

Versorgungsqualität als wissenschaftliche Herausforderung

Das Gesundheitswesen benötigt ein Mehr an Steuerung: Aus Sicht der Regulierenden und Finanzierenden gilt es vor allem, die steigenden Kosten zu bremsen. Für die Versicherten und Patienten wiederum – dies zeigen Umfragen – steht die Qualität der Gesundheitsversorgung im Vordergrund.

Peter Berchtold, Christof Schmitz

Dieser Steuerungsbedarf impliziert unmittelbar die Frage der Steuerungsart. Dabei sind Gesundheitsgüter sogenannte öffentliche Güter, die mindestens teilweise solidarisch finanziert werden, weil die Gesellschaft an der Gesundheit ihrer Mitglieder interessiert ist.

Die Frage stellt sich in allen Gesundheitssystemen: Welcher Art kann sinnvolle Steuerung sein? Diese Frage ist reich an Herausforderungen, denn in komplexen Systemen – ganz in Analogie zur Medizin – haben steuernde Eingriffe nicht nur erwünschte Wirkungen, sondern auch mehr oder weniger kontraproduktive Nebenwirkungen. Ein eindrückliches Beispiel dazu: die meist national verordnete Umstellung der Leistungsabrechnung auf das Fallpauschalensystem der sogenannten Diagnosis Related Groups (DRG), eine aus ökonomischer Sicht höchst sinnvolle Massnahme. Gleichzeitig zeigen neue Untersuchungen paradoxe Effekte dieses ökonomischen Steuerungssystems: Es droht nicht nur ein erheblicher administrativer Mehraufwand und implizite Rationierung, auch können dadurch Behandlungen teurer statt kostengünstiger, und Pro-

zesse fragmentierter statt koordinierter werden [1].

Welche Anreizsysteme?

Steuern auf Systemebene bedeutet einerseits gesetzliche Rahmenbedingungen und andererseits Anreize zu setzen, welche das Verhalten der verschiedenen Akteure – Finanzierende, Leistungsanbieter sowie Patienten/Versicherte – in die gewünschte Richtung lenken. Ein prekäres Unterfangen, wie unsere Erfahrungen nach zehn Jahren KVG und viele kontroverse Diskussionen zeigen. Prekär deshalb, weil diese Diskussionen vielfach auf der Basis spezifischer und disparater Werthaltungen der jeweiligen Akteure geführt werden (müssen) [2].

In welche Richtungen sollen zukünftige Anreizsysteme wirken? Obwohl dazu (noch) kaum relevante Forschungsergebnisse vorliegen, können aufgrund der angesprochenen Erfahrungen und Kontroversen einige *grundsätzliche* Richtungen postuliert werden:

- Versicherte und Patienten sollen in ihren Gesundheitskompetenzen (health literacy) gefördert werden. Das bedeutet, ihre Fähigkeiten zu stärken, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich auf ihre Gesundheit positiv auswirken und die ihnen helfen, im Krankheitsfall Behandlungs- und Betreuungskonzepte aktiv mitzugestalten. Denn fehlende Gesundheitskompetenzen können die Behandlungsqualität beeinträchtigen (zum Beispiel durch tiefere Patientencompliance) und kostentreibend wirken (zum Beispiel durch unnötige Untersuchungen) [3]. Aus-



Peter Berchtold



Christof Schmitz

serdem ist zu erwarten, dass sich fehlende Gesundheitskompetenzen in der traditionellen Versorgung gravierender auswirken als in der integrierten Versorgung.

- Leistungsanbieter sollen zu mehr Integration und Vernetzung motiviert werden, das heisst, insbesondere ihre Behandlungsprozesse enger und verbindlicher zu verzahnen. Denn gerade bei

Bis heute ist wenig über Bedeutung und Wirkung von Gesundheitskompetenzen bekannt.

komplexen Behandlungen, beispielsweise chronischer Patienten, ist die Ergebnisqualität und die Patientensicherheit nicht nur Aufgabe der einzelnen beteiligten Professionellen. Zunehmend an Bedeutung gewinnt auch deren Zusammenspiel, mit anderen Worten der Integrationsgrad. Dies wird erst recht im Rahmen der flächendeckenden Einführung der DRG-Fallpauschalen wichtig.

- Finanzierende (Versicherer, Staat) sollen zur Ausgestaltung und Pilotierung neuer Finanzierungsmodelle angeregt werden, insbesondere für chronische Krankheiten und komplexe, beziehungsweise teure Behandlungen (z. B. Finanzierung durch den sogenannten Hochrisikopool). Unterschiedliche Finanzierungsmodelle für Behandlungen von komplexen Krankheiten beziehungsweise in der Normalversorgung könnte deren Steuerung vereinfachen oder effektiver machen [4]. Weiter wären Versicherer zu motivieren, die Wahlmöglichkeiten für Versicherte zu erhöhen, beispielsweise durch zusätzliche innovative Versicherungsprodukte.

Zielsetzungen für die Forschung

Ein ideales Anreizsystem würde bei allen Akteuren nur intendierte Wirkungen entfalten. Doch offensichtlich existiert kein solches ideales System, wie die eingangs erwähnten Erfahrungen zeigen. Gleichzeitig bräuchte es – vor einer allgemeinen Einführung von Anreizsystemen – mehr Informationen darüber, welche Wirkungen (und Nebenwirkungen) mit welcher Interventi-

onskraft bei welchen Akteurguppen in welchen zeitlichen Dimensionen zu erwarten sind. Auf der Basis dieser grundsätzlichen Fragen wären folgende Zielsetzungen für Forschungsvorhaben zu Anreizsystemen zu formulieren:

- Fördern von Gesundheitskompetenzen: Bis heute ist wenig über Bedeutung und Wirkung von Gesundheitskompetenzen bekannt. Grundsätzlich zu empfehlen sind also Studien, welche die Auswirkungen von hohen oder mangelnden Gesundheitskompetenzen auf

1. Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten
2. Unterschiede bezüglich Leistungsnachfrage im Krankheitsfall und
3. Kosten und Qualität der Gesundheitsleistungen

evaluieren. Im Speziellen wäre zu untersuchen, ob, warum und inwieweit Gesundheitskompetenzen bei MC-Versicherten wirkungsvoller zu fördern sind als bei traditionellen Versicherungen.

