

Gesundheitsversorgung: Entwicklung im Gang

Während Politiker und Ökonomen Reformen für das Gesundheitswesen fordern, beobachten Forscher die Entwicklungen, welche bereits im Gesundheitssystem ablaufen. Die Referate am Symposium des Forums Managed Care beleuchteten die Gesundheitssteuerung von verschiedenen Seiten.

Brigitte Casanova

«Das schweizerische Gesundheitssystem ist eines der weltweit komplexesten, aber niemand sitzt am Steuerrad», statuierte Patrizia Pesenti, Tessiner Regierungsrätin, als erste Referentin am Symposium des Forums Managed Care vom 25. Mai 2005 in Zürich. «Eine echte Reform im schweizerischen Gesundheitswesen ist dringend und notwendig», so Pesenti. Denn in den Institutionen kann das Budgetgleichgewicht mit dem jetzigen System nicht gewahrt werden, für die BürgerInnen ist die Prämienbelastung wirtschaftlich nicht mehr tragbar, und die hohen Ausgaben gehen zu Ungunsten anderer wichtigen öffentlichen Aufgaben. Die Organisatoren der Veranstaltung fragten deshalb die ReferentInnen: Wie kann und soll in unserem schweizerischen Gesundheitssystem gesteuert werden? Patrizia Pesenti antwortete aus politischer Sicht, Bernhard J.

Güntert wies auf ökonomische Gesichtspunkte hin, Christoph Rehmann-Sutter befasste sich als Ethiker mit der Verteilungsgerechtigkeit und der Versorgungsforscher Richard Grol vertrat die PatientInnen-Perspektive. Wie es sich zeigte, sind Veränderungen im Tun. Ausgangspunkt der Überlegungen war der Markt.

Unvollkommener Markt

Weshalb scheitert der Markt im Gesundheitswesen? Patrizia Pesenti zitierte Joseph Stiglitz, Nobelpreisträger für Wirtschaft, um dies zu erklären: Einerseits sei es ein unvollkommener Markt, andererseits müsse die Ungleichheit der Teilnehmenden beachtet werden. «Niemandem sollte, egal welches Einkommen er hat, der Zugang zur angemessenen ärztlichen Versorgung versagt sein», so Stiglitz. Pesenti zählte einige Beispiele auf, weshalb der Gesundheitsmarkt kein vollkommener Markt ist: Die Verbraucher sind nicht über das Produkt informiert (Informationsasymmetrie); die Wahlfreiheit ist eingeschränkt; die Verbraucher bezahlen nicht, was sie konsumieren; und eine Zunahme der Anbieter (Leistungserbringer) reduziert nicht die Preise, sondern die Leistungen nehmen zu. Interessenskonflikte beherrschen zudem den Markt.

Erschwerend, so Pesenti, kommt die moralische Versuchung hinzu (moral hazard): Versicherer versuchen, gute Risiken zu gewinnen. Und die Versicherten tun wenig für ihre Gesundheit, da sie ja versichert sind: «Die Tatsache, versichert zu sein, erhöht die Möglichkeit, dass der versicherte Sachverhalt eintritt.» Bernhard J. Güntert, Professor an der Universität für Gesundheitswissen-

schaften, medizinische Informatik und Technik im Tirol, widersprach diesem letzten Punkt: Es ist nicht nachgewiesen, dass die PatientInnen mehr beanspruchen, wenn es «gratis» ist. Es sei sich viel mehr zu überlegen, wieviel Eigenverantwortung PatientInnen wirklich übernehmen können. Güntert: Viele Ursachen von Krankheiten liegen ausserhalb des Einflussbereichs der Kranken im sozial-strukturellen Bereich wie Arbeits- und Lebensbedingungen.

Reformen

Die Stossrichtung heutiger Reformen geht hin zu mehr Transparenz, sowohl bei den Leistungen, bei den Kosten als auch bei den Prozessen. Dies führte der Gesundheitsökonom Güntert aus.

