

Nutzenorientierter Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitswesen

Im Auftrag von economiesuisse, Hirslanden, Interpharma, Swisscom und dem Schweizerischen Versicherungsverband (SVV) hat sich Frau Prof. Elizabeth Olmsted Teisberg eingehend mit dem schweizerischen Gesundheitswesen befasst. In der Studie wird der Reformbedarf aufgezeigt und eine Neuorientierung skizziert. Teisberg formuliert dazu acht Empfehlungen für das schweizerische Gesundheitswesen.

Position economiesuisse

Drei Empfehlungen sind aus Sicht der Wirtschaft zentral: Erstens muss in der Schweiz die Transparenz im Gesundheitswesen erhöht werden. Dies würde die Voraussetzung für einen funktionierenden Leistungswettbewerb schaffen. Zweitens soll der Wettbewerb um kosteneffektive Ergebnisse nicht nur lokal stattfinden. Drittens soll die Informations- und Kommunikationstechnologie (ICT) im Gesundheitsbereich besser genutzt werden, um Qualitätsverbesserungen kosteneffektiv zu realisieren.

13. Oktober 2008

Nummer 21

dossierpolitik

Nutzenorientierter Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitswesen: Möglichkeiten und Chancen¹

1. Grundlage: Konzept des Value-Based-Competition-Modells von Porter/Teisberg

a) *Basis und Prinzipien des Patientennutzen orientierten Wettbewerbs*²

Drei strategische Bereiche

In ihrem Standardwerk „Redefining Health Care“ erläutern Michael Porter und Elizabeth Teisberg ihre Vorstellung eines effektiven, wettbewerblichen Gesundheitssystems.

Das Gesundheitswesen gliedern die Autoren in drei strategische Bereiche:

- Kosten und Zugang zur Krankenversicherung
- Versicherungsabdeckung und Kostenbeteiligungen
- Struktur der Gesundheitsversorgung

Obwohl alle drei Bereiche wichtige Funktionen erfüllen, wird gemäss Porter/Teisberg in der heutigen Gesundheitspolitik zu stark auf Versicherungsaspekte fokussiert.³ In ihrem Buch untersuchen sie insbesondere die Struktur der Gesundheitsversorgung.

Ziel des Wettbewerbs: Verbesserung
des Patientennutzens

Ziel der Analyse von Porter/Teisberg ist es aufzuzeigen, wie ein Wettbewerb um möglichst gute Ergebnisse der Gesundheitsleistungen erreicht werden kann. Wettbewerb im Gesundheitswesen sollte ein Wettbewerb um die Verbesserung des Patientennutzens sein. Das bedeutet eine Verbesserung des Behandlungsergebnisses für den einzelnen Patienten pro Kosteneinheit. Aus Patientensicht wird dieser Nutzen nicht durch eine Steigerung der Quantität der Behandlung, sondern durch einen besseren Gesundheitszustand oder bessere Behandlungsergebnisse erzielt. Patientennutzen bedeutet auch, den gleichen Gesundheitszustand oder die gleichen medizinischen Behandlungsergebnisse wirtschaftlicher zu erreichen. Die Verfügbarkeit von Informationen zur Qualität der Leistungen identifizieren die Autoren als wichtigstes Element für mehr Wettbewerb um die besseren Ergebnisse. Damit die Patienten und die zuweisenden Ärzte die optimale Wahl der Behandlung einer Krankheit treffen können, benötigen sie Informationen auf vier Ebenen. Porter/Teisberg präsentieren eine vierstufige Informationshierarchie. Auf der obersten Stufe befinden sich risikobereinigte⁴ Informationen zu den Patientenergebnissen. Diese beinhalten Behandlungsergebnisse und deren Preise. Somit sind Vergleiche zwischen den Leistungserbringern möglich. Auf die zweite Stufe setzen Porter/Teisberg die Erfahrungsdaten. Diese Daten beinhalten Informationen einzelner Spitalabteilungen bzw. der involvierten Leistungserbringer in der Behandlung der einzelnen Krankheitsbilder (Fallzahlen, Operationshäufigkeiten usw.). Sie dienen auch als Qualitätsindikatoren. Informationen der zur Auswahl stehenden Methoden sind auf der dritten Stufe angesiedelt. Auf Stufe vier befinden sich schliesslich die Eigenschaften der Nachfrageseite. Es sind Informationen zu den spezifischen Eigenschaften der Patienten und deren Wünsche. Dazu gehören beispielsweise Alter, Geschlecht, Co-Morbidität, aber auch die Präferenzen der Patienten. Heute werden vor allem Informationen zu den Methoden bereitgestellt. Gemäss Porter/Teisberg müssen jedoch die risikobereinigten Ergebnisdaten als wichtigste Informationen gelten.

Zur Unterstützung des Leistungswettbewerbs braucht es Ergebnismessungen

Die Informationen zu den Behandlungsergebnissen sollen einfach verfügbar sein, um den Leistungswettbewerb zu unterstützen. Dazu braucht es Ergebnismessungen. Die Ergebnisse werden für jeden Leistungserbringer zur Bewertung des Patientennutzens einer Behandlung gemessen. Welche Ergebnismessungen bei welcher Krankheit relevant sind,

¹ Prof. Elizabeth Olmsted Teisberg, Darden Graduate School of Business, University of Virginia, USA.

² Ein Wettbewerb mit dem Ziel, die Gesundheit und die Behandlungsergebnisse der Patienten zu verbessern.

