

Hot Spots und Konfliktfelder in der Gesundheitssteuerung

Ein Tagungsbericht über das «Forum Managed Care»-Symposium vom 25. Mai 2005

Axel Buchli¹

Einige Eindrücke – «hot impressions» über das FMC-Symposium 2005. Das Gesundheitssystem benötigt mehr Steuerung. Wie wird das Gesundheitssystem beurteilt? Wie soll gesteuert werden? Welche Anreizsysteme haben, welche versprechen einen Nutzen? Wie kann die Akzeptanz bei Patienten, Ärzten und Versicherern erhöht werden? In vier Vorträgen und Workshops wurde diesen Fragen nachgegangen.

Quelques impressions – à chaud – sur le symposium FMC 2005. Le système de santé aurait bien besoin d'un meilleur gouvernail. Où en est-on? Quelle direction faut-il prendre? Quels systèmes sont intéressants ou prometteurs? Lesquels seraient utiles? Comment améliorer la coopération entre patients, médecins et assureurs? Quatre conférences et ateliers ont développé ces questions.

Ein Grusswort von Prof. Zeltner

Der Direktor des Bundesamtes für Gesundheit BAG war nicht anwesend, schrieb aber als Grusswort, Managed Care könne vieles zum Gelingen beitragen, unsere Gesundheitsversorgung auf einem hohen Qualitäts-Niveau zu halten, dies durch Anreizsysteme, welche für alle Akteure Sinn stifteten, durch Rahmenbedingungen, welche Gestaltungsräume anstelle von Einschränkungen schafften oder durch Instrumente, welche Schnitt- zu Nahtstellen verwandelten.

Vier Referate

Wie viel und welche Steuerung braucht das Gesundheitssystem? Welche Anreize sind zu schaffen?

Die Tessiner Regierungsrätin *Frau Pesenti* nahm mit folgenden Aussagen die politische Sicht wahr:

■ Das Gesundheitssystem braucht mehr Steuerung.

■ Das Gesundheitswesen der Schweiz, eines der komplexesten der Welt, erweckt den Eindruck, ohne Führung zu sein: In der Schweiz findet sich ein Dschungel sich überlappenden Kompetenzen in der Eidgenossenschaft und in 26 Kantonen; am Steuerrad aber sitzt niemand.

■ Die Interessen der verschiedenen Akteure des Gesundheitssystems sind widersprüchlich: Patienten wünschten sofort Leistungen, unabhängig von den jeweiligen Kosten. Einkommensziele der Ärzte können den Arzt verleiten, mehr Leistungen als nötig zu erbringen. Hersteller medizinischer Technologie möchten höhere Gewinne erzielen. Das System ist so wirtschaftlich nicht mehr lange tragbar.

■ Der Gesetzgeber darf das Thema nicht mehr länger vertagen, welche und wie viele Anreize notwendig sind, damit das System weniger teuer und effizienter wird. Es gilt, ein Gleichgewicht zwischen Marktfreiheit und Regulierung zu realisieren. Es ist wohl kein Zufall, dass die privat organisierten Gesundheitswesen der USA mit 14,6% und der Schweiz mit 11,6% Gesundheitsausgaben des Bruttoinlandproduktes (BIP 2003) am meisten kosteten. Die Resultate, z.B. gemessen an Lebensjahren, sind aber nicht besser.

■ Die Revision des KVG beinhaltet ausser der Aufhebung des Vertragszwangs keine Instrumente zur Beeinflussung des Wachstums der Ausgaben.

■ Der Gesundheitsmarkt lässt sich nicht mit anderen Märkten vergleichen. Wir befinden uns im Bereich der «geplanten Märkte». Eine Zunahme der Ärztedichte führt nicht zu einer Verbilligung, sondern zu einer Zunahme von Eingriffen und Leistungen. Anreize müssen die Effizienz und die Wirksamkeit des Systems maximieren, die Qualität und vor allem die Angemessenheit der Leistungen anregen, die Zufriedenheit der Patienten und Ärzte gewährleisten und die Gleichberechtigung garantieren.

■ Modelle integrierter Behandlung sollten eingeführt werden. Das schweizerische Gesundheitssystem könnte sich zu einer «managed competition» unter Behandlungsnetzen (managed care) entwickeln.

■ Das Hauptrisiko sieht sie in der versteckten, impliziten Rationierung der für die Patienten erbrachten Leistungen. In der aktuellen Diskussion im Parlament muss das Thema der Budgetverantwortung der Leistungserbringer neu überprüft werden, damit diese sich nicht in Versicherer verwandeln.