Auf der Mikroebene werden Teilbereiche optimiert, was zu reduzierten Kosten in den Teilbereichen, aber nicht im ganzen System führt. Zu beachten ist auf der Mikroebene insbesondere die Information, zu oft liegt

«Die Stossrichtung heutiger Reformen geht hin zu mehr Transparenz, sowohl bei den Leistungen, bei den Kosten als auch bei den Prozessen.»

nur eine Einzelepisode eines Patienten im Fokus, und nicht seine ganze Patientenkarriere.

Auf der Mesoebene geht es darum, die Leistungskette zu verbessern und unnötige Leistungen zu vermeiden. Stichworte dazu sind «Schnittstellenmanagement» und «Sektoren-

grenzen überwinden». Güntert betont jedoch, dass es gute Gründe für Spezialisierung gibt. Trotzdem seien Netzwerke dem Einzelkämpfertum überlegen, denn sie können Ressourcen gemeinsam nutzen und Innovationen begünstigen.

Auf der Makroebene ist die Angebots- und Nachfragesteuerung angesiedelt. Hier sieht Güntert die Angebotsseite als Determinante. Die Nachfrageseite kann nur schlecht beeinflusst werden, sie ist viel mehr angebotsinduziert: Die Ärztedichte beeinflusst die Leistung pro Patient. Günterts Fazit: Die betriebswirtschaftliche Seite muss verbessert werden, dabei ist eine gesellschaftsbezogene und langfristige Perspektive notwendig. Mehr Wettbewerb und Selbstverantwortung scheint jedoch nur beschränkt wirkungsvoll. Allenfalls führt ein regulierter Markt dazu, dass Überversorgung bekämpft und die Qualität kontrolliert werden kann. Güntert erinnert daran, dass die Wissenschaft sehr langsam sei, bis sie sichere Erkenntnisse liefern könne. Im Gegensatz dazu müssen sich PolitikerInnen relativ rasch für Lösungen entscheiden.

Die Regierungsrätin Patrizia Pesenti sieht die Lösung in einem «planned market» oder «managed competi-

«Als Anhaltspunkt für die Gerechtigkeitsfragen stehen nicht die Kosten, sondern die Capabilities, seine Lebensfähigkeiten ausleben zu können.»

tion». Auf die Selbstregulierung des Gesundheitsmarktes zu hoffen sei Utopie. In einem gesetzlichen Rahmen soll die Effizienz des Systems und der gleichberechtigte Zugang aller BürgerInnen gewährt werden. Das Gesetz soll die Anreize genau definieren. Pesenti sieht Behandlungsnetze im Sinne von Managed Care durchaus als Lösung. Sie zweifelt aber daran, ob es sinnvoll ist, die ganze finanzielle Verantwortung einer Gruppe von Leistungserbringern zu übergeben. Denn dies hiesse, dass

sich die Managed-Care-Organisation in eine Versicherung verwandelt, die wiederum in Versuchung geraten könnte, die Versicherten auszuwählen: «MC-Akteure sind nicht Philantropen¹. Wenn sie wie Versicherer handeln sollen, fangen auch sie an zu selektionieren.» Das zweite Problem liegt gemäss Pesenti darin, dass die Versicherten eine «obligatorische Wahl» treffen müssen: Schlechter gestellte Bürger «wählen» aus finanziellen Gründen die günstigere MC-Versicherungsform. Dabei sei gerade diese Bevölkerungsgruppe kränker.

Menschliche Grundfähigkeiten als Anhaltspunkt

«Die Menschen sind von Natur aus ungleich.» Christoph Rehmann-Sutter, Professor an der Arbeitsstelle für Ethik in den Biowissenschaften an der Universität Basel, nahm sich der Verteilungsfrage an. Alle Menschen haben die gleiche Menschenwürde, jedoch nicht die gleichen Fähigkeiten. Einige brauchen ärztliche Hilfe seit Geburt an. Andere benötigen nur sehr punktuell medizinische Dienste. Die Bedürfnisse sind sehr heterogen.