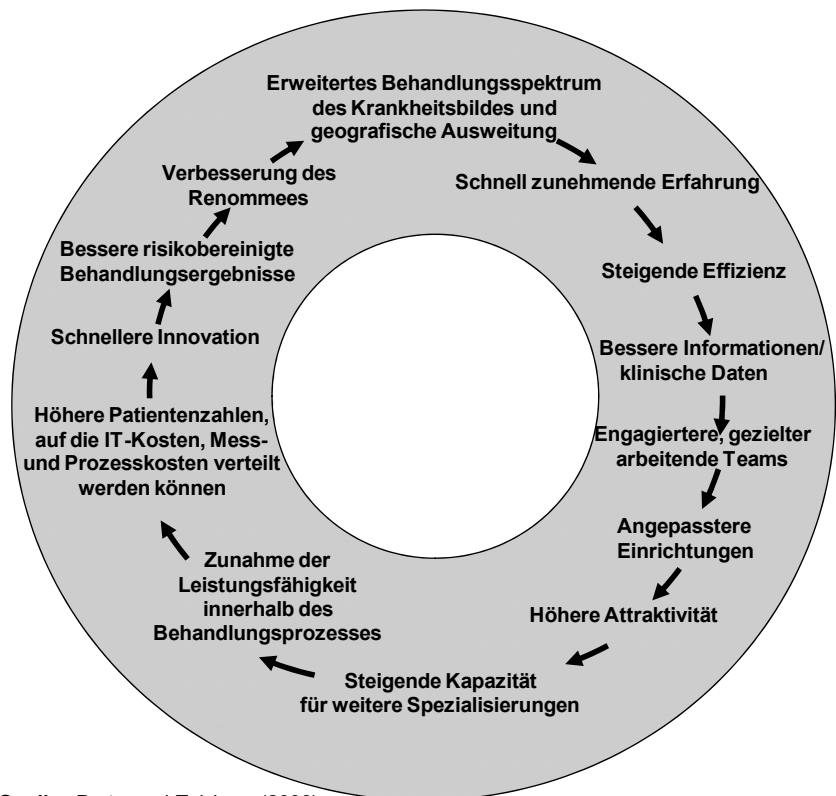
³ Porter/Teisberg (2006) analysieren das amerikanische Gesundheitssystem. Ihre Analyse trifft jedoch ebenso auf das schweizerische Gesundheitswesen zu, vgl. Olmsted Teisberg (2008).

⁴ Die Bereinigung der Behandlungsergebnisse durch den Gesundheitszustand bzw. das Gesundheitsrisiko der Patientenpopulation vor Behandlungsbeginn.

muss zusammen mit Experten bestimmt werden. Mögliche Ergebnisse umfassen: Mortalität, Dauer der Rekonvaleszenz, ungeplante Rehospitalisationen, Auftreten von Infektionen oder Komplikationen, Grad der körperlichen oder mentalen Funktionsfähigkeit, Blutzuckerwerte für Diabetiker, Blutdruckwerte für Patienten mit Bluthochdruck, Schmerzindizes, Beweglichkeit usw. Der Wettbewerb basiert auf diesen risikobereinigten Ergebnissen und bezieht sich auf die medizinischen Bedingungen über den ganzen Behandlungszyklus. Im Weiteren sollte der Wettbewerb nicht nur lokal, sondern regional, national und wo möglich sogar international stattfinden. Innovationen, die den Patientennutzen erhöhen, werden in einem solchen wettbewerblichen Umfeld stark belohnt. Der Wert/Nutzen der Behandlungen nimmt als Ergebnis eines solchen Wettbewerbs über die Zeit zu. Treibende Kräfte dahinter sind die zunehmende Erfahrung der Anbieter, die Grössenvorteile und das Lernen auf der Krankheitsebene. Dies führt zu einer positiven Dynamik in der Gesundheitsversorgung (vgl. Abbildung 1). Schliesslich sollte als weitere Konsequenz dieses Circulus Virtuossus qualitativ hoch stehende Pflege kostengünstiger werden.

Im wettbewerblichen Umfeld werden Innovationen, welche dem Wohl des Patienten dienen, belohnt. Treibende Kräfte dahinter sind die zunehmende Erfahrung der Anbieter, Grössenvorteile und das Lernen auf der Krankheitsebene. Es ist eine positive Dynamik – ein Circulus Virtuossus – in der Gesundheitsversorgung zu erwarten.

Abbildung 1: Circulus Virtuossus



Quelle: Porter und Teisberg (2006).

Falsche Anreize im Gesundheitswesen

Porter/Teisberg erkennen falsche Anreize im Gesundheitswesen. Das heutige System zwingt die Akteure (Versicherer, Patienten, Leistungserbringer), auf dem Gesundheitsmarkt volkswirtschaftlich ineffiziente Entscheide zu treffen. Nicht ausreichend informierte Patienten sind der Überzeugung, dass mehr Leistungen zu einer besseren Krankheitsbehandlung führen. Leistungserbringer, welche keinen Anreiz haben, sich über gute Leistung abzuheben, versuchen deshalb, ihre Angebote möglichst häufig zu verkaufen. Selbstbehalte können dazu führen, dass insbesondere ärmere Personen am falschen Ort sparen, sie betreiben sogenannte Selbststratationierung.

b) Rolle der Leistungserbringer und der Patienten

Die Leistungserbringer, vor allem die Ärzte, haben im Modell Porter/Teisberg eine zentrale Rolle inne. Im diesem Modell nehmen die Ärzte folgende zentrale Aufgaben wahr:

- Organisation des Gesundheitswesens entlang der Behandlungsketten
- Generierung von ergebnisorientierten und risikobereinigten Daten
- Förderung der Transparenz durch die Publikation der Ergebnisdaten

Informationen zur Qualität der Ergebnisse sind für Patienten wichtig

Patienten haben ein Bedürfnis nach einem hohen Nutzen der Behandlung und die Bereitschaft, sich diesbezüglich zu informieren. Patienten sind jedoch nie Fachexperten. Die Leistungserbringer sollen über entsprechende Informationsbereitstellung dem Patienten, den Versicherern und weiteren Akteuren Informationen zur Qualität der Ergebnisse ihrer Tätigkeiten zur Verfügung stellen. Mit diesen Informationen können auch medizinische Laien bei der Wahl eines Leistungserbringers die guten und besten von den schlechteren Anbietern unterscheiden und sich für ein möglichst gutes Preis-Leistungs-Verhältnis der Gesundheitsleistungen entscheiden.

