

9. Trendtage Gesundheit Luzern: In welche Richtung bewegen wir uns im Gesundheitswesen?

Mangel oder Überfluss: Das ist hier die Frage

Sie nehmen eindeutig Shakespeare'schen Charakter an, die nächsten Trendtage Gesundheit Luzern. Hamlet, der tragische dänische Prinz, der den Tod seines Vaters rächen will, steht Pate: Sein oder nicht sein. Es geht am 27. und 28. Februar zur Sache. Gut tut, wer sich aus einer kritischen Aussensicht den aktuellen Entwicklungen nähert, die gründlich unter die Lupe genommen werden. Interessierte BesucherInnen bedürfen dabei ja nicht der Tarnung des Wahnsinns wie der elend endende nordische Adlige, ein kritisches Auge und eine gehörige Portion Neugier sind wohl das bessere Rezept, um den Gründen von Mangel oder Überfluss auf die Spur zu kommen. Erstklassige Referenten bürgen dafür, dass kein Aspekt unbeantwortet bleibt. Wir haben heute zwei Experten, die in Luzern mit dabei sein werden, zum Thema befragt.



Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle, Mitbegründerin und Leiterin des Interdisziplinären Instituts für Ethik im Gesundheitswesen, Dialog Ethik, Zürich



Dr. med. Guido Schüpfer, PhD, MBA HSG, Co-Chefarzt Anästhesie und Leiter Klinische Forschung und Risikomanagement am Luzerner Kantonsspital (LUKS)

«Mangel oder Überfluss» beschäftigt zahlreiche Akteure im Gesundheitswesen und in sehr starker Masse insbesondere die Regulateure auf der politischen und behördlichen Szene. Wo braucht es wieviel Staat und wo ist es besser, den Markt spielen zu lassen? Wo aber braucht es gerade den Staat, um als Basis notwendige Kriterien festzulegen, welche den Wettbewerb überhaupt erst ermöglichen? – Und generell: Wo werden die Interessen von Steuerzahlern, Prämienzah-

lern und Patienten vertreten? Sie haben doch primär Anspruch auf eine qualitativ erstklassige und problemlos erreichbare Versorgung. Weder Mangel noch Überfluss soll sie beschäftigen, sei es aufgrund ihrer Herkunft, ihres regionalen Wohnsitzes, ihres Alters oder Einkommens. – Ist das aber heute noch so? Wir befragten dazu Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle, Mitbegründerin und Leiterin des Interdisziplinären Instituts für Ethik im Gesundheitswesen, Dialog

Ethik, Zürich, und Dr. med. Guido Schüpfer, PhD, MBA HSG, Co-Chefarzt Anästhesie und Leiter Klinische Forschung und Risikomanagement am Luzerner Kantonsspital (LUKS).

Teuer und auch gut?

Das Schweizer Gesundheitswesen gehört zu den teuersten weltweit. Wir haben auch doppelt so viele Pflegende pro 1000 Patienten wie in Deutschland. Qualität, Service und Komfort in Ehren: Lässt sich das aber angesichts der Verknappung von Nachwuchs in der Pflege aufrecht erhalten? Sollen wir das in dieser Art überhaupt? Könnte das nicht früher oder später zu einer Zwei-Klassen-Medizin führen: Genügend Pflegefachkräfte für die gut Verdienenden ...?

Dr. med. Guido Schüpfer: Das Schweizer Gesundheitswesen ist zwar teuer, aber jeder hat einen guten und schnellen Zugang. Das unterscheidet das Schweizer von anderen teuren Systemen. Für den gesellschaftlichen Zusammenhalt sind m. E. ein funktionierendes, faires Bildungs- und Gesundheitssystem unabdingbar. Die Anzahl Pflegende pro 1000 Patienten ist nachweislich Outcome-relevant. Wir sollten hier unsere Ressourcen wirklich einsetzen. Der Vergleich mit Deutschland ist zudem kritisch zu sehen. In Deutschland stehen häufig viel mehr Ärzte im Einsatz und bestimmte medizinische Handlungen sind den Ärzten vorbehalten. Handlungen, die bei uns durchaus von Pflegenden durchgeführt werden.

Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle: Ein teures Gesundheitswesen garantiert weder die Prozess- noch die Outcomequalität einer Behandlung. Zwischen Kosten und Qualität besteht nur sehr bedingt ein Zusammenhang im Gesundheitswesen. Im Hinblick auf verbindliche Standards bei der Versorgungsqualität besteht grosser Nachholbedarf. Was die Anzahl Pflegekräfte anbelangt, so erwarten wir einen immensen Bedarf angesichts der Veränderungen in der Bevölkerungspyramide und in der Gesellschaft. Wir haben schon heute eine Mehrklassenmedizin: eine verdeckte Rationierung bei Patientengruppen, die nicht lukrativ sind und eine Überversorgung bei denjenigen, bei denen es sich finanziell lohnt.

Bleibt das Persönliche auf der Strecke?

Kritiker der Szene sprechen aufgrund unserer Kosten und des hohen Personaleinsatzes von suboptimalen Prozessen, gleichzeitig unternehmen viele Spitäler (fast) alles, um die Verweildauern unter Druck von SwissDRG weiter zu senken. Andererseits sind gerade die persönliche Betreuung und die Zuwendung aus der Sicht des Patienten sinnvoll. Wo liegt nun das Optimum und was sollen wir uns künftig leisten?

G.S.: Das DRG-System zwingt viele Leistungserbringer zur Fokussierung. Für die generelle Gesundheitsversorgung sind aber auch die grossen Allgemeinversorger von grosser Wichtigkeit, diese werden unter dem aktuellen DRG-System eher abgestraft. Zudem setzt das DRG-System die Spitallandschaft unter grossen Druck, kleine Leistungserbringer sind ohne Subventionen auf Dauer nicht überlebensfähig. Derzeit wird wohl die Strukturbereinigung aus politischer Opportunität aufgehalten statt angepackt.

Am LUKS ist seit über 15 Jahren die Hospitalisationsdauer rückläufig, obwohl wir bis Ende 2011 über Tagespauschalen und nicht über DRGs finanziert wurden. Ich sehe einen wesentlichen Treiber für die Verkürzung von Aufenthaltsdauer in Spitälern im Patientenwunsch, organisatorischen Massnahmen, in besseren technischen Möglichkeiten und in der besseren Diagnostik, hingegen weniger im Finanzierungssystem. Generell erwarte ich weiterhin einen leichten Rückgang der Hospitalisationsdauer dann, wenn es den Akutversorgern gelingt, integrierte Modelle zur Nachbehandlung zu realisieren.

Für die Bewertung eines Leistungserbringers sind aus Patientensicht verschiedene Dinge wichtig: Freundlichkeit des Personals, zeitge-



Hamlet, der dänische Prinz, stellte die unbequeme Frage: «Sein oder nicht sein» ... Mangel oder Überfluss?

rechte und klare Informationen zu Behandlung, Pflege und Nachsorge sowie die Amenities.

R.B.H.: Prozessoptimierung bedeutet ja nicht zwingend weniger Zeit mit dem Patienten. Bei der multidisziplinären Zusammenarbeit in den Organisationen und auch organisationsübergreifend besteht grosses Rationalisierungspotenzial. Interessant ist derzeit, dass die Einführung der DRG diese Zusammenarbeiten offenbar fördert. Grundsätzlich werden die Anreize im Gesundheitswesen falsch gesetzt: Statt der Behandlungs- und Versorgungsqualität stehen vielerorts die Gewinnmaximierung und die Maximierung der eigenen Interessen allgemein im Vordergrund. Wenn die Gesprächszeit gleich verrechnet werden könnte wie die technische Interventionen oder die Abgabe von Medikamenten, wäre die Situation sicher anders.

Markt und Steuerung: jeweils eine Frage des Masses

Etliche Kantone mischen gewaltig mit und hebeln die neue, einheitliche Spitalfinanzierung mit dirigistischen Eingriffen aus. Sie betreiben Mengensteuerung und zahlen unter phantasievollsten Bezeichnungen trotz SwissDRG direkte Subventionen an ihre öffentlich-rechtlichen Spitäler. – Wieviel kantonale Souveränität ist sinnvoll, wieviel Zentralismus und Wettbewerb von Seiten der Privatkliniken ist nötig, um dem

Erfordernis nach mehr Markt gemäss neuer Spitalfinanzierung Rechnung zu tragen?