Aber nicht nur die «Lotterie des Lebens» verteilt sehr ungleich, so Rehmann-Sutter, auch die «Lotterie der Gesellschaft»: Möglichkeiten, Geld, Lebensbedingungen, Status, Wissen – dies alles ist sehr unterschiedlich gestreut. Die beiden Lotterien funktionieren unabhängig voneinander: Wer wenig Glück in seiner Gesundheit hat, erhält nicht kompensatorisch mehr gesellschaftliche Möglichkeiten wie Geld, Status oder sonstige Vorteile. Es gibt kein automatischer Risikoausgleich. «Deshalb ist es nötig, dass wir Mechanismen für den Ausgleich einführen», so Rehmann-Sutter. Sie sollen gleiche Zugangschancen zum Gesundheitssystem und für alle ein adäquates Niveau der Gesundheitspflege gewährleisten. Dies ergibt Gerechtigkeit im Bezug auf die «Condition humaine».

Als Anhaltspunkt für die Gerechtigkeitsfragen stehen nicht die Kosten, sondern die Capabilities, seine Lebensfähigkeiten ausleben zu können.



Patrizia Pesenti, Tessiner Regierungsrätin: «Wir müssen zugeben, dass wir keine besseren Gesundheitsresultate erreichen, nur weil wir mehr ausgeben.»



Bernhard J. Güntert, Professor an der Universität für Gesundheitswissenschaften, medizinische Informatik und Technik im Tirol: «Die wesentlichen Krankheitsursachen sind Folge ungesunder Arbeits- und Lebensbedingungen. Allein aus diesem Grund tragen Individuen wenig Verantwortung für ihre Gesundheit.»

Rehmann-Sutter: «Welches sind die zentralen Fähigkeiten der Menschen, die wir schützen müssen? Was führt zu einem adäquaten Lebensniveau?» Die Menschen wünschen sich «ein gutes Leben und ein gutes Sterben». Daran muss die Ethik zurückerrinnern, zwischen dem medizinischen Fortschritt und der marktwirtschaftlichen Heilmittelherstellung gehe dies leicht vergessen.

Dass alle Menschen Zugang zur besten Behandlung, besten Pflege, besten Prävention und Gesundheitsförderung haben, dies sei eine Utopie, gibt Rehmann-Sutter zu. Überlegt werden müsse, wie das Gesundheitswesen möglichst gerecht organisiert werden kann. Rehmann stellte dafür vier Thesen auf:

1. Die Anreize sollen so gesetzt werden, dass Konkurrenz auch um die Qualität aus Sicht des Patienten be-

¹ Philantrop: Menschenfreund

- steht, und nicht nur um den Preis.
2. Bei Knappheit soll unbedingt das Ganze überdacht werden, damit die Prioritäten richtig gesetzt werden können.
 3. Rationieren nach Opportunitätskriterien (was politisch gerade möglich ist) führt zu schlechten Lösungen.
 4. Es braucht eine Plattform der Kooperation, wo kurzfristige Eigeninteressen zu Gunsten einer Gesamtbetrachtung zurücktreten. Der Staat bringt dazu nicht alleine die Neutralitätsvoraussetzung mit.

Paradigmawechsel

Das System verändert sich unterdessen schon längst. Dies zeigte Richard Grol auf, Professor und Direktor am «Centre for Quality of Care Research» in den Niederlanden. Er spricht von einem eigentlichen Paradigmawechsel: weniger Orientie-

«Die wahre Herausforderung ist aber, die Köpfe und Herzen der Leistungserbringer dazu zu bringen, von sich aus eine hohe Qualität zu liefern.»