Heute werden die Leistungserbringer für ihre Tätigkeit (Behandlung) anstelle des Ergebnisses (Heilung, Linderung) entlohnt. Der Fokus der Leistungserbringer sollte gemäss Porter/Teisberg deutlich stärker auf die langfristigen Ergebnisse ausgerichtet werden. Damit können die Ärzte selbst besser erkennen, welche Methoden über den gesamten Behandlungszyklus die besten Resultate bringen.

c) Leistungswettbewerb statt Kostenwettbewerb

Beurteilung des Gesundheitswesens: nicht allein auf Kosten konzentrieren

Eine Hauptbotschaft der Arbeit von Porter/Teisberg betrifft die Eindimensionalität „Kosten“ der heutigen Gesundheitswesen. Von dieser einseitigen Konzentration auf die Kosten muss man wegkommen. Solange Gesundheitsleistungen nach Behandlung und nicht nach Ergebnis bezahlt werden, verhalten sich die Akteure ineffizient. Beispielsweise kontrollieren die Krankenversicherer insbesondere dann, wenn einzelne Leistungserbringer besonders teuer sind. Dies ist direkt eine Folge fehlender Ergebnisdaten. Erst wenn der Wettbewerb auf die Leistungen der verschiedenen Leistungserbringer fokussiert, ergeben sich mehr Anreize für bessere Leistungen bzw. Ergebnisse. Auf diese Weise werden auch Innovationen schneller realisiert, falls damit bessere Resultate erzielt werden können.

Leistungen der ganzen Behandlungskette beurteilen

Zur Fokussierung auf die Leistungen empfehlen Porter/Teisberg, die medizinischen Leistungen der ganzen Behandlungskette einer Diagnose zu beurteilen. Dies kann je nach Krankheitsbild auch einen Einbezug der möglichen Pflegebedürftigkeit bedingen. Durch diese Betrachtung kann verhindert werden, dass kurzfristig kostensenkende Behandlungen gegenüber im Gesamtzyklus günstigeren Methoden den Vorzug erhalten. Porter/Teisberg plädieren dafür, dass der Fokus im Gesundheitswesen weg von der kurzfristigen zu einer langfristigen, die ganze Behandlungskette umfassenden Sichtweise gehen muss. Diese langfristige Perspektive soll auch bei der Forschung und Analyse des Gesundheitswesens stärker berücksichtigt werden.

Leistungswettbewerb ersetzt den Kostenwettbewerb

In einem System, das nach Porter/Teisberg eine stärkere Orientierung an den erzielten Leistungen des Gesundheitswesens fordert, müssen Leistungserbringer gegenüber Versicherern und Patienten ihre Qualität ausweisen. Das bedeutet auch, dass es kein kontrolliertes Angebot geben soll, sondern einen freien Markteintritt und -austritt. Der Fokuswechsel von den Kosten zur Leistung bedingt eine stärkere Zusammenarbeit zwischen den medizinischen Disziplinen, mehr Organisations- und Prozessentwicklung und mehr Innovationen aus der Forschung, die verstärkt auf Langfristigkeit ausgelegt sind. Das führt zu mehr Qualität, mehr Innovationen und einer stärkeren und rascheren Diffusion von erfolgreichen Neuerungen. Diese raschere Diffusion ergibt sich daraus, dass neue erspriessliche Anwendungen dank den breiten Informationen rasch bekannt und stärker nachgefragt werden. Anbieter, welche diese Innovation nicht anbieten, erfahren einen Nachfragerückgang. Das neue System setzt bei den Leistungserbringern Anreize, sich von anderen zu unterscheiden. Der Leistungswettbewerb ersetzt den Kostenwettbewerb. Dadurch wird das durchschnittliche Ergebnis der medizinischen Versorgung im Vergleich zu den Kosten verbessert. Dies ist ein wichtiges Anliegen eines auf die Ergebnisse fokussierten Wettbewerbs im Gesundheitswesen. Damit dieses Ziel erreicht werden kann, ist es nötig, die oft nur lokalen Märkte

der Leistungserbringer aufzubrechen und auf die nationale und internationale Ebene auszuweiten. Die Leistungserbringer sollten nicht uniform dieselben Leistungen anbieten, sondern sich auf ihre Stärken konzentrieren. Durch diese Spezialisierung können sie eine überregionale (oder gar internationale) Anziehungskraft auf die Nachfrage nach den entsprechenden medizinischen Behandlungen ausüben.

2. Analyse des schweizerischen Gesundheitswesens: fehlende Qualitätsdaten

Die Studie von Teisberg basiert auf dem obigen Modell des Value-Based Competition. Teisberg analysiert das schweizerische Gesundheitswesen und erstellt ein Stärke-Schwäche-Profil. Sie arbeitet die fehlenden Komponenten für einen funktionierenden Leistungswettbewerb heraus und formuliert auf dieser Grundlage ihre acht Empfehlungen.

a) Analyse

Positive Beurteilung des schweizerischen Gesundheitswesens

Teisberg beurteilt das schweizerische Gesundheitswesen vorwiegend positiv. Die obligatorische Krankenversicherung (KVG) ermöglicht den Einwohnern einen guten Zugang zum Gesundheitswesen (s. OECD-Bericht). Ohne diese obligatorische Grundversicherung ist ein volkswirtschaftlich effizientes Ergebnis nicht erreichbar. Schlechter Verdienende rationieren sich sonst selbst, was zu einer Unterversorgung führt, die dann in Form von Notfallmedizin und zu spät begonnenen Behandlungen Mehrkosten verursacht.