■ Die integrierten Behandlungsnetze sollten für die Bürger nicht zu einer obligatorischen Wahl werden, weil wirtschaftlich tragbare Alternativen fehlen.

Wie viel Steuerung verträgt der Patient?

Prof. Richard Grol aus Holland, Director centre for Quality of Care Research, bei uns bekannt im Zusammenhang mit EPA/Qualitätsindikatoren in der Praxis, nahm die Patientensicht wahr, und dies als Wissenschaftler:

¹ SGAM-Vorstandmitglied – Verantwortlicher für Managed-Care-Fragen.

■ In den meisten europäischen Staaten sind wesentliche Veränderungen des Gesundheitssystems in Gang: Bisher war das Gesundheitssystem fokussiert auf den Einzelarzt. Derzeit finde ein Wandel statt hin zu Managed-Care-Systemen, die neue Ansätze vor allem bei der Betreuung von Chronischkranken und bei Notfällen haben, die der Schulung und Eigenverantwortung der Patienten vermehrt Rechnung tragen.

■ Untersuchungen wurden gemacht im Zusammenhang mit Call-centers und «integrated chronic care» – damit gemeint ist ein Care-System mit speziell ausgebildeten Pflegefachleuten, die definierte chronische Erkrankungen überwachen und beraten, z.B. Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz. Es stellt sich die Frage, ob damit eine bessere und kostengünstigere Betreuung gemacht werden kann und ob die Patienten dies auch akzeptieren.

■ Studien zeigen, dass Managed-Care-Systeme ausgesprochen Grundversorgerorientiert sein müssen, damit sie zu besseren Resultaten bezüglich Gesundheit, Kosten und Zufriedenheit bei den Patienten führen;

■ dass der Einsatz von Pflegefachleuten bei der Betreuung von Chronischkranken zu guten Resultaten führt, allerdings die Arbeit der Ärzte und die Gesundheitskosten nicht reduziert;

■ dass die Patienten zwar zufrieden sind mit der Betreuung durch Pflegefachleute, z.B. im Bereiche des Diabetes mellitus, mit «Recall-System» und Routinekontrollen, für ernstere Gesundheitsprobleme aber einen persönlichen Hausarzt vorziehen;

■ dass eine Triage in Call-Centers durch Pflegefachleute, ausserhalb der Sprechstundenzeiten, in etlichen Ländern üblich ist, allerdings von den Patienten noch nicht voll akzeptiert wird, dass die Sicherheit zudem noch verbessert werden muss;

■ dass viele, vor allem chronisch kranke Patienten noch nicht bereit sind, durch bessere Information auch mehr Eigenverantwortung zu übernehmen.

Welche Steuerungsinstrumente haben einen evidenten Nutzen?

Prof. Dr. oec. Bernhard J. Güntert sprach über gesundheitsökonomische Fragen:

■ Die Entwicklung der Gesundheitskosten macht die gesellschaftlich-ökonomische Herausforderung deutlich: In der Schweiz stiegen diese Kosten von 4,9% 1960 auf 10,9% des BIP 2001, dies etwa gleich wie in Deutschland. Lediglich die USA haben eine höhere Zunahme. Länder wie Dänemark, Schweden und Grossbritannien mit mehr staatlicher Regulierung im Gesundheitssystem weisen kleinere Zuwachsraten auf.

■ Steuerungsinstrumente auf «Mikroebene» (Praxisbetrieb) – wie Ressourcennutzung, Rationalisierungsmassnahmen, Prozessoptimierung, Qualitätsoptimierung – haben einen «plausiblen» Nutzen.

■ Auf der «Mesoebene» wird die Schnittstellenoptimierung und das Vermeiden unnötiger Leistungen erwähnt. Eine optimale Vernetzung fördert diese Prozesse. Auch hier «vermuten» Experten, dass vernetzte und integrierte Versorgungsstrukturen die Kosten um 20–25% reduzieren könnten, dies durch verbesserte Informationslage der einzelnen Anbieter, Wegfallen redundanter Untersuchungen und Behandlungen sowie gemeinsamer Nutzung von Ressourcen. Netzwerke zeichneten sich aus durch Offenheit, Einzelanbieter hingegen hätten die Tendenz, sich abzuschotten. Studien über überflüssige Leistungen, ineffiziente Diagnose- und Therapieverfahren liegen vor und sind im Sinn einer sinnvollen und nachhaltigen Wissensgenerierung bzw. -aktualisierung erst im Netzwerk möglich.

