

Hot Spots und Konfliktfelder in der Gesundheitssteuerung: Heisse Themen fordern kühle Köpfe

Welche Akteure sollen mit welchen Instrumenten innerhalb welcher Rahmenbedingungen das Gesundheitswesen steuern? Diese Fragen bergen Zündstoff und erzeugen gesundheitspolitische Hitzefelder (hot spots). Am diesjährigen Symposium des Forums Managed Care (siehe *Kasten*) kommen diese Fragen auf den Tisch. Der Präsident des Forums erklärt die Hintergründe.

Peter Berchtold

Das Gesundheitswesen benötigt mehr Steuerung! Diese Forderung ist Europa-weit und in der Schweiz mittlerweile (fast) überall akzeptiert. Gleichzeitig ist sie vor allem bei Leistungserbringenden wenig beliebt, weshalb sich diese vielerorts dem Vorwurf des Verhinderns und der Kooperationsunfähigkeit ausgesetzt sehen. Das ist nicht erstaunlich, denn Steuern und Managen – in welcher Form auch immer – beschneidet den professionellen Gestaltungsraum der Experten – der Ärzte, Pflegenden und anderen Gesundheitsberufe – im Kerngeschäft, der Behandlung und Betreuung von Patienten. [1] Natürlich kommt aber auch das Kerngeschäft, das in den vergangenen Jahren

durch Neuerungen und Innovationen sehr viel komplexer geworden ist, nicht ohne ein Mehr an Management und Steuerung aus. Verwalten reicht nicht mehr, denn zu viele Personen und Funktionen sind an den Behandlungsabläufen beteiligt. Es liegt in der Natur von Management und Managed Care, «transparente Verantwortlichkeit» (englisch «accountability») zu fordern, denn nur auf dieser Basis kann gesteuert und gemanagt werden. Auf der Ebene der Leistungserbringenden kollidiert eine solche Forderung aber mit der traditionellen Expertenautonomie, beispielsweise von Ärzten, welche grundsätzlich nur eine Verantwortlichkeit kennt – jene gegenüber dem individuellen Patienten.

Anreize schaffen

Die grosse Frage tut sich auf, wie sich Leistungserbringende in weitergehende Steuerungsmassnahmen im Sinne von Managed Care und integrierter Versorgung einbinden lassen. Gelingt dies nicht, drohen Polarisierung und Konfrontation, welche die

«Steuern und Managen beschneidet den professionellen Gestaltungsraum der Experten im Kerngeschäft.»

heute (noch) vorherrschende Abwertung von Managed Care als qualitativ schlechte Billigmedizin festigen können. Dass sich Managed Care auf der politischen Ebene heute einer steigenden Beliebtheit erfreuen darf,



Peter Berchtold

ist zu begrüssen, ändert am Billig-Image aber wenig. Die Einführung von Managed-Care-Modellen und -Instrumenten zu fördern heisst, einen kulturellen Wandel voranzutreiben. [2] Ein solcher kann kaum verordnet, sondern vor allem durch sinnvolle Anreizsysteme

Am 25. Mai 2005 wird im World Trade Center Zürich das erste Symposium des neuen Forums Managed Care stattfinden. Referenten und Teilnehmende aus allen Bereichen des Gesundheitssystems werden sich in Plenarveranstaltungen, Workshops und Diskussionsgruppen mit den aktuellsten Fragen zur Steuerung der Gesundheitsversorgung auseinander setzen: Welche Steuerungskonzepte und -instrumente eignen sich wie für schweizerische Verhältnisse, welche Anreizsysteme stiften sinnvollen Nutzen für die verschiedenen Akteure, welches ist die wissenschaftliche Evidenz für Managed Care und wie können die Akzeptanz und das Engagement für die vielfältigen Steuerungsmassnahmen gefördert werden?

unterstützt werden. Anreize sollen den Beteiligten sinnstiftenden Nutzen bringen. Sie dürfen nicht nur finanzieller Art sein, denn damit wird – wie wir in den vergangenen Jahren erfahren haben – das Vorurteil der Billigmedizin gestärkt und die Akzeptanz von Managed Care vor allem bei den Patienten untergraben. Sinnstiftende Anreize bewirken beispielsweise, dass

- Versorgungsleistungen nicht nur mit Preisschildern, sondern auch mit expliziten Qualitätslabels versehen sind
- die Eigenverantwortlichkeit der Patienten gestärkt wird
- neue, attraktive Qualifizierungswege und Tätigkeitsfelder für Gesundheitsberufe entstehen
- administrative Tätigkeiten vereinfacht werden
- Managed-Care-Konzepte und -Instrumente wissenschaftlich auf ihre Wirksamkeit untersucht werden.