Breiter Leistungskatalog führt nicht automatisch zu einer guten Qualität

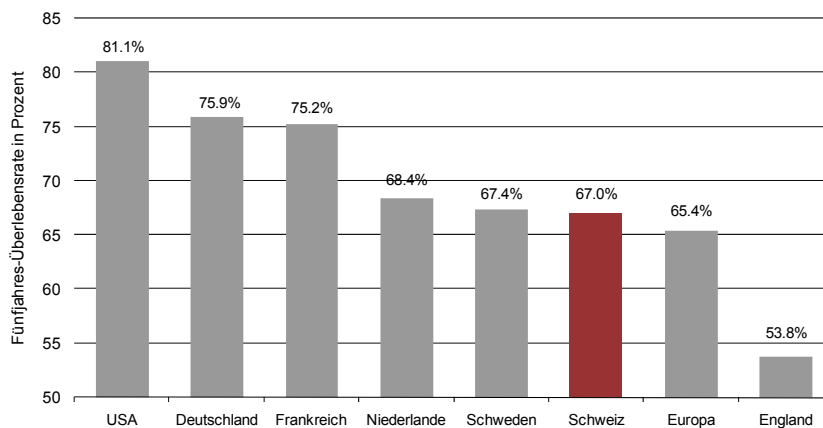
Auch die gesetzlichen Rahmenbedingungen bewertet die Autorin als gut. Die drei Aufnahmebedingungen für eine neue Leistung in den Leistungskatalog betreffen die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit. Durch den breiten Leistungskatalog im heutigen Gesundheitssystem ist die potenzielle Qualität der Versorgung ebenfalls hoch. Das Problem ortet Teisberg in der Umsetzung dieser Kriterien, wenn sie zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung beitragen sollen. In der Schweiz fehlen nämlich Daten zur Qualitätsmessung der Gesundheitsleistungen. Dies ist das eigentliche Problem des schweizerischen Gesundheitswesens. Ohne zu wissen, welche Wirkungen die zugelassenen Leistungen bei den Patienten entfalten, kann man die eigentliche Effizienz des Gesundheitswesens kaum beurteilen. Aus diesem Grund darf man vom breiten Leistungskatalog nicht automatisch auf eine gute Qualität der Gesundheitsversorgung schliessen. Die vorhandenen Daten zur Sterblichkeit bei Krebs stellen denn auch die hohe Qualität des schweizerischen Gesundheitswesens zumindest in Frage. Die Fünfjahres-Überlebensrate bei Prostatakrebs liegt in der Schweiz deutlich tiefer als in vergleichbaren Ländern (s. Abbildung 2). Auch wenn es sich hier nicht um risikobereinigte Messungen handelt, so lassen diese Daten dennoch aufforchen. Bei anderen Krebsarten (Darmkrebs und Brustkrebs) sieht das Bild nicht besser aus. Einzig bei Lungenkrebs belegt die Schweiz einen Spitzenrang, und zwar bei den Frauen: 16,2 Prozent der Frauen mit neu festgestellter Diagnose Lungenkrebs leben fünf Jahre nach der Diagnose noch (USA: 15,4 Prozent, Deutschland: 10,5 Prozent). Bei den Männern (9,7 Prozent) sieht das Bild etwa so schlecht aus wie bei den anderen Krebsarten im Vergleich zu ähnlichen Ländern.

Pauschalen bewirken Kostenverlagerungen

Gleichzeitig ist das schweizerische Gesundheitswesen eines der teuersten in der ganzen Welt (s. Abbildung 3). Im Licht der ungewissen Qualität sind diese hohen Kosten besorgniserregend. Wir wissen heute nicht genau, was wir für die Kosten des Gesundheitswesens bekommen. Denn die Absenz von Qualitätsdaten verleitet die Marktteilnehmer und den Regulator, den Fokus einzig auf die Kosten zu legen. Eine Minimierung der Kosten muss allerdings den Patientennutzen nicht zwingend steigern. Im Gegenteil: Häufig provozieren Reformen lediglich Kostenverlagerungen unter den Leistungserbringern oder den Krankenversicherern, welche teilweise sogar die Gesamtkosten erhöhen. Ein Beispiel dazu ist die Einführung von Pauschalen, welche nicht den gesamten Behandlungszyklus umfassen. Solche Pauschalen bewirken in klassischer Weise Kostenverlagerungen. Es erstaunt deshalb wenig, dass die Kostenentwicklung nicht in den Griff zu bekommen ist. Erschwerend wirkt der zusätzliche Kostendruck, der von der Überalterung der Gesellschaft sowie von der Zunahme der Zivilisationskrankheiten wie Übergewicht und Diabetes Typ II ausgeht.

Datenvergleiche mit anderen Ländern stellen die hohe Qualität des schweizerischen Gesundheitswesens in Frage: Beispielsweise liegt die Fünfjahres-Überlebensrate bei Prostatakrebs deutlich tiefer als in vergleichbaren Ländern.