Auf «Makroebene» (staatliche Rahmenbedingungen, Gesetze, Demographie) findet sich kein sich selbst-regulierender Markt. Es besteht eine angebotsinduzierte Nachfrage, d.h. die Anzahl der pro Patient erbrachten Leistungen korreliert positiv mit der Ärztedichte, die Krankenhausverweildauer korreliert positiv mit dem Bettenangebot. In unserer Gesellschaft finden wir ein «double-aging» aufgrund des Rückganges der Geburtenzahlen und der Zunahme der Lebenserwar-

tung. Aufgrund dieses Phänomens wird geschätzt, dass die Pro-Kopf-Ausgaben bis zum Jahr 2040 zwischen 19,8 und 22,6% ansteigen werden. Für dieses Phänomen gibt es kein Steuerungsinstrument.

Wertung der vorgestellten Steuerungsinstrumente:

■ Die betriebswirtschaftliche Optimierung im Mikrobereich (Praxisbetrieb) scheint plausibel – nicht evident.

■ Ein Mehr an Wettbewerb und Eigenverantwortung erscheint nur eingeschränkt geeignet, die Versorgungs- und Finanzierungsprobleme zu beheben.

■ Heterarchische Netze mit gesellschaftsbezogenen Zielsetzungen werden dem Konzept des «regulierten Wettbewerbs» vorgezogen und können zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen.

■ Für Entscheidungen auf Meso- und Makroebene sind vermehrte Evaluationen notwendig. Ein wissenschaftlicher Anspruch auf Evidenz widerspreche aber oft der Realität.

Welches ist der richtige Rahmen für Steuerungs- und Anreizsysteme im Gesundheitswesen?

Prof. Dr. phil. Christoph Rehmann sprach über die ethische Sicht:

■ In der ethischen Sicht geht es um die Gewährleistung gleicher Zugangschancen für ein adäquates Niveau von Gesundheitspflege innerhalb einer Gesellschaft, in der bezüglich Ausstattung mit privaten Mitteln Ungleichheit herrscht. Dabei stellen sich folgende Fragen: Was bedeutet «adäquates Niveau»? Wie kann ein System der Zuteilung fair und transparent organisiert werden? Wie soll mit dem «teuren medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritt» umgegangen werden?

Es wird festgestellt, dass unsere Gesellschaft in gewisser Weise schon immer mit einer Knappheit der Mittel umgehen musste. Eine Rationierung nach Opportunitätskriterien im Sinn von Kürzen, wo es realpolitisch gerade möglich wird, soll vermieden werden und kann zu schlech-

teren Lösungen führen. Damit Verhandlungen zwischen den verschiedenen Playern im Gesundheitswesen zu einem guten Ergebnis kommen können, braucht es eine Plattform der Kooperation, worin kurzfristige Eigeninteressen der beteiligten System zugunsten einer langfristigen und solidarisch an den Patienten orientierten Gesamtbetrachtung zurücktreten können.

Einige Statements aus den Workshops

Call Center oder Hausarzt: Ersetzt das Telefon den Arzt?

Call Center könnten als Konkurrenz der niedergelassenen Ärzte angeschaut werden. Diese Zentren werden den Praxisärzten die Arbeit nicht wegnehmen. Die Call Centers können Unterstützung leisten bei der Verwaltung von Dienstleistungsangeboten für die Praxis, im Recallbereich, im Notfallbereitschaftsdienst. Call Centers sollen gemäss Betreiber Dienstleister der Ärzte sein und nicht umgekehrt. Ärztegruppierungen, die mit Call Centers zusammenarbeiten, werten die Zusammenarbeit positiv, ebenso die Patienten.

Case-Managerin oder Ärztin: Wer führt die Patientin durch den Dschungel des Gesundheitssystems?

Es geht nicht bloss um Pflege/Heilbehandlung, es geht um den konkreten Arbeitsplatz, allenfalls um eine Umschulung, ein Outplacement; es geht um psychosoziale Problemstellungen und es geht um den juristischen Dschungel. Der Verband Managed Care Thurgau berichtet über positive Erfahrungen, gute Akzeptanz bei anfänglich skeptischen Netzärzten. Es habe sich zum Case-Management und nicht zum «Cash»-Management entwickelt. Es sei ein gutes Instrument zur Kostenlenkung bei guter Qualität.

