

10. Schweizerischer Kongress für Gesundheitsökonomie und Gesundheitswissenschaften (SKGG) – das Gesundheitssystem 2023 im Fokus

Das Gute messbar und besser machen

«Wir wollen Qualität messen, weil schlechte Qualität oft unermessliche Folgen hat», brachte es BAG-Direktor Pascal Strupler schon in der Einladung zum 10. SKGG zum Ausdruck. «Unser Gesundheitswesen ist gut – nur wenn wir messen und priorisieren, wird es auch besser», doppelte Josef Troxler, Generalmanager des Sponsors Vifor Pharma, nach. Unter diesen Prämissen zeigten sich die Referenten am Kongress in Bestform, legten die Finger auf bestehende Wunden, zeigten Chancen und Hindernisse im Gesundheitssystem und öffneten mit manch kreativem und innovativem Verbesserungsvorschlag neue Perspektiven – Elemente, ganz so wie sie ein Gesundheitsökonomie-Kongress eben bieten soll, und wie es den Veranstaltern im Jubiläumsjahr auch hervorragend gelungen ist.

Bei der Vermessung der gesundheitsökonomischen Welt bewege man sich im Spannungsfeld Mythos versus Wahrhaftigkeit, betonte Prof. Dr. Katharina Janus, Professorin für Gesundheitsmanagement und Controlling, Direktorin des Center for Healthcare Management, Universität Ulm und für Health Policy & Management, Columbia University, New York. Sie machte erst einen Blick zurück: «Die Gesundheitsökonomie als Subkultur der Ökonomie erblickte das Licht der Welt namentlich im Jahr 1963 durch Kenneth Arrow. Zum 50. Jahrestag erfolgt nun eine Reflexion über Mythos und Wahrhaftigkeit.»

Es scheint vermessen, von der reinen Vermessung der Phänomene auf die Realität einer inhärent komplexen gesundheitsökonomischen Welt zu schliessen. Die Referentin hinterfragte daher den etablierten Mythos der Messbarkeit und zielte darauf ab, die wahrhaftige «Gestalt» der gesundheitsökonomischen Interaktion zu konkretisieren. Dabei stellte sie insbesondere die methodische Vorgehensweise in komplexen sozialen Systemen auf den Prüfstand und lieferte Ansätze zur Innovation, welche die Ganzheitlichkeit des sozioökonomischen Umfeldes adressieren.

Unsicherheit und Marktversagen

Arrow ging bei seinen Analysen von Unsicherheit und dem Marktversagen in der medizinischen Versorgung aus. Die Ganzheitlichkeit der Gesundheitsversorgung («healthcare») war bewusst nicht Thema seiner grundlegenden

Publikation, obwohl er ihre Existenz und Bedeutung anerkannte. In den folgenden Dekaden der Evolution der gesundheitsökonomischen Welt haben sich methodische Ansätze in der Vermessung etabliert, die Arrows ceteris paribus-Ansatz folgen – häufig allerdings mit der Vermessenheit, die Gestalt der Gesundheitsversorgung als Ganzes erklären und bewerten zu wollen. Die Versorgungsforschung verlangt nun nach genau diesem ganzheitlichen methodischen Ansatz, der die Umfeldbedingungen der reinen medizinischen Versorgung berücksichtigt und eine valide Bewertung der gesamten Gesundheitsversorgung zulässt. Auch von politischer Seite treibt die Erkenntnis, dass Gesundheitsversorgung nur im Zusammenspiel mit dem gesamten Sozial- und Wirtschaftssystem bewertet werden kann, die methodische Innovation voran. Nach «Obamacare» und «Government shutdown» ist z.B. die amerikanische Politik bestrebt, das Pendant zum Bismarck'schen System der Sozialgesetzgebung klarer zu definieren und zu «vermessen» – lediglich mit 150 Jahren Verspätung; denn die Gesamtkosten gehen inzwischen weit über die reinen Gesundheitskosten hinaus: Sozialkosten, wirtschaftliche und nicht zuletzt politische Kosten schüren die Notwendigkeit der Innovation in der gesundheitsökonomischen Welt.