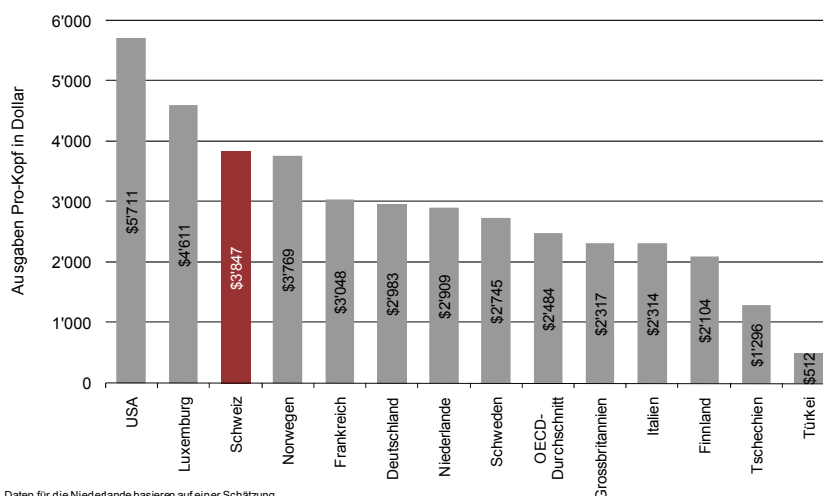
Abbildung 2: Vergleich der Fünfjahres-Überlebensrate in ausgewählten OECD-Ländern, Prostatakrebs



Anm: europäische Daten für erste Krebsdiagnosen zwischen 1990-1994; US-amerikanische Daten für erste Krebsdiagnosen zwischen 1986 und 1988.
Quelle: europäische Daten: EUROARE (2003); US-amerikanische Daten: National Cancer Institute (2002)
Zitiert in: National Auditing Office (2003)

Das schweizerische Gesundheitswesen ist mit Pro-Kopf-Ausgaben von rund 4000 US-Dollar eines der teuersten der Welt.

Abbildung 3: Pro-Kopf-Gesamtausgaben für Gesundheit und Prävention in ausgewählten OECD-Ländern, 2003



Daten für die Niederlande basieren auf einer Schätzung
Quelle: OECD (2006)

b) Fazit: Stärken und Schwächen des schweizerischen Gesundheitswesens

Die Stärken beibehalten... Die von Teisberg georteten Stärken und Schwächen des schweizerischen Gesundheitswesens sind nachfolgend aufgeführt.

Diese Stärken sollen gemäss Autorin beibehalten werden:

- Obligatorische Grundversicherung
- Kopfprämien mit sozialer Abfederung (Prämienverbilligung)
- Breiter Leistungskatalog
- Gesetzlicher Auftrag für hohe Qualität der Gesundheitsleistungen
- Vielfalt der Versicherungsanbieter (keine Einheitskasse)
- Freie Wahl der Leistungserbringer

... und die Schwächen reformieren

In den folgenden Bereichen sieht Teisberg Reformbedarf:

- Umsetzung des gesetzlichen Qualitätsauftrags
- Neuorganisation der Gesundheitsversorgung nach Krankheitsbildern
- Generierung von risikobereinigten Ergebnisdaten
- Förderung von nutzenorientiertem Wettbewerb
- Ausweitung und bessere Nutzung des E-Health

Ziel einer jeden Reform muss die Erhöhung des Patientennutzens sein. Teisberg schlägt im Hinblick auf dieses Ziel folgende Reformen vor.

3. Die acht Empfehlungen von Prof. Teisberg

Aus der obigen Analyse und dem Stärken-Schwächen-Profil unseres Gesundheitswesens leitet Teisberg diese acht Empfehlungen für eine Umgestaltung unseres Gesundheitssystems ab:

Ja zur obligatorischen Grundversicherung

(1) *Obligatorische Grundversicherung, wie sie heute organisiert ist, beibehalten*

Die allgemeine Versicherungspflicht ist ein wesentlicher Faktor für die Chancengleichheit und die Effizienz der Gesundheitsversorgung. Dieser Zugang zum Gesundheitswesen für alle ist ein wichtiger Pfeiler für ein effektives Gesundheitswesen. Ohne Versicherungsobligatorium werden Behandlungen zeitlich hinausgeschoben. Dies verteuert die Behandlung. Denn die Notfallmedizin ist eine extrem teure Medizin.

Nutzenindikatoren ermöglichen
Wettbewerb

(2) *Risikobereinigte Ergebnismessungen durchführen und veröffentlichen*

Diese Empfehlung stellt die wichtigste Voraussetzung für eine Neuorientierung des Gesundheitswesens dar. Mit Ergebnismessungen lassen sich die Interessen aller Beteiligten auf das gemeinsame Ziel, den Patientennutzen zu verbessern, ausrichten. Die Nutzenindikatoren sind als Entscheidungsgrundlage für Patienten und Mediziner notwendig. Informationen über Behandlungsergebnis und Behandlungskosten nach Ärzteteams und Krankheitsbildern sollten schrittweise erarbeitet und anschliessend veröffentlicht werden. Mittelfristig soll ein funktionierender Wettbewerb auf Basis solcher Nutzenindikatoren entstehen, statt wie heute auf Basis der Kosten.

Lead durch Bund

(3) *Bund muss den Lead übernehmen, damit die Durchführung und Veröffentlichung risikobereinigter Ergebnismessungen umgesetzt werden*

Teisberg befürwortet staatliche, finanzielle Hilfe für den Aufbau von Ergebnismessungen. Auf diese Weise wird die Entwicklung von Messverfahren gefördert. Die Durchführung der Messungen soll jedoch nicht von einem einzigen Anbieter sichergestellt werden. Berufsorganisationen und andere nichtstaatliche Gruppen sollen die Messungen durchführen und deren Ergebnisse analysieren können. Die Ergebnismessungen müssen risikobereinigt sein, was nur unter Berücksichtigung ärztlicher Inputs und fachspezifischer Beiträge medizinischer Gesellschaften erreicht werden kann. Als Koordinationsstelle könnte das Gesundheitsobservatorium (Obsan) figurieren.