Sind Pauschalfinanzierungen unethisch und qualitätsmindernd?

Nach F. Huber würden die Ärzte durch eine Pauschalfinanzierung stimuliert, eine gute und kosteneffiziente Medizin zu betreiben. Da der beteiligte Arzt seine Vergütung über den Einzelleistungstarif beziehe und gleichzeitig Aktionär der Betriebsgesellschaft sei, werde die Gefahr einer «Leistungsverhinderung» minimiert. Zudem werde nach Qualitätskriterien von EQUAM gearbeitet. Eine Verbesserung des Risikoausgleichs mit Berücksichtigung der Morbidität sei aber längst überfällig.

A. Häfeli von Argomed vertrat hingegen die Ansicht, dass die Qualitätsförderungsprogramme im Sinn selbstlernender Systeme wichtig seien, dass Budgetverantwortung ein falscher Anreiz sei. Im jetzigen gesundheitspolitischen Umfeld bestehe zumindest die Gefahr, dass Netzwerke oder Ärztegruppierungen mit Budgetverantwortung, bei einem Risikoausgleich lediglich nach Alter, Geschlecht und Region, kein Interesse an zuviel chronischen und teuren Patienten haben dürften.

Freie Arztwahl: Wer wählt den Arzt, die Patienten oder die Versicherer?

M. Kessler, Präsidentin Schweizerische Patienten- und Versicherten-Organisation SPO: «Wenn die Vertragsfreiheit ohne Qualitätskriterien, wie vom Parlament beschlossen, umgesetzt wird, sind die PatientInnen die grossen VerlierInnen». «Den Verzicht auf eine freie Arztwahl können wir nur gegen eine Mehrleistung, gegen eine bessere Qualität, aufgeben. Wir wollen Qualitätskriterien!» «Die Netzwerke sollen z.B. alle 2 Jahre zertifiziert werden.»

M. A. Giger, Direktor santésuisse: «Wir brauchen die Vertragsfreiheit, weil sie die Wirtschaftlichkeit und vor allem die Qualität in der Medizin fördert.» «Der Wettbewerb wird die Versicherer zwingen, möglichst viele Ärzte unter Vertrag zu nehmen. Ausscheiden werden die schwarzen Schafe.»

Kantonale Spitalplanung oder Vonselbständigung der Spitäler?

Dr. Chr. Schär, careum: «Die Rahmenbedingungen für die Spitäler müssen ändern: Unternehmungsführung als Sache des Spitals, neue Führungs- und Organisationsstruktur, Synergienutzung und anderes mehr, eigenständiges unternehmerisches Handeln aller Spitäler, gleiche Bedingungen für private und öffentliche Spitäler.»

Dr. jur. J. Gross / Dr. rer. pol. Klaus Müller: «Der Gesetzgeber statuiert im KVG für die Allgemeinversicherten eine staatliche Ordnung, in welcher die Koordination von Angebot und Nachfrage eben nicht über eine vom Markt gesteuerte Wettbewerbswirtschaft erfolgt, sondern über einen Plan. Daher ist es auch abzulehnen, private Leistungserbringer ohne öffentliche Auflagen im Rahmen eines Versorgungsauftrages unbesehen auf die Spitalliste zu setzen. Staatliche Ressourcen für private Leistungserbringer sind dort staatspolitisch vertretbar, wo diese im Rahmen der stationären Gesundheitsversorgung eine öffentliche Aufgabe erfüllen.»

Stellungnahme aus SGAM-Sicht

Auf der grossen und äusserst komplexen «Baustelle Gesundheitswesen» müssen wir Ärzte eine führende Rolle einnehmen, und dies bezüglich Berufsbild, Qualität, Umgang mit begrenzten Ressourcen und Umgang mit «schwarzen Schafen». Behandlungsnetze sollen frei wählbare Optionen bleiben und dürfen nicht zur obligatorischen Wahl werden. Eine Budgetverantwortung kann erst mit einem verbesserten Risikoausgleich eine sinnvolle Massnahme sein.

Das Symposium Managed Care hat auch dieses Jahr bewiesen, dass bei den Netzwerken geforscht, dass eine gute ärztliche Versorgung realisiert wird, dass Verantwortung gegenüber der Politik, den Versicherern und gegenüber den Patientenorganisationen wahrgenommen wird, dass zudem ein grosses Engagement für eine Steuerung des Gesundheitswesens aus Ärzte- und Patientensicht besteht.