Die gesundheitsökonomische Welt als Ganzes

«Summa summarum versuchen wir jedoch mit Ökonomie, die sich auf die Bewertung

der rein medizinischen Versorgung fokussiert hat, die «Gestalt» des Gesamtsystems zu erklären», meinte Prof. Janus, «anstatt Unsicherheit zu internalisieren, wird sie in Form von Annahmen operationalisiert. Methodische Innovation jedoch bedeutet, «ceteris imparibus»-Ansätze zu entwickeln, die die Gestalt der gesundheitsökonomischen Welt in Gänze erfassen. Dabei spielen dieselben Faktoren wie zu Arrows Zeiten eine Rolle: die Auseinandersetzung mit Unsicherheit, das Wissen der Akteure und die Berücksichtigung der Umfeldbedingungen. Entscheidend für eine wahrhaftige Gestaltung der zukünftigen gesundheitsökonomischen Welt ist allerdings, ob wir den methodischen Mut aufbringen, uns mit diesen Faktoren auseinanderzusetzen und für die Umsetzung Verantwortung zu übernehmen, damit aus Mythos endlich Wahrhaftigkeit werden kann.»

Outcome- und Evaluationsforschung zu gesundheitsbezogenen Fragen

Prof. Dr. Peter Rüesch, Leiter Fachstelle Gesundheitswissenschaften, Departement Gesundheit, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Winterthur, ging auf Outcome und Evaluation bei gesundheitspolitischen Massnahmen ein: «Gesundheit ist heute im öffentlichen und besonders auch im politischen Diskurs beinahe omnipräsent. Eine Übersicht dieser Forschung in der Schweiz war jedoch bisher nicht greifbar. Im Auftrag der Schweizerischen Akademie der Geistes- und



Der 10. Schweizerische Kongress für Gesundheitsökonomie und Gesundheitswissenschaften bot viel Diskussionsstoff. Am Podium sehen wir (v.l.n.r.): Prof. Dr. Peter Ruesch, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Dr. Boris Augurzky, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, Moderatorin Dr. Angelika März und Moderatorin Charlotte Werthemann, Adrian Schmid, Leiter eHealth Suisse, und Sue Ziebland, University of Oxford.

Sozialwissenschaften (SAGW) wurde im Jahre 2012 eine Studie durchgeführt mit dem Ziel, die sozialwissenschaftlich orientierte Forschung im Bereich Gesundheit für die Schweiz darzustellen¹.» Im Rahmen dieser Studie wurde untersucht:

- welche Institutionen in der Schweiz eine sozialwissenschaftlich orientierte Gesundheitsforschung betreiben,
- welche Themen sie bearbeiten und
- von wem diese Art von Gesundheitsforschung finanziert wird.

Umfangreiche Datenbanken durchforstet

Als Datengrundlage dienten mehrere Forschungsdatenbanken, bei denen Forschungsprojekte, die zwischen den Jahren 2000–2010 zum Themenkomplex Gesundheit/Krankheit durchgeführt wurden, untersucht wurden. Dabei wurden nur Projekte berücksichtigt, die sich zumindest partiell sozialwissenschaftlicher Fragestellungen oder Methoden bedienen. Rein (bio)medizinische oder naturwissenschaftliche Forschungsprojekte flossen nicht in die Analyse ein. In Ergänzung zu den Resultaten der Datenbankanalyse wurden leitfadengestützte Interviews mit vier ExpertInnen

durchgeführt, um eine Einschätzung im internationalen Vergleich zu erhalten, sowie um ihre Erfahrungen in interdisziplinärer Zusammenarbeit zu erfahren.

Drei grosse Themenkomplexe

Prof. Ruesch ging auf die Schwerpunkte der sozialwissenschaftlich-orientierten Gesundheitsforschung ein. Im Korpus der ausgewerteten Forschungsprojekte könnten drei grosse Themenkomplexe der Gesundheitsforschung identifiziert werden:

- Die «Individuumorientierte Forschung zu Gesundheit und Krankheit» befasst sich mit Gesundheitsfragen auf der Mikroebene des Individuums, mehr als die Hälfte (56%) aller Forschungsprojekte sind diesem Komplex zuzuordnen. Allerdings müssen bei der individuumorientierten Forschung zwei spezifische Ausprägungen berücksichtigt werden: Die eine Variante, die «Forschung zu medizinspezifischen Störungsbildern», ist primär medizinischen Fragestellungen verpflichtet und fokussiert auf (diagnosespezifische) Gesundheitsstörungen (36% aller Projekte), die andere Ausprägung, bezeichnet als «Forschung zu umfassenden Phänomenen von Gesundheit/Krankheit», schliesst Studien

(20%) ein, die sich breiter mit Phänomenen von Gesundheit und Krankheit befassen.

