

SCHWEIZ, SEITE 5:

«Die Qualitätsunterschiede sind enorm»

Wird ein Spital geschlossen, stösst dies in der betroffenen Region meist auf heftigen Widerstand. Wüssten Patienten besser über Qualitätsunterschiede Bescheid, gäbe es solche Diskussionen kaum mehr, sagt eine US-Gesundheitsökonomin.



Warum wollen viele Patienten in ein Spital, das möglichst in ihrer Nähe liegt?

Elizabeth Teisberg: Das tun sie nur, weil sie glauben, dass alle Spitäler etwa gleich gut sind. Wüssten sie, dass es in einem entfernten Spital viel weniger Todesfälle, Infektionen und andere Komplikationen gibt, dann würden sie sicher dieses vorziehen. Es kann äusserst riskant sein, einfach das nächstgelegene Spital zu wählen. Die Spitäler sollten transparent machen, wie es ihren Patienten nach der Behandlung geht.

Das hängt doch nicht nur vom Eingriff selber, sondern auch von der anschliessenden Pflege und Rehabilitation ab?

Deshalb sollte man den Erfolg nicht beim Spitalaustritt messen, sondern erst am Ende der Behandlung. Dann würde schnell aufgedeckt, dass Schnittstellen, zum Beispiel zwischen dem Spital und der nachfolgenden ambulanten Versorgung, äusserst anfällig sind auf Fehler und Verzögerungen im Heilungsprozess. Die Medizin teilt sich heute auf in stationär und ambulant oder nach medizinischen Fachrichtungen. Das ist falsch. Die meisten Verletzungen und Krankheiten brauchen eine multidisziplinäre Behandlung. In Zukunft muss sich die Medizin deshalb nach Krankheitsbildern organisieren: Fachspezialisten sowie das spezialisierte Pflege- und Rehapersonal arbeiten dann in einem multidisziplinären Team zusammen.

Wer soll das durchsetzen?

Die Ärzte und Spitalleitungen sollten den Nutzen für die Patienten erkennen, wenn sie den gesamten Krankheitszustand sowie den gesamten Behandlungsablauf von der Diagnose bis zur Genesung kontrollieren. Im Migränezentrum des Universitätsspitals

Essen zum Beispiel untersuchen ein Neurologe, ein Psychologe und ein Krankengymnast den eintretenden Patienten gemeinsam. Zusammen finden sie schneller heraus, was die Ursache der Kopfschmerzen ist. Der Erfolg ist beeindruckend: Statt wie früher 58 Prozent der Patienten bleiben heute nur noch elf Prozent wegen eines Migräneanfalls mehr als fünf Tage ihrer Arbeit fern.

Die neuen Fallpauschalen decken aber nur die Kosten in den Spitälern. Was bewirkt das?

Damit haben die Spitäler ein Interesse, die Patienten früh zu entlassen und Kosten auf die Zeit nach dem Austritt abzuwälzen. Für die Patienten zählt aber nur das Endresultat ihrer Behandlungen. Deshalb sollten die Spitäler die Verantwortung für die Folgebehandlungen übernehmen. Die Spitalpauschalen müssten also sämtliche Kosten der ganzen Behandlungskette decken.

Es beteuern aber alle, es gehe ihnen nur ums Wohl der Patienten.

Aber niemand weiss, welche Spitäler und Ärzte besser sind. Dabei entdeckt man überall, wo man die Ergebnisse der Behandlungen misst, dass die Unterschiede enorm sind: Bei den einen gibt es mehr Todesfälle, viel längere Rehabilitationszeiten und mehr bleibende Schäden. Es ist einfach zu behaupten, es werde ausgezeichnete Arbeit geleistet, wenn man die Resultate der Behandlungen gar nie misst und miteinander vergleicht.

Von welchen Qualitätsvergleichen haben Patienten bereits profitiert?

Am einfachsten ist das Zählen von Toten. Nachdem der Bundesstaat New York die Zahl der Todesfälle nach Bypassoperationen am Herzen zu vergleichen und veröffentlichen begann, starben vier Jahre später 41 Prozent weniger Patienten. Unterdessen hat die Fachgesellschaft der Herzchirurgen die Vergleichsmethoden weiter verfeinert, auf andere Herzoperationen ausgedehnt und viel gelernt. Manchmal sind Qualitätserhebungen kompliziert und nicht perfekt, aber man richtet sicher weniger Schaden an, wenn man misst und vergleicht.

Gibt es weitere Beispiele?

Über das Leben nach Organtransplantationen gibt es in den USA flächendeckende und risikobereinigte Daten. Jedes Spital, das eine Organspende zugeteilt bekommt, ist verpflichtet, die Krankheitsgeschichte der Organempfänger langfristig zu verfolgen. Daten wie Wartezeit, Mortalität, wiederholte Transplantationen, Überlebenszeit und Gesundheitszustand werden in einem zentralen Register verwaltet, von Fachleuten begutachtet und veröffentlicht. Daraus haben die Ärzte und Pflegeteams viel gelernt. Ein anderes Beispiel: Seit 2002 misst der Gliedstaat Minnesota den Behandlungserfolg von Diabetes-Patienten mit fünf Indikatoren. Es folgte eine Phase der Optimierung, bis die Vergleiche ab 2004 veröffentlicht wurden. Das Veröffentlichen brachte einen weiteren raschen Schub von Qualitätsverbesserungen, wovon die Patienten stark profitieren.

Das Schweizer Bundesamt für Gesundheit hat die Kompetenz, zur Qualitätssicherung Ergebnisdaten einzufordern und zentral zu verwalten. Könnte es im Ausland erprobte Kriterien der Qualitätsmessung übernehmen?

Selbstverständlich. Patienten in der Schweiz unterscheiden sich nicht von denen in den USA oder in Skandinavien. Die Schweiz kann die Vorarbeit nutzen, welche internationale Ärztegesellschaften im Ausland bereits geleistet haben.

INTERVIEW: URS GASCHÉ

Elizabeth Teisberg ist Professorin an der Universität von Virginia. Ihre Vorschläge dienen als Modell für Obamas US-Gesundheitsreform. Vor zwei Jahren hatte sie in der Studie «Nutzenorientierter Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitswesen» die Schweiz unter die Lupe genommen.

