

Können und dürfen wir Verhalten managen?

«Massvoller Gesundheitskonsum: Können und dürfen wir Verhalten managen?»
So wurde im Programm des 4. Forum-Managed-Care-Symposiums ein Roundtable angekündigt, der von der Unternehmensberaterin Elisabeth Michel-Alder geleitet wurde. Die Moderatorin hätte die Ausgangsfrage vermutlich mit einem klaren Ja beantwortet. Die Gesprächsteilnehmenden waren skeptisch.

«**W**ie könnte man Patienten beeinflussen, damit sie abstinenter werden?» Mit dieser Frage eröffnete Elisabeth Michel-Alder am 4. Forum-Managed-Care-Symposium die Podiumsdiskussion. Sie wiederholte die Frage im Lauf der Diskussion mehrmals. Doch die Fragestellung stiess, wie Michel-Alder am Schluss der Diskussion selber feststellte, bei den Diskussionsteilnehmenden mehrheitlich auf Skepsis. «Wir können und dürfen das Verhalten der Patienten nicht beeinflussen wollen», so schien der Grundtenor zu lauten. Das Gespräch wurde denn auch immer wieder unterbrochen durch grundsätzliche Kritik an der Fragestellung. Um die Lesbarkeit sicher-

zustellen, folgt die folgende Zusammenfassung nur zum Teil dem tatsächlichen Gesprächsablauf. Ziel war es, das Gesprächsklima spürbar zu machen und die Kernaussagen wiederzugeben.¹

Elisabeth Michel-Alder²: Wie könnte man die Patienten beeinflussen, damit sie abstinenter werden?

Jacqueline Bachmann³: Abstinenz ist völlig unsexy. Ich kann mir nicht vorstellen, dass Sie die Konsumentinnen und Konsumenten dazu bringen werden, weniger zu konsumieren. Marketing zielt ja eigentlich in die umgekehrte Richtung.

Michel-Alder: Man kann mit Marketing nicht nur den Konsum ankurbeln, man kann auch ein bestimmtes Verhalten propagieren. Denken Sie an die Stop-Aids-Kampagne.

Heidi Schriber⁴: Patienten sind Teil eines Systems. Wenn sich das Gesamtsystem nicht massvoller verhält, warum sollten das die Patienten tun? Und: Wer bestimmt das Mass? Ich denke, das kann nur in demokratischen Prozessen erarbeitet werden.

Annamaria Müller-Imboden⁵: Wenn wir den Konsum wirklich reduzieren wollen, müssen wir Mittel aus dem System nehmen.

Stefan Schütz⁶: Zuerst muss die politische Frage beantwortet werden: Soll es möglich sein, den Leistungskatalog zu differenzieren? Wenn ja, wo finden die Differenzierungen statt: Auf der Ebene der Versicherungsprodukte? Oder auf der Ebene des einzelnen Arztes?

Bachmann: Es ist offenbar erwiesen, dass HMOs und Hausarztmodelle

günstiger arbeiten. Warum heben wir dann nicht den Vertragszwang auf und lassen diese Modelle sich verkaufen, mit einem schicken Label und mit klaren Versprechungen, deren Einhaltung sich überprüfen lässt? Das würde den Krankenkassen gefallen, das würde den Patienten und den Versicherten gefallen; und dann müssten wir über andere Dinge gar nicht mehr so endlos diskutieren. Das setzt aber voraus, dass Information, Transparenz und Vergleichbarkeit sichergestellt sind, wie wir das mit dem «Guide santé» anstreben. – Hier beissen wir bekanntlich mehr oder weniger auf Granit, vor allem bei den Ärztinnen und Ärzten.

Michel-Alder: Sogar im bestehenden System mit all seinen Mängeln gibt es Bevölkerungsgruppen, die deutlich weniger konsumieren als andere. Wie können wir die Gruppen, die viel konsumieren, dazu bringen, so viel zu konsumieren wie jene, die wenig konsumieren?