rung am Arzt; mehr Management; mehr Kontrolle durch Versicherer und Staat; Fokus auf Qualität und Effizienz (Akkreditierungen und Leistungsmessungen); Triage durch Pflegende; Pflegende ersetzen Ärzte und eine zunehmende Konsumentenorientierung, bei der PatientInnen mehr Wahl, aber auch mehr Verantwortung haben. Diese Veränderungen sind sehr komplex. Grol: «Wird das Gesundheitssystem damit aber besser? Reduzieren sich dabei die Kosten?» Als Wissenschaftler verfolgt und evaluiert Richard Grol die Entwicklung. Er lieferte erste wissenschaftliche Erkenntnisse, drei davon seien hier herausgepickt: Externe Qualitätskontrollen: Bislang sei nicht belegt, so Grol, dass beispielsweise Akkreditierungen etwas bringen. Es gebe dazu nur wenige gute Studien. Eine Umfrage habe ergeben, dass die Öffentlich-

keit Public-Reports über Institutionen nicht verstehen würde, die Versicherer sie für den Leistungseinkauf nicht anwenden und die Ärzte ihnen gegenüber skeptisch eingestellt sind. Einzig die Spitalmanager seien von Public-Reports «stimuliert». Externe Kontrollen seien zwar prinzipiell verlässlich und transparent, und kombiniert mit finanziellen Anreizen möglicherweise sehr effektiv, wie es sich in England zeige. Die wahre Herausforderung sei aber, die Köpfe und Herzen der Leistungserbringer dazu zu bringen, von sich aus eine hohe Qualität zu liefern.

Den Trend dahin, dass Pflegende Arbeiten von Ärzten übernehmen, bezeichnet Grol ebenfalls als Paradigmawechsel. Die wissenschaftlichen Ergebnisse dazu seien bis jetzt jedoch eher ernüchternd. Die Konsultationen werden länger, die Patienten sind im Allgemeinen zufriedener, der Outcome scheint ein ähnlicher zu sein. Die Kosten haben sich aber dabei nicht reduziert, die Arbeitsbelastung der Ärzte verringerte sich nicht, es komme eher zu einer Qualitätssteigerung. Zwischen den Berufen wird ein neues Spannungsfeld geschaffen, und mehr Informationen müssen ausgetauscht werden.

In den Niederlanden hat sich die Notfallversorgung stark verändert. Die lokalen Managed-Care-Organisationen haben sich zusammengeschlossen und Notfallzentren eingerichtet. Pflegende übernehmen dabei die Triage, 50 Prozent der Fälle könnten bereits am Telefon gelöst werden, die Arztkontakte haben sich stark reduziert. Unklar bleibt, wie sicher eine solche Versorgung ist. Eine Studie hat gezeigt, dass 76 Prozent der lebensbedrohlichen Situationen von den Pflegenden richtig erkannt worden ist. Grol bezeichnet dies als «risikoreich». Vergleichszahlen zur rein ärztlichen Versorgung fehlen jedoch. Offenbar ist auch da die Variabilität recht gross.

Die meisten neuen Modelle sind eher zufällig entstanden, «out-of-the-blue», so Grol. Die Notfallzentren wurden beispielsweise gegründet, weil die ÄrztInnen überbelastet waren. «Bis heute wissen wir aber sehr wenig gesichert darüber, was wirk-



Christoph Rehmann-Sutter, Professor an der Arbeitsstelle für Ethik in den Biowissenschaften an der Universität Basel: «Es geht jetzt darum, eine explizite Reflexion darüber zu führen, welche Rahmenbedingungen, auch welche Anreizsysteme zu einer möglichst gerechten Organisation des Gesundheitswesens führen.»



Richard Grol, Professor und Direktor am «Centre for Quality of Care Research» in den Niederlanden: «Alle sind so begeistert über die neuen Modelle. Wir können die Zeit nicht zurückdrehen, aber genau hinschauen und auch die negativen Konsequenzen beachten.»

lich etwas bringt», so Richard Grol. Die Aufgabe sei es, genau zu evaluieren, wo die Vor- und Nachteile der Entwicklung liegen. ■

Bericht:
Brigitte Casanova
Redaktion «Managed Care»

Fotos:
Peter Schönenberger, Winterthur

Vorschau

Das nächste Symposium des Forums Managed Care findet am Mittwoch, 14. Juni 2006 in Zürich statt. Thema sind die Nahtstellen zwischen Ambulant und Stationär. Eine erste Vorschau findet sich auf der Informationsseite des Forums Managed Care auf Seite 5 dieser Ausgabe.