- Die Förderung von Integration und Vernetzung wird heute – mit unbefriedigender Wirkung – vor allem durch entsprechende Vergütungssysteme (z. B. Pauschalfinanzierung) und finanzielle Anreize (z. B. Prämierrabatte) betrieben. Ein wesentlich stärkerer Ansporn wird heute – auch auf politischer Ebene – von der Leistungsqua-

Viele Probleme der heutigen Finanzierung im Gesundheitssystem werden sich möglicherweise noch verschärfen.

lität und Patientensicherheit erwartet, denn diese sind zunehmend abhängig von einer funktionierenden Vernetzung [5]. Relevante Forschungsfragen sind daher:

1. Welche Rahmen und Incentives können Leistungsanbieter zur Messung und Ausweisung von (patientenrelevanten) Ergebnisqualitäten ermuntern?
2. Welche Wirkungen haben Selbstdeklarationen von Outcome-Messungen und anonymisiertes Benchmarking auf die Optimierung von Behandlungsqualität, Patientensicherheit und Fehlerkultur?

3. Ob und inwieweit ist der Integrationsgrad beteiligter Leistungserbringer bedeutsam?

- Fördern neuer Finanzierungsmodelle: Viele Probleme der heutigen Finanzierung im Gesundheitssystem werden sich möglicherweise noch verschärfen. Vor allem bei Schwerstkranken könnten DRG-Fallpauschalen zu einer Verschlechterung (statt Verbesserung) der Leistungsqualität und eine fehlende Risiko- und Morbi-

Welche Unterschiede bezüglich Leistungsqualität und Kosten würde ein Hochrisikopool bewirken?

ditätskorrektur zu mehr (statt weniger) Wettbewerbsverzerrung führen. Die heutigen Diskussionen zu diesen Themen – vielfach auf der Basis vorgefasster Meinungen und ungeprüfter, oft ideologisch motivierter Hypothesen geführt – zeigen die Richtung der wichtigsten Forschungsfragen auf:

1. Welche Wirkung hätte ein ausgebauter beziehungsweise differenzierter Risikoausgleich hin zu einem stärker morbiditätsorientierten Finanzierungssystem auf Risikoselektionstendenz, Prämienentwicklung, Attraktivität der MC-Modelle und Kostenmanagement seitens der Krankenkassen beziehungsweise Leistungserbringer?

2. Welche Unterschiede bezüglich Leistungsqualität und Kosten (in der Normalversorgung und bei der Behandlung Schwerkranker) würde ein Hochrisikopool bewirken?

3. Welche Patienten- oder Krankheitsgruppen wären in welcher Priorität und in welchem Ausmass einer Poolfinanzierung zuzuführen? [6,7]

- Verbinden von professionellem Handeln mit ökonomischer Logik: Indem Anbieter medizinischer Leistungen stärker von ökonomischen Logiken erfasst werden, wäre stärker und intensiver zu untersuchen, welcher Art die Auswirkungen einer ökonomischen Orientierung auf die professionellen Handlungen und das Verständnis der verschiedenen Akteure sind [8].

Die genannten Forschungsprioritäten zielen unter anderem in eine gemeinsame Richtung oder auf eine gemeinsame Frage: Wie kann auf Systemebene gewährleistet werden, dass die Steuerung unserer Gesundheitsversorgung stärker auf deren Qualität (statt nur auf deren Kosten) ausgerichtet wird? Trotz anhaltender Kostensteigerung wird die Versorgungsqualität *die* zukünftige Herausforderung sein.

PD Dr. Peter Berchtold

College-M
Freiburgstrasse 41
3010 Bern
peter.berchtold@college-m.ch

Dr. Christof Schmitz

College-M
Freiburgstrasse 41
3010 Bern
christof.schmitz@college-m.ch

Literatur:

1. Vogd W. Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Studien zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Verlag Hans Huber, Bern 2006.
2. Glouberman S, Mintzberg H. Managing the care of health and the cure of disease. *Health Care Manage Rev* 2001; 26: 56–92.
3. Ricka R. Was Versicherte und Patienten wissen wollen. *Managed Care* 1/2007.
4. Berchtold P, Michel-Alder E. X-und: Modell eines zukunftsfähigen Gesundheitssystems. In: Die Umarmung des Hippokrates – Systemintegration im Gesundheitswesen. EMH Schweizerischer Ärzteverlag, Basel, 2003.
5. Wehrli R, Bortoluzzi T, Gutzwiller F, Humbel R. Patient und Qualität im Zentrum der Spitalfinanzierung – ein überparteilicher bürgerlicher Modellvorschlag. *Neue Zürcher Zeitung* 30.8.2006.
6. Spycher S. Die Reform des Risikoausgleichs als Vorbedingung für die Aufhebung des Kontrahierungszwangs? *Schweiz. Ärztezeitung* 2004; 31: 1630–1635.
7. Beck K. Wettbewerb in der Krankenversicherung: Schlagwort oder Realität? *Schweiz. Ärztezeitung* 2005; 20: 1228–1231.
8. Ryhner M. Grenzen der Marktlogik. Die unsichtbare Hand in der ärztlichen Praxis. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2006.