Adrian Wirthner⁷: Es ist ein Problem der Information. Die Leute kommen

¹ Die Voten, welche die Fragestellung als solche kritisierten, wurden für die schriftliche Wiedergabe an den Textanfang verschoben. Im zweiten Textteil folgen die Voten, welche konkrete Massnahmen vorschlugen, um das Verhalten der Patienten zu beeinflussen. Im tatsächlichen Gespräch wurden die letztgenannten Voten immer wieder durch die erstgenannten unterbrochen.

² Elisabeth Michel-Alder ist Unternehmensberaterin (Unternehmensberatung EMA Human Potential Development, Zürich).

³ Jacqueline Bachmann ist Geschäftsführerin der Stiftung für Konsumentenschutz.

⁴ Heidi Schriber (Dr. sc. nat.) leitet die Arbeitsgruppe Patienten des Vereins Forum Managed Care.

⁵ Annamaria Müller-Imboden ist Zentralsekretärin der schweizerischen Ärztesgesellschaft FMH.

⁶ Stefan Schütz ist Leiter Managed Care und Leistungseinkauf der ÖKK.

⁷ Adrian Wirthner ist Allgemeinpraktiker und leitet die Praxis Bubenberg in Bern. Die Praxis Bubenberg ist eine mitarbeiter-eigene HMO-Praxis; sie wird für rund 80 Prozent ihrer Patienten im Capitationsystem entschädigt (Kopfpauschalen anstatt Einzelleistungsentschädigung).



«Dürfen wir Patienten zu «abstinenterem Verhalten» erziehen? Können wir das? Ist es sinnvoll?», fragten sich die Diskussionsteilnehmenden.

zum Arzt, weil sie Angst haben, weil sie verunsichert sind. Es ist nicht lustvoll, Gesundheitsleistungen zu konsumieren.

Michel-Alder: *Welche Leistungen sind vielleicht doch nicht so unlustvoll zu konsumieren und werden häufiger konsumiert als eigentlich nötig?*

Wirthner: Vor allem die Leistungen, die passiv und schmerzfrei konsumiert werden können, wie Massagen und komplementärmedizinische Therapien.

Michel-Alder: *Wie stehts mit Diagnostik?*

Wirthner: Das kommt meistens aus der Angst heraus: «Wenn ich Kopfschmerzen habe, brauche ich ein MRI.» Das kommt daher, dass die Patienten schlecht informiert sind oder dass der Arzt sie nicht gut berät.

Bachmann: Den grössten Teil der Kosten verursachen jene, die multiple Krankheiten haben und wirklich krank sind. Da würde ich nicht mehr von lustvollem Konsum sprechen. Zudem wissen wir, dass die Mengenausweitung das Problem der Menge der zur Verfügung stehenden Dienstleistungen ist.



Elisabeth Michel-Alder: «Man kann mit Marketing nicht nur den Konsum ankurbeln, man kann auch ein bestimmtes Verhalten propagieren.»

Michel-Alder: *Es ist ein Zusammenspiel zwischen Angebot und Nachfrage. Die Nachfrager könnten auch Nein sagen.*

Schriber: Sicher. Die Frage ist, wie man sie dazu motiviert und welche Informationen man ihnen zur Verfügung stellt. Man muss den Leuten sagen, was sie durch den Verzicht gewinnen. Dazu braucht es Strukturen für unabhängige Informationen.

Solche Strukturen gibt es bis heute nicht.

Esther Baldegger⁸: Verzicht auf eine Leistung bedeutet auch Verzicht auf Nebenwirkungen und auf Risiken. Das müsste man den Leuten klarmachen.

Müller-Imboden: Wir können die Leute nur dazu bringen, freiwillig auf etwas zu verzichten, wenn wir ihnen ganz genau erklären können, was passiert, wenn sie nicht verzichten. Die Aids-Kampagnen waren einigermaßen erfolgreich, weil man den Leuten drastisch zeigen konnte, was passiert, wenn sie ungeschützten Geschlechtsverkehr haben oder Spritzen tauschen.