- Die «Systemorientierte Forschung» (39% aller Projekte) hat ihren Ansatzpunkt auf der Meso- oder Makroebene des Gesundheitssystems und der Gesundheitsversorgung. Häufige spezifische Themen, die in diesem Komplex untersucht werden, sind ökonomische und rechtliche Fragestellungen, die Evaluation von Versorgungsmodellen und Fragen rund um den Bereich Arbeitsmarkt und die Ausbildung von Gesundheitsfachpersonen.
- Der dritte und kleinste Themenkomplex ist die sog. «Methodologische Forschung», die insgesamt 5% aller Projekte umfasst. Der Hauptfokus der Studien in diesem Bereich sind methodologische Fragestellungen insbesondere im Bereich der Diagnostik und von Assessments.

Disziplinäre und institutionelle Verankerung

Auf den ersten Blick bestehe, so der Referent, besonders eine grosse Heterogenität und Komplexität der Forschungslandschaft im Bereich Gesundheit: «Eine Vielzahl von Institu-

¹ Bänziger, A.; Treusch, Y.; Ruesch, P.; Page, J. (2012). Gesundheitsforschung in der Schweiz – Thematische Schwerpunkte, institutionelle Verankerung. Bern: Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften SAGW.

tionen und Fachgebieten forscht zu Themen im Bereich Gesundheit/Krankheit. So führen sowohl die Sozialwissenschaften (d.h. Soziologie, Psychologie, Ökonomie usw.) als auch die medizinischen Wissenschaften Forschungsprojekte zu Gesundheit und Krankheit durch, welche sozialwissenschaftliche Fragestellungen bearbeiten oder sozialwissenschaftliche Methoden verwenden. Interdisziplinär angelegte Forschungsprojekte von Sozialwissenschaften und medizinischen Wissenschaften stellen nur eine Minderheit der untersuchten Projekte dar.»

Die untersuchte Forschung im Bereich Gesundheit ist vorwiegend an den Hochschuleinrichtungen «Universitäten», «Fachhochschulen» und «Pädagogischen Hochschulen» verankert. Dabei ist die universitäre Forschung zu nahezu gleichen Anteilen in sozialwissenschaftlich orientierten und medizinischen Institutionen beheimatet. Allerdings ist der Anteil an Projekten von Forschungseinrichtungen ausserhalb der Hochschulen auch beachtlich.

Insgesamt, so der Referent, sei eine relativ prägnante Differenzierung zwischen sozialwissen-

schaftlichen und medizinischen Institutionen hinsichtlich der Themenbereiche festzustellen: «Neben der beobachteten unterschiedlichen Fokussierung und der damit einhergehenden Benennung von Phänomenen im individuellen Bereich legen die Sozialwissenschaften ein deutlich stärkeres Gewicht auf systemorientierte Sichtweisen resp. auf Fragen der Steuerung des Gesundheitssystems. Es lassen sich keine eigentlichen «Forschungscluster» i.S. einer Spezialisierung bestimmter Institutionen auf klar umrissene Themenfelder identifizieren.»

Steuerung der Prozesse und medizinische Problemstellungen

Die Hauptfoki der sozialwissenschaftlich orientierten Gesundheitsforschung sind auf Steuerungsfragen (Makroebene) des Gesundheitssystems sowie auf (medizinische) Problemstellungen im Zusammenhang mit relativ klar umrissenen Krankheiten (Mikroebene) ausgerichtet. Die «Outcome- und Evaluationsforschung» zu praxisrelevanten Therapien und Interventionen wurde von mehreren Expertinnen als schlecht vertreten bewertet in der Schweizer Forschungslandschaft.

Beachtenswert ist, dass ausseruniversitäre Forschungseinrichtungen, insbesondere private Forschungsbüros eine substantielle Rolle als «Player» auf dem Gesundheits-Forschungsmarkt spielen. Es ist insbesondere die anwendungsorientierte Auftragsforschung, welche durch private Forschungsbüros und vermehrt auch durch die Fachhochschulen dominiert wird.