Gesamter Behandlungszyklus

(4) *Gesundheitsversorgung muss entlang dem Krankheitsverlauf über den gesamten Behandlungszyklus organisiert werden*

Die Gesundheitsversorgung ist in der Schweiz, wie fast überall, nach aus ärztlicher Sicht relevanten medizinischen Spezialgebieten organisiert. Soll das Gesundheitssystem aber deutlich wirksamer, zweckmässiger und wirtschaftlicher funktionieren, muss eine Versorgung nach Krankheitsbildern organisiert werden. Diese Neustrukturierung nach Diagnosen über den ganzen Behandlungszyklus hinweg kann die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verbessern. Integrierte Arztpraxen und Behandlungszentren bieten den vollen Umfang an medizinischem Fachwissen, technischen Fähigkeiten und Zusatzdienstleistungen, die für die Behandlung eines Krankheitsbildes nötig sind. Die Be-

handlungskette für chronische Nierenkrankheiten ist ein Beispiel dafür, welche Dienstleistungen und Aktivitäten im Behandlungszyklus notwendig sind.⁵ Werden Ergebnismessungen mit einer solchen Neuorganisation der Gesundheitsversorgung kombiniert, können Leistungserbringer die Vorteile der besseren Zusammenarbeit ausspielen und Lerneffekte aufzeigen.

Gesundheitszustand messen **(5) *Krankenversicherer müssen Gesundheitszustand und Behandlungsergebnisse ihrer Versicherten messen***

Die Kassenvielfalt schafft einen zusätzlichen Mehrwert, wenn sich die Versicherungen nicht nur als Zahlstelle verstehen, sondern ihren Erfolg am Gesundheitszustand ihrer Mitglieder messen. Dafür braucht es neben einer Ergebnismessung auch Mehrjahresverträge. Auf diese Weise haben die Versicherungen einen Anreiz, rasche und effiziente Behandlungen zu gewährleisten statt die Versorgung aufzuschieben und damit Kosten zu verlagern.

In einem solchen auf Patientennutzen fokussierten Wettbewerb werden Krankenversicherer im Gesundheitswesen zu einer Triebfeder von Innovationen und verbessern dadurch sowohl individuelle Behandlungsergebnisse als auch die öffentliche Gesundheit.

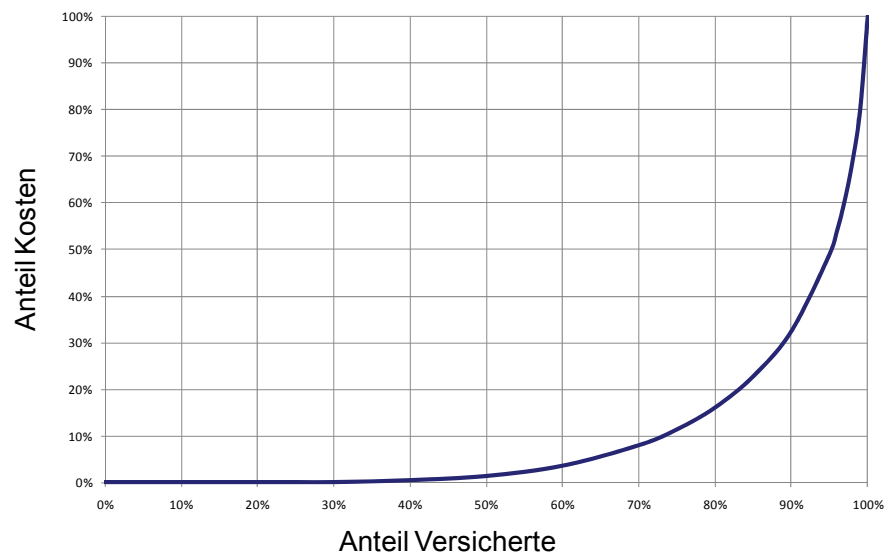
Eigenverantwortung fördern **(6) *Eigenverantwortung soll gefördert werden, Kostenverlagerungen bringen nichts***

Der einseitige Fokus der Kosten führt zu Reformen, die lediglich Kosten verlagern. Häufig handelt es sich dann um ein Nullsummenspiel.

Zehn Prozent der Versicherten verursachen fast 70 Prozent der Kosten (s. Abbildung 4). Diese zehn Prozent teuersten Versicherten mit einem höheren Selbstbehalt zu belasten fällt schwer: Der Versicherungsgedanke, aber auch die Solidarität zwischen gesund und krank würden nachhaltig in Frage gestellt. Aus diesem Grund wurden Maximalbeträge der Kostenbeteiligung eingeführt. Eine zusätzliche Verlagerung der Kosten auf die Versicherten kann somit die teuersten Versicherten nicht erreichen. 70 Prozent der Kosten bleiben von solchen Massnahmen unberührt.

Zehn Prozent der Versicherten verursachen fast 70 Prozent der Kosten.

Abbildung 4: Kostenbeteiligung und Versicherungsgedanke



⁵ S. Olmsted Teisberg (2008), S. 75, Abb. 14.

Will man also den Grossteil der Kosten durch grössere Eigenverantwortung der Patienten in den Griff bekommen, braucht es andere Wege. Eine Stärkung der Eigenverantwortung kann nur erreicht werden, wenn die Transparenz im System verbessert wird. Wiederum sind Qualitäts- und Ergebnisdaten nötig, um den Patienten Informationen bezüglich des Angebots bereitzustellen. Erst damit wird eine echte Wahlfreiheit ermöglicht. Informationen bezüglich Behandlung sowie ein Coaching (z.B. im Rahmen des Disease Management⁶) fördern die Compliance⁷. Ebenso können Gesundheitsschulungen und Gesundheitsberatungen die Eigenverantwortung verbessern. Will man die Eigenverantwortung durch monetäre Anreize fördern, sollte der Grundsatz „belohnen statt strafen“ angewandt werden.