Baldegger: Ich wünsche mir ein Gesundheitsmagazin, das seriös informiert über Vorteile und Nachteile von therapeutischen Massnahmen. Das wäre enorm wichtig zur Aufklärung der Leute, neben einer seriösen Beratung durch den Gesundheitsanbieter.

Müller-Imboden: Hier haben wir zurzeit ein grosses Problem: Weil die Anzeigen in den Printmedien rückläufig sind, ist es kaum noch möglich, wirklich objektive, nicht gekaufte Informationen zu verbreiten.



Jacqueline Bachmann: «Den grössten Teil der Kosten verursachen jene, die multiple Krankheiten haben und wirklich krank sind. Da würde ich nicht mehr von lustvollem Konsum sprechen.»

⁸ Esther Baldegger leitet das Projekt Allfit des Stadtärztlichen Dienstes der Stadt Zürich.



Das Gespräch wurde immer wieder unterbrochen durch grundsätzliche Kritik an der Fragestellung.



Stefan Schütz: «Wenn die Versicherer über Leistungen oder über die Leistungserbringer informieren, werden die Rollen vermischt.»

Michel-Alder: *Wie informieren Sie, Herr Wirthner, Ihre Patientinnen und Patienten über vernünftigen Konsum?*

Wirthner: Ich bin in einer speziellen Situation, denn ich habe Budgetverantwortung, das heisst, ich habe eine Aufgabe mit sich widersprechenden Zielen: Ich habe ein grosses Interesse, dass der einzelne Patient die Leistungen bekommt, die er braucht. Andererseits habe ich auch die Verant-

wortung gegenüber den anderen Versicherten und gegenüber dem Geschäft. Wenn ich dem Einzelnen zu viel gebe, schade ich den anderen.

Michel-Alder: *Und wie machen sie es dem einzelnen Patienten klar, wenn sie etwas nicht für nötig halten, das der Patient oder die Patientin haben möchte?*

Wirthner: Ich versuche ihn zu überzeugen, mit meinem Wissen und mit meiner Überzeugungskraft.

Das Problem ist, dass die Datenlage in der Medizin sehr schlecht ist. Wir leben eben nicht in einer mechanistischen, sondern in einer biopsychosozialen Welt. Deshalb geht das alles nicht so einfach linear und deduktiv, sondern es braucht viel Kreativität und Intuition. Diese Qualitäten werden aber im Moment im Einzelleistungssystem sehr schlecht abgegolten.

Michel-Alder: *Die Krankenkassen wären ja eigentlich ebenfalls interessiert an dieser unabhängigen Information, die Frau Schriber moniert hat. Was können Sie tun, und wo sind Grenzen?*

Schütz: Generell ist zu sagen, dass wir gar nicht wissen, welches eigentlich die Informationsbedürfnisse der Patientinnen und Patienten in der konkreten Situation sind. Zudem ist nicht klar, wieweit sich der Versicherer in die Information einschalten darf. Wenn wir über Leistungen oder

über die Leistungserbringer informieren, werden die Rollen vermischt; das kann zu Schwierigkeiten führen, auch in der Schweiz.

Wir können solche Informationsdienstleistungen heute auch gar nicht abrechnen. Dieses Problem wurde erkannt; es ist Thema der dritten Krankenversicherungsrevision. Doch vorläufig schlagen sich solche Investitionen in den Verwaltungskosten nieder, und wenn die Systeme dadurch Leistungen einsparen, verschlechtert sich das Verhältnis der Verwaltungskosten zu den Leistungen. Das läuft auf einen ineffizienten Krankenversicherer hinaus ...