Mit Blick auf die thematische Schwerpunktbildung im Bereich Gesundheit konnte bei den sozialwissenschaftlichen Instituten der Universitäten einzig in der Psychologie das Kernthema «individuenorientierten Forschung» identifiziert werden. An anderen universitären Instituten stellt Gesundheit dagegen eher ein Randthema der sozialwissenschaftlich orientierten Forschung dar. Es kann deshalb, auch aus Expertensicht, eine Fragmentierung der Forschungslandschaft diagnostiziert werden mit wenig ausgeprägter Schwerpunktbildung innerhalb der universitären sozialwissenschaftlichen Gesundheitsforschung.

Forschungslücken schliessen

«Für die sozialwissenschaftliche Forschung im Bereich Gesundheit lassen sich auf Grund

Ergonowie?

Neben dem «Was?», «Wer?» und «Wann?» geht oft das «Wie?» vergessen. **Wie** arbeiten wir und **wie** geht es uns dabei? Stundenlang sitzen wir in gleicher unvorteilhafter Haltung am Computer und sind abends verspannt in Schulter und Nacken.

Die Ergonomie widmet sich ausschliesslich dem «Wie?» und setzt dabei den Menschen in den Mittelpunkt. Sie schafft so die idealen Voraussetzungen um zu arbeiten.

Ergonomie bei Me-First.ch vereint kompetente, individuelle Beratung mit guten Produkten. In unserem Sortiment finden Sie Bürostühle, höhenverstellbare Sitz-/Steh-Pulte, Monitor-Schwenkarme, Dokumenthalter, Notebook-Ständer, Eingabegeräte und andere Hilfsmittel.

Wie? Kontaktieren Sie uns für eine unverbindliche Beratung (Telefon 043 540 84 48, info@me-first.ch) oder besuchen Sie unsere Website www.me-first.ch.

Special 1: SKGG

der vorliegenden Ergebnisse folgende zwei Schlüsse ziehen:

- Die heterogene Verteilung der Gesundheitsforschung auf viele Einzelinstitutionen lässt eine Schwerpunktbildung vermissen und erschwert den Aufbau einer kritischen Kompetenzdichte im Bereich Gesundheitsforschung. Dies ist insbesondere bei den Universitäten zu beobachten (mit Ausnahme in der Psychologie).
- Neben den Universitäten sind sozialwissenschaftliche Kompetenzen in den privaten Forschungsbüros und an den Fachhochschulen auszumachen. Mit der weiteren Entwicklung der Fachhochschulen mit ihren Gesundheitsdepartementen ist zu hoffen, dass die beklagte Forschungslücke im Bereich «Outcome- und Evaluationsforschung» in der Schweiz teilweise geschlossen werden kann.»

Qualität und Wirtschaftlichkeit der Spitäler

Dr. Boris Augurzky, Leiter des Kompetenzbereichs Gesundheit, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, Essen, befasste sich mit Qualität und Effizienz.

Nach einer aktuellen Untersuchung der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft PwC hat sich die wirtschaftliche Lage der Spitäler in der Schweiz im Jahr 2012 gegenüber 2011 verbessert («clinicum» berichtete darüber). Das Ergebnis aus dem operativen Geschäft (EBITDA-Marge) hatte sich von 2,7% im Jahr 2011 auf 5,7% des Umsatzes erhöht. Diese Entwicklung ist erfreulich. Eine steigende EBITDA-Marge sei aber auch notwendig zur Finanzierung von Investitionen, die seit der Umstellung auf das DRG-System in der Schweiz in die Eigenverantwortung der Spitäler übergegangen ist. Demgegenüber kommt der Krankenhaus Rating Report 2013 für Deutschland zu dem Ergebnis, dass sich die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser 2011 gegenüber 2010 deutlich eingetrübt und sehr wahrscheinlich 2012 abermals verschlechtert hat. 2011 wiesen 13% der deutschen Krankenhäuser eine erhöhte Insolvenzgefahr auf und ein Drittel schrieb einen Jahresverlust. Fast die Hälfte aller Häuser war darüber hinaus nicht ausreichend investitionsfähig. Besonders schwierig war die Lage in Süddeutschland, in Niedersachsen/Bremen sowie in Schleswig-Holstein/Hamburg.