Elektronische Gesundheitsdossiers
für Patienten

(7) Ausweitung des E-Health

Der Informationstransfer innerhalb der Leistungserbringer hin zu den Versicherern erfolgt heute schon zu einem grossen Teil elektronisch und wird in Zukunft vollständig auf diesem Weg erfolgen. Die Informations- und Kommunikationstechnologie leistet zudem einen zentralen Beitrag zur Strukturreform hin zu einer integrierten Gesundheitsversorgung über den gesamten Behandlungszyklus. Sie beinhaltet die Formulierung gemeinsamer Definitionen und Standards zur Messung und Analyse von Ergebnisdaten sowie die Vernetzung mit elektronischen Gesundheitsdossiers, um medizinische Entscheide zu erleichtern und die Fehlerquote zu senken. Damit wird unter anderem auch die elektronische Überwachung von Patienten im Rahmen von Disease-Management-Programmen ermöglicht. Elektronische Gesundheitsdossiers im Besitz der Patienten fördern im Weiteren die Eigenverantwortung. Dabei sind die Sicherheit und der Schutz von Patientendaten zu gewährleisten, ohne die Erhebungen und Vergleichsanalysen von Ergebnisdaten zu behindern. E-Health soll für die Strukturreform eingesetzt werden, damit die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Versorgung über den ganzen Behandlungszyklus hinweg verbessert werden kann. Nur so können die ICT-Kosten durch die Zunahme des Patientennutzens mehr als wettgemacht werden. Ist diese Voraussetzung erfüllt, sollten KVG-konforme finanzielle Anreize die Einführung von E-Health fördern. Solche Anreizschemata wären beispielsweise differenzierte Vergütungen je nach IT-Anwendungen oder die Einführung elektronischer Patientendossiers für die Selbstadministration der Versicherten. Solche Massnahmen beschleunigen die Strukturreform der Gesundheitsversorgung und erhöhen den Patientennutzen.

Wettbewerb durch Qualität

(8) Nutzenorientierter Wettbewerb zwischen den Kantonen soll gefördert werden

Zuerst muss sich die Datenlage, wie oben erläutert, verbessern. Ohne gute Information wird ein Wettbewerb immer nur über den Preis geführt, ohne das „Produkt“ dahinter zu verstehen. Erst mit der nötigen Transparenz kann der Wettbewerb über die Qualität erfolgen, was den Patientennutzen nachhaltig steigert. Der Schweizer Föderalismus darf die Vergleichbarkeit der Qualitätsdaten über die Kantongrenzen hinweg nicht behindern. Auch soll eine interkantonale Freizügigkeit den Patienten ermöglichen, ihre Wahlfreiheit auf die ganze Schweiz auszudehnen.

In einem weiteren Schritt sollen Ärzteteams ihre Ergebnisse schweizweit, europaweit oder gar weltweit vergleichen können. Mit diesem Wettbewerb können auch Patienten aus dem Ausland gewonnen werden. Denn herausragende medizinische Qualität und wissenschaftliches Wissen sind keine lokalen Grössen. Ärzte, die Vergleiche vornehmen und ihr Team auf internationalem Niveau halten, werden ihre Behandlungsergebnisse ständig verbessern. Dies kommt direkt der Bevölkerung zugute und erlaubt es der Schweiz, ein internationales Renommee für hervorragende Gesundheitsdienstleistungen aufzubauen.

⁶ Integrierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen.

⁷ Therapietreue oder das konsequente Befolgen des ärztlichen Rates.

4. Reformpfad

Einführung risikobereinigter Messung der Qualität.

Phase 1: Ärzteteams erarbeiten Messparameter. Sie dokumentieren die Ergebnisse und analysieren diese nach Diagnosen.



Phase 2: Nach einer angekündigten Zeitspanne (z.B. ein Jahr) sollen diese risikobereinigten Ergebnismessungen in der ganzen Schweiz allen Leistungserbringern zugänglich gemacht werden. Die Daten sollen nach Ärzteteams aufgeschlüsselt werden.



Phase 3: Die Ergebnismessungen sind der Öffentlichkeit zugänglich zu machen.

Innovationswettbewerb

Ein genügend langer zeitlicher Vorlauf solcher Qualitätsmessungen gilt als wichtiger Pfeiler einer erfolgreichen Einführung. Die Ärzte haben Angst, von der Grundversicherung ausgeschlossen zu werden, falls ihre Ergebnisse unterdurchschnittlich sind. Diese Angst ist unbegründet, wenn der obige Reformpfad eingehalten wird. Die Messungen müssen nämlich sorgfältig geplant und eingeführt werden. Es macht keinen Sinn, Messungen öffentlich zu machen, die nicht vergleichbar sind. Qualitätsmessungen müssen deshalb zuerst innerhalb der Leistungserbringer verglichen und geprüft werden. Nur so können sie das Ziel einer Verbesserung des Gesundheitswesens erreichen. Erst wenn die Ergebnisse geprüft sind und die Ärzte die Möglichkeit hatten, darauf zu reagieren, sollen die Qualitätsdaten der breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Solche validierten Daten fördern auch die Innovation der Zulieferfirmen, da ihre Produkte und Technologien auf Basis von harten Fakten bewertet werden können. Der Innovationswettbewerb wird folglich in die richtigen Bahnen gelenkt.

Transparenz wird Anpassungsprozess auslösen

Das Ziel der Ergebnismessungen ist in erster Linie das Monitoring und die Verbesserung der Qualität. Erst in einer späteren Phase soll der Wettbewerb über die Qualität installiert werden. Für die Ärzteschaft darf dies kein Schreckensszenario darstellen. Im Gegenteil: Der heutige Wettbewerb über die Kosten ist für die Ärzte weit gefährlicher, da er nur einen Aspekt seiner Leistung berücksichtigt. Heute sind die Ärzte stärker der Willkür der Wirtschaftlichkeitsprüfungen ausgeliefert als sie dies sein werden, wenn Qualitätsmessungen vorhanden sind. Qualitätsdaten werden den guten Ärzten eine Rechtfertigung ihrer allfälligen teureren Leistungen bieten. Schlechtere Ärzte können sich dank den Qualitätsdaten verbessern oder gegebenenfalls umorientieren, indem sie nur noch Leistungen anbieten, bei denen sie gute Ergebnisse erzielen können. Die Transparenz innerhalb der Leistungserbringer wird einen Anpassungsprozess auslösen, der zwar eine gewisse Zeit in Anspruch nimmt. Als Ergebnis werden jedoch die Ressourcen im Gesundheitswesen effektiver genutzt.

