchtet werden.
4. Im Klartext: Wir müssen zuerst festlegen, WAS wir messen wollen (Kosten, Qualität, Patientenzufriedenheit), und anschliessend das WIE, also die tauglichen Messinstrumente, bestimmen.

B. Künzi:

1. Qualitätsanalysen sind ein äusserst **wertvolles Instrument**, um die Leistungen zu verbessern. Dazu gehört eine konstruktive Fehlerkultur.
2. Werden Qualitätsanalysen dazu **missbraucht**, einzelne Ärztinnen und Ärzte auszugrenzen, werden sich Ärzte und Ärztinnen logischerweise spätestens mittelfristig weigern, mitzuarbeiten.
3. Ärzt ratings lediglich zum **Zwecke der Patienteninformation** enden gemäss ausländischen Erfahrungen in einer Sackgasse.

M. Manser:

1. **Ziel des Ärzt ratings** ist es, die Qualität der medizinischen Versorgung und deren Wirtschaftlichkeit zu verbessern, um damit die Kosten zu stabilisieren.
2. Die Tatsache, dass die FMH bisher, trotz entsprechender Gesetz-

gebung im KVG, für einen **Qualitätssicherungsvertrag** mit der Santé-suisse nicht Hand geboten hat, muss beklagt werden.

3. **Kostenvergleiche** sind nur deshalb nötig, weil bisher noch kein besseres Datenmaterial vorhanden ist, das die Situation real abbildet.
4. Es besteht grundsätzlich nur die Wahl zwischen Wettbewerb oder staatlichen Eingriffen.
5. **Qualitätsmessung** ist möglich, wobei sich die Versicherungen weder für die Struktur- noch für die Prozessqualität besonders interessieren, sondern in erster Linie für die allerdings schwierig zu messende Ergebnisqualität.

M. Peltenburg:

1. Die Qualitätsanalyse mit dem Ziel **«Kontrolle und Selektion** von Ärztinnen und Ärzten» ist eine Sackgasse.
2. Die Qualitätsanalyse mit dem Ziel **«Qualitätsverbesserung»** bedingt, dass alle Beteiligten mitarbeiten müssen.

P. Westebbe:

1. Die letztlich entscheidende **Ergebnisqualität** ist nicht direkt messbar. Es müssen dafür Indexkriterien herangezogen werden.
2. Die **Technologisierung** unter anderem auch der Medizin suggeriert Messbarkeit.
3. Medizin ist auch eine **Kunst**. Menschliche Aspekte und Intuition sind entscheidend, aber leider schwer fassbar.

Diskussion

Aus der anschliessenden Diskussion zusammen mit dem Publikum ergeben sich die folgenden Aspekte:

- a) Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Versicherungen ist ungenügend. Die Sichtweise der beiden deckt sich oft nicht. Damit besteht ein klassisches **Kommunikationsproblem**. Für die Versicherungen sind die Gesamtkosten, aus Sicht der Ärzte und Ärztinnen ist der einzelne Patient bedeutsam.
- b) Die Ärztinnen und Ärzte verhalten sich bezüglich Qualitätsmanagements **oft passiv**. Dabei wären gerade sie es, die entscheidend zur Definition und Verbesserung der Qualität beitragen könnten. Die Zahl der Swisspep-Analysen geht zurück. 30 Prozent der Ärztinnen und Ärzte sind vom Burn-out-Syndrom betroffen. Es zeichnet sich ein **Grundversorgermangel** in ländlichen Regionen ab.
- c) Die allgemeine **Datenlage** ist im Moment noch sehr mager und legitimiert nicht zur Qualitätsbeurteilung. Die **Medizin** darf durch ökonomische Fragen nicht bei der Erfüllung ihrer Hauptaufgabe behindert werden.
- d) Der **Morbidität** der Bevölkerung ist ganz entscheidend Rechnung zu tragen. Sie bestimmt letztlich den zu erwartenden Aufwand.
- e) Die **Zufriedenheit** der Patienten (und der Ärzte/Ärztinnen, Anmerkung Autor) ist ein entscheidender Qualitätsindikator.
- g) Welche ärztlichen Handlungen können ohne negative Folgen für die Patienten/Patientinnen **weggelassen** werden? Antwort darauf gibt uns eine fundierte Ausbildung, insbesondere eine evidenzbasierte.
- h) Der Aufbau der Qualitätsanalyse kostet **Geld ...** und **Zeit**, auch **Freizeit**.
- i) Die Erfahrungen im Ausland zeigen, dass Mitteilungen aus der Boulevardpresse vom Konsumenten besser gehört werden als die Resultate der Ratings.
- j) Qualitätsanalyse darf nicht Kontrolle, sondern muss unbedingt **Hilfeleistung** sein.
- k) Ärztenetze sind eine **ideale Plattform** für Qualitätsmanagement. Nur innerhalb eines gut funktionierenden Ärztenetzwerkes kann Qualitätskontrolle als Hilfestellung gelebt werden.

Schlusswort

Zum Schluss stellte Dr. Fischer fest:

1. Netzwerke sind die Basis für das künftige Gesundheitswesen.
2. Minimale Qualitätsstandards sind für die Zusammenarbeit unabdingbar.
3. Die Kommunikation zwischen allen Beteiligten muss gefördert werden.

J. Fritschi, Aktuar med-swiss.net