Gegenläufige Trends

Vergleicht man wichtige Finanzkennzahlen (EBITDA, Eigenkapitalquote, Liquidität, Kapita-



SKGG

Der 10. Schweizerische Kongress für Gesundheitsökonomie und Gesundheitswissenschaften, welcher am 25. Oktober 2013 statt fand, stand unter dem Thema: «Gesundheitssystem 2013: Das Gute Messbar und besser machen». Zum 10-Jahr-Jubiläum entstand eine Jubiläumsschrift, die hier bezogen werden kann: info@sggp.ch

lumschlag) der Schweizer und der deutschen Spitäler miteinander, stellt man jedoch kaum Unterschiede fest. Die deutschen Häuser schnitten diesbezüglich sogar leicht besser ab. Insofern unterscheiden sich nur die Trends in den beiden Ländern: in Deutschland nach unten, in der Schweiz nach oben. Der Vergleich zeigt aber auch, dass in der Schweiz noch erhebliches Potenzial zur Verbesserung der betrieblichen Effizienz vorhanden sein muss – was nicht verwunderlich ist, weil in der Schweiz der Umstieg auf das DRG-System erst kürzlich erfolgte. Effizienzverbesserungen sind vor allem deswegen nötig, um die Unternehmenssubstanz der Spitäler durch regelmässige Investitionen langfristig erhalten zu können. Anders als in Deutschland erhalten die Schweizer Spitäler nämlich keine separaten Investitionsfördermittel der öffentlichen Hand. Sie sind vielmehr in die DRG-Vergütung bereits eingepreist. Insofern sind aus dem Umsatz im Durchschnitt höhere Erträge als in Deutschland zu erwirtschaften.

Wo's rentiert, ist auch Qualität besser

Der Unternehmenssubstanz kommt eine grosse Bedeutung bei der medizinischen Qualität zu. Ziel der Krankenhausversorgung ist die medizinische Versorgung der Bevölkerung zu hoher Qualität. Dazu sind zum Beispiel gute Prozesse und moderne Medizintechnik nötig, wofür regelmässig Investitionen erforderlich sind. Dazu wiederum sind nur wirtschaftlich starke Krankenhäuser mit hoher Ertragskraft in der Lage. Tatsächlich lässt sich für deutsche Spitäler feststellen, dass die wirtschaftliche Lage eines Hauses Hand in Hand mit der medizinischen Qualität geht: Bei Spitalern

mit überdurchschnittlichem Rating und hoher Ertragskraft fällt auch die medizinische Qualität sowie die Patientenzufriedenheit überdurchschnittlich gut aus.

Die Kausalität kann jedoch in beide Richtungen gehen: Einerseits erlaubt eine hohe Ertragskraft Investitionen in gute Qualität. Andererseits kann eine gute Qualität dazu führen, dass mehr Patienten das Krankenhaus aufsuchen, d.h. dass eine höhere Auslastung und Wirtschaftlichkeit erreicht werden kann. «Qualität kann also auch ein wichtiger Wettbewerbsparameter für Klinikenebene sein. Zwar werden in Deutschland Qualitätsmessungen durchaus vorgenommen. Allerdings werden deren Ergebnisse häufig nicht auf der Krankensebene veröffentlicht. Hier besteht noch Nachholbedarf, um den Patienten und ihren einweisenden Ärzten Unterstützung bei der Wahl eines für sie geeigneten Krankenhauses in die Hand zu geben», betonte der Referent.

Soll die Qualität das DRG-Entgelt bestimmen?

Einige Qualitätsinitiativen von Leistungserbringern gibt es, die von sich aus medizinische Qualitätsmasse auf der Ebene einzelner Spitäler und Diagnosen veröffentlichen. Auch wenn die Qualitätsmasse bzgl. ihrer Aussagekraft – Stichwort Risikoadjustierung – hinterfragt werden können, gehe der eingeschlagene Weg in die richtige Richtung, betonte Dr. Boris Augurzky: «In der Schweiz werden dagegen seit 2012 Qualitätszahlen aller akutsomatischen Spitäler veröffentlicht. Mittelfristig könnten solide Qualitätsmasse für ausgewählte Diagnosen sogar die Höhe der DRG-Vergütung bestimmen: Gute Qualität würde belohnt, schlechte bestraft.»