5. Sicht von economistesuisse

Hohe Qualität gefordert

Schweizerinnen und Schweizer wollen ein Gesundheitswesen, in der die Qualität der Leistungen etwas zählt und nicht nur die Kosten. Gleichzeitig ist eine Mehrheit der Bevölkerung dafür, dass der Markt mehr regelt als der Staat.⁸ Die Autorin der vorliegenden Studie liefert ein Rezept, wie dieser Wunsch umgesetzt werden kann.

Reformstau überwinden:
mehr Leistungswettbewerb

Seit der Einführung des KVG im Jahre 1996 sind keine grösseren Reformschritte mehr zustande gekommen. Teisberg zeigt auf, wie dieser schädliche Reformstau überwunden werden kann. Eine Umstellung auf den „nutzenorientierten Wettbewerb“ geht zwar nicht von heute auf morgen, doch lohnt sich seine sorgfältige Einführung. Denn ein Gesundheitswesen, in dem zwar Wettbewerb herrscht, dieser sich aber ausschliesslich um Kosten dreht statt um Preis-Nutzen-Verhältnisse, ist teuer. Die USA kann hier als Beispiel dienen. Es ist einfacher, Kosten zu verlagern, als Kosten im ganzheitlichen Sinn zu verhindern. Einseitig

⁸ Gesundheitsmonitor 2007. Mehr Qualität, mehr Leistung, mehr Markt. Schlussbericht. Interpharma.

ger Kostenwettbewerb führt aber nicht zu tieferen, sondern zu höheren Kosten. economiesuisse setzt sich für mehr Leistungswettbewerb im Gesundheitswesen ein. Dazu braucht es Transparenz bezüglich Preisen und Ergebnissen. Risikobereinigte Ergebnisdaten, wie von Teisberg beschrieben, ermöglichen diesen fairen Leistungswettbewerb, der langfristig allen zugutekommt.

E-Health als Schlüsseltechnologie

Die elektronische Revolution hat das Gesundheitswesen in der Schweiz noch viel zu wenig erfasst. Dies ist kein Zufall. Das Gesundheitswesen ist zu wenig dem innovationsfördernden Leistungswettbewerb ausgesetzt. Gleichzeitig würde eine stärkere Nutzung elektronischer Instrumente diesen Wettbewerb befruchten. Aus diesem Grund ist E-Health eine Schlüsseltechnologie für den Umbau des Gesundheitswesens in Richtung nutzenorientiertem Wettbewerb. economiesuisse befürwortet deshalb eine aktive Förderung von E-Health mittels anreizkompatibler Lösungen. Selbstverständlich muss dabei immer der Datenschutz beachtet werden.

Lokal beschränkte Märkte
behindern Wettbewerb um Leistungen

Der heutige, lokal beschränkte Markt bei den Leistungserbringern ist oft stark hinderlich für Wettbewerb um Leistungen im Gesundheitswesen. economiesuisse begrüsst eine Ausdehnung des Wettbewerbs zwischen den Leistungserbringern auf die nationale und allenfalls die internationale Ebene. Leistungsdaten, wie beispielsweise jene der Spitäler für spezielle Operationen, sollen national verglichen werden können. Damit wird eine echte Wahlfreiheit geschaffen, weil die Auswahl des Spitals auf Basis von validierten Daten beruht und zudem nicht regional beschränkt bleibt. Die Patienten können auf diese Weise ihre Präferenzen besser zum Ausdruck bringen, was wiederum einen Anpassungsprozess bei den Spitälern auslöst. Auch Leistungsdaten anderer Leistungserbringer würden eine gleiche, positive Dynamik auslösen.

Raschere Verbreitung von Innovationen

Ein solcher funktionierender Leistungswettbewerb im Gesundheitswesen ermöglicht, dass sich Innovationen und „Best Practices“ rascher verbreiten. Damit kann der Fortschritt im Gesundheitswesen, der Nutzen für die Patienten und damit der gesamtwirtschaftliche Nutzen erhöht werden. Ein qualitativ hochstehendes und zugleich kosteneffektives Gesundheitswesen hat überdies internationale Ausstrahlung. Dieses Renommee kann genutzt werden, um Gesundheitsleistungen vermehrt in einem internationalen Umfeld anzubieten.

Rückfragen:

fridolin.marty@economiesuisse.ch

Anhang

Literaturverzeichnis und Bibliografie

Longchamp, Claude, Aebersold, Monia, Bösch, Luca, Tschöpe, Stephan und Ratelband-Pally, Silvia-Maria (2006): Bewegung Richtung Markt: Schlussbericht zum Gesundheitsmonitor 2006. Interpharma/gfs.bern, Basel, Schweiz.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) und WHO (World Health Organization) (2006), OECD Reviews of Health Systems – Switzerland. Paris, Frankreich: OECD.

Porter, Michael E.; Olmsted Teisberg, Elisabeth (2006), Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Boston, USA: Harvard Business School Press.

Olmsted Teisberg, Elisabeth (2008), Nutzenorientierter Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitswesen: Möglichkeiten und Chancen: Hrsg: economiesuisse, Klinik Hirslanden AG, Interpharma, Schweizerischer Versicherungsverband SVV, Swisscom IT Services AG.