Müller-Imboden: Ich sehe eine zusätzliche Möglichkeit darin, dass man den Jugendlichen bereits im Schulalter ein Gesundheitsbewusstsein und ein Bewusstsein im Umgang mit Gesundheitsdienstleistungen und -gütern aneignen könnte, wie es im Bereich der Zahnpflege geschieht. Da muss ich den Politikerinnen und Politikern einen Vorwurf machen, die jetzt die schulärztlichen Dienste abschaffen wollen. Da zerstört man ein Potenzial, das sich später nur noch zu einem sehr hohen Preis wieder aufbauen lässt.

Michel-Alder: *Wer soll die Verantwortung übernehmen, um hier Massnahmen zu ergreifen?*



Heidi Schriber: «Man muss den Leuten sagen, was sie durch den Verzicht gewinnen.»



Annamaria Müller-Imboden: «Weil die Anzeigen in den Printmedien rückläufig sind, ist es kaum noch möglich, wirklich objektive, nicht gekaufte Informationen zu verbreiten.»

Müller-Imboden: Ohne politischen Druck geht gar nichts.

Wirthner: Es braucht einen politischen Auftrag an alle Verbände – Patientenorganisationen, Versicherungsorganisationen, Leistungserbringerorganisationen. Gemeinsam haben diese Verbände sehr viel Einfluss.

Michel-Alder: Welche Zielgruppen sollte man vor allem zu erreichen versuchen?

Wirthner: Eine wichtige Zielgruppe sind sicher die sozial schlechter Gestellten, die schlechter Verdienenden. Denn sie sind schlechter informiert und brauchen mehr Gesundheitsleistungen. Eine weitere wichtige Zielgruppe ist die Jugend.

Müller-Imboden: Wenn wir versuchen, die Gesunden davon abzuhalten, sich einzubilden, dass sie krank sind, und Gesundheitsleistungen zu beanspruchen, ist dies das eine. Das ist sehr aufwändig. Dazu braucht es eine Kampagne.

Das andere ist, auf jene 20 Prozent der Kranken zu fokussieren, welche 80 Prozent der Gesundheitskosten verursachen.

Michel-Alder: Dürfen wir aus ethischer Sicht zuerst bei dieser Gruppe ansetzen?

Baldegger: Ich arbeite mit Diabetikern, mit COPD⁹- und mit Herzinsuffizienzpatienten. Das sind Patienten, die jahrelang hohe Kosten generieren. Es ist doch kein Verbrechen, wenn man ihnen beibringt, wie sie sich zu verhalten haben, damit keine Fussamputationen nötig werden und keine Hospitalisationen, weil sie ihre Situation falsch einschätzen. Es wäre ein Verbrechen, wenn wir das nicht tun würden. Die Leute sind sehr motiviert, da mitzumachen, sofern man es richtig anpackt und auf sie eingehen kann.

Bachmann: Es geht ja nicht darum, diesen Leuten etwas wegzunehmen, sondern darum, Prozesse zu optimieren und Doppelspurigkeiten zu vermeiden.

Michel-Alder: Es geht aber auch um angenehme Leistungen, die man durchführen kann – aber nicht unbedingt muss. Es geht um Leistungen mit geringem Grenznutzen. Und um solche, bei denen ein nachhaltiger Nutzen nicht erwiesen ist.

Schütz: Solche Entscheidungen fallen in der Arztpraxis. Da ginge es darum, für beide Seiten, die Patienten und die Ärzte, die richtigen Anreize zu setzen.

Ich könnte mir vorstellen, dass wir Standards und Zertifizierungen für Leistungserbringer kombinieren könnten mit ökonomischen Anreizen für die Versicherten. Ich denke an eine Art Halbtaxeffekt: Wenn der Patient sich bei zertifizierten Leistungserbringern behandeln lässt, ist seine Kostenbeteiligung nur halb so hoch wie bei nicht zertifizierten Leistungserbringern. ■

Aufzeichnung des Gesprächs:
Rita