Rahmenbedingungen setzen

Natürlich sind auch (aber nicht nur) finanzielle Anreize wichtig, wobei das System der Leistungsvergütung eine entscheidende Rolle spielt. Ein Vergütungssystem wie jenes des so genannten «Fee-for-service» (Einzelleistungsvergütung), welches die Überversorgung und unnötige Leistungen fördere, sei unethisch, sagen die einen. Pauschalvergütungen und insbesondere Kopfpauschalen (Capitations) resultierten in Unterversorgung und im Vorenthalten von Leistungen und seien deshalb unethisch, sagen die andern. Dass Ver-

«Ein kultureller Wandel kann kaum verordnet, sondern vor allem durch sinnvolle Anreizsysteme unterstützt werden.»

gütungsformen das Verhalten von Ärzten beeinflussen, wissen wir aus einer kürzlich erschienenen Review der Cochrane-Collaboration, deren systematische Übersichtsarbeiten als Evidenz-Goldstandard im Gesundheitsbereich gelten: Bei Fee-for-ser-

vice fanden die Autoren signifikant mehr Konsultationen und mehr spezialisierte Abklärungen und Behandlungen als bei pauschaler Vergütung. [3] Ob dieses Mehr (bzw. das entsprechende Weniger) für den individuellen Patienten gut oder schlecht

«Für pauschalisierte Vergütungen ist es wichtig, dass sie sich innerhalb eines festgelegten Rahmens bewegen.»

ist, lässt sich auch mit aufwändigen statistischen Analysen kaum feststellen. Für pauschalisierte Vergütungen ist es deshalb wichtig, dass sie sich innerhalb eines festgelegten Rahmens bewegen, beispielsweise indem

- Budgetmitverantwortung nur mit Ärztgruppen (und nicht mit individuellen Ärzten) vereinbart wird [4]
- explizite Qualitätsausweise (Zertifizierungen) gefördert und gefordert werden

■ Patienten mit ausreichenden Informationen versorgt werden und der Zugang zu Zweitmeinungen gewährleistet wird

■ der Risikoausgleich verbessert wird.

Natürlich hat niemand ein wirkliches Interesse an qualitativ schlecht behandelten und unterversorgten Patienten. Trotzdem trachten beispielsweise Versicherer und staatliche Finanzierer nun einmal nach möglichst günstigen Preisen für die Behandlung und Betreuung. Sie entsprechen damit einer Erwartung der Prämien- und Steuerzahlenden. Genauso wie die Patienten erwarten, dass ihre behandelnden Ärzte und Pflegenden nichts Notwendiges unterlassen, erwarten sie als Prämien- und Steuerzahlende, dass die Versicherer und der Staat die Kosten tief halten. Diese Divergenz der Interessen akzentuiert sich verständlicherweise, wenn die Finanzmittel knapp werden. Die Frage tut sich auf, wie verhindert werden kann, dass diese Interessen-Divergenzen zur Konfrontation und Polarisierung zwischen den verschiedenen Akteurguppen

verkommen. Rahmenbedingungen, die für alle gelten, könnten dies gewährleisten, indem sie Gestaltungsräume abstecken, beispielsweise in der Beantwortung der Frage, was wir unter medizinischer Notwendigkeit oder unter Minimalstandards für die Behandlung und Betreuung verstehen wollen.

Der Ruf nach Ethik wird lauter und zeigt damit, wie dringlich all die genannten Fragen sind. [5] Und macht gleichzeitig klar, dass diese Fragen nicht einseitig vom einen oder anderen Akteur, sondern nur in einem umfassenden Dialogprozess sinnvoll angegangen werden können. Dazu will das Forum Managed Care mit seinem diesjährigen Symposium vom 25. Mai 2005 einladen. ■

Autor:

PD Dr. Peter Berchtold

Präsident Forum Managed Care

Leiter College-M

College für Management

im Gesundheitswesen

Freiburgstrasse 41

3010 Bern

E-Mail:

peter.berchtold@college-m.ch

Literatur:

1. Berchtold P, Schmitz C: (Un)happy doctors? – zwischen Arzt-Sein und Managen. Schweiz. Ärztezeitung 2005; 86 (06): 339-340.
2. Finsterwald D: Managed Care – Pionierland Schweiz. SGGP Schriftenreihe 2004, Nr. 75
3. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, Sergison M, Pedersen L: Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
4. Goetschi AS, Weber A: Ein Budget für Ärzte. Schweiz. Ärztezeitung 2004; 85: 2498-2503.
5. Povar GJ et al. (Medicine as a Profession Managed Care Ethics Working Group): Ethics in Practice: Managed Care and the Changing Health Care Environment. Ann Intern Med 2004; 141: 131-136.