G.S.: Der Gesundheitsmarkt spielt sich in einem sehr stark regulierten Umfeld ab. Es kommt zu eigentlichen Marktverzerrungen, da sich die Marktteilnehmer in den vorgegebenen Rahmenbedingungen an ökonomischen Zielen orientieren, die aber volkswirtschaftlich nicht zwingend sinnvoll sind. Zudem ist keine sanktionierende Marktordnung zu erkennen. Dies gilt für private wie für öffentliche Institutionen. Dem bedingungslosen Glauben an die Marktkräfte gilt es deshalb die nachhaltige Versorgungssicherheit entgegen zu halten. Dass Märkte versagen, hat uns ja im Übrigen die Finanzkrise vorgeführt. Ich bin mir fast sicher, dass deshalb die Logik der reinen Marktwirtschaft im Gesundheitssystem zu kurz greift bzw. nie funktionieren wird.

R.B.H.: Das Gesundheitswesen ist nur sehr beschränkt ein Markt. Die Abhängigkeiten gerade von schwer kranken Menschen sind immens bei Therapieentscheiden, sodass sie einfach ausgenützt werden können. Gerade angesichts des fragmentierten und hochspezialisierten Wissens in Medizin und Pflege braucht es Konzentration und Bündelung der Kräfte schon aus Qualitätsgründen. Die konkurrierenden Eigeninteressen der Kantone führen letztlich dazu, dass Patienten nicht die Qualität erhalten, die sie könnten. Es braucht eine Besinnung auf den Sinn des Gesundheitswe-

sens: Es geht doch nicht einfach um Gewinn, sondern eigentlich um etwas ganz Anderes: die Sorge um die Kranken und ihre Angehörigen. Dass auch im Gesundheitswesen Geld verdient werden kann und auch muss, leuchtet allen ein. Aber es ist eine Frage des Masses und der Verhältnismässigkeit.

Runter mit den VVG-Prämien

Neu zahlen die Kantone auch an private Kliniken (in der Regel) 55% Kostenanteil. Also müssten die Prämien für Zusatz- und Privatversicherte sinken, sonst zahlt diese Bevölkerungsgruppe über zwei Kanäle – Prämien und progressive Steuern. Keine einzige Krankenversicherung hat bis jetzt Ihren Zusatz- und Privatversicherten eine Prämienrückerstattung ausgerichtet, ausser der KPT, die von der Absicht dazu spricht. 2012 wurden gleich hohe oder gar höhere Prämien einkassiert als 2011. Da scheint ein Mangel an Kontrolle und – erneut – konsequentem Durchsetzen der neuen Spitalfinanzierung vorzuliegen. Wie sehen Sie das?

G.S.: Die Privatversicherten bezahlen in erster Linie für einen höheren Hotelleriekomfort und die freie Arztwahl. Da die Innovationen über die heutigen Finanzierungssysteme auch nicht gedeckt sind und die Investitionspauschalen sehr tief sind, kommt auch hier der Abgeltung über den Zusatzversichertenteil eine Bedeutung zu. Ich bin aber überzeugt, dass der Prämien- und Steuerzahler derzeit für diese Bereiche einen sehr hohen Preis bezahlt. Die Prämien für die Zusatzversicherung müssten eigentlich sinken, da der stationäre Teil durch die Kantone ja hälftig finanziert wird. Ich glaube, die Versicherer konnten sich vor allem bei privaten Institutionen bei den Tarifverhandlungen nicht durchsetzen. Persönlich bin ich zudem der Ansicht, dass die Vermischung zwischen der Privat- und Grundversicherung auf verschiedenen Ebenen eine grosse Fehlkonstruktion im Gesundheitssystem der Schweiz ist und in der Folge zu Fehlanreizen führt.

R.B.H.: Die finanzielle Situation der Krankenkassen wäre aus meiner Sicht genauer auszu-leuchten. Die Prämien sind ohnehin über Jahre unverhältnismässig stark gestiegen.

Auf suboptimalem Niveau durchwursteln?

Nur 25% aller Spitäler sind laut Einkaufsgruppe HSK (Helsana, Sanitas, KPT) willens oder in der Lage, exakte Vollkosten-



rechnungen nach Sparten gemäss ITAR-K zu präsentieren. SwissDRG sieht aber transparente Benchmark-Vergleiche vor. Zudem stecken die Qualitätsvergleiche unter Spitalern noch in den Kinderschuhen. Stünde es einem modernen, reichen Staat wie der Schweiz nicht gut an, wenn sowohl im Finanz- und Rechnungswesen der Spitäler wie im Qualitätsvergleich muster-gültige statistische Werte vorliegen würden? Ist der Mangel an Transparenz nicht mit- unter Grund für überflüssige Leistungen, für ein suboptimales Angebot oder für Informationsmängel gegenüber Patienten, die sich aufgrund von Leistungsvergleichen ihr Spital für ihren Eingriff aussuchen möchten?

R.B.H.: Selbstverständlich. Im Gesundheitswesen geht es oft ums «Muddeling through», weil Transparenz gescheut wird. Denn im Halbschatten lassen sich die Eigeninteressen trefflich verschleiern. Transparenz aber ist die Voraussetzung, nicht nur für Qualitätskriterien, sondern auch für das Vertrauen.

G.S.: Ich verstehe das DRG-System als Preisbildungssystem und nicht als Kostenerstattungsmechanik. Es sollte die Basis für einen Qualitäts-Preis- und damit Kostenwettbewerb legen. Qualitätsvergleiche in der Gesundheitsindustrie sind komplex, weil das Produkt nicht auf Lager produziert werden kann. Es muss sofort ohne Rückgaberecht bezogen werden und Erfolgsgarantien für biologische Systeme sind schwierig zu designen. Zudem müssen Qualitätsstudien in den Dimensionen Indikations-, Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität aufgelegt werden. Dann verstehen wir besser, was wir für den Prämien- und Steuerfranken bekommen. Der Mangel an Transparenz ist unter anderen Aspekten ein Grund, wieso der gewollte Markt nicht spielt. Mehr Transparenz ist durch alle Anspruchsgruppen zu leisten, auch seitens der Versicherer.

Die ungünstige Datenqualität führt natürlich dazu, dass das DRG-System, wenn es als Ergeb-

nis einer grossen statistischen Analyse angeschaut wird, noch unreif ist. In Deutschland hat man sich für diese Entwicklung deutlich mehr Zeit gelassen und zum Beispiel auch eine lange Konvergenzphase zugelassen.

Überfluss an Inseln, Mangel an Vernetzung

Optimierte Behandlungspfade tauchen immer wieder in der Diskussion als Heilmittel für eine bessere und wirtschaftlichere Versorgung auf. Kritiker meinen, das scheitere an den aktuellen Fakten: Wir hätten zu viele Inseln und zu wenig Vernetzung - in der Leistungserbringung selbst wie in der IT-mässigen Kooperation und im Datenaustausch. In der Tat haben wir - eHealth-Suisse zum Trotz - keine klaren Standardvorgaben im Bereich von eHealth. Und wie wollen wir 2015 das ePatientendossier flächendeckend lancieren, wenn nur mal gerade 20% der freipraktizierenden Ärzte technisch in der Lage sind, ein solches überhaupt zu führen? - Einem Überfluss an Inseln steht ein Mangel an Vernetzung gegenüber. Wie sollen wir dieses Problem in Interesse der Patienten lösen?

R.B.H.: Indem wir uns an die Arbeit machen!

G.S.: Hochintegrierte Systeme sind nicht nur kompliziert, sondern auch komplex und daher vielleicht steuerungsresistent. Ich sehe die Lösung in der Schulung der Bevölkerung zu mündigen und selbstverantwortlichen Nutzern, die beispielsweise kritisch fragen: «Und was bringt mir diese Untersuchung an Zusatznutzen?»

Behandlungen in klaren Standards mit Patientenpfaden erhöhen zweifelsfrei die Qualität. Daher erwarte ich konkret, dass bei einem Maximalversorger wie dem Luzerner Kantonsspital möglichst viele Patienten in Studien behandelt werden.

Text und Interview: Dr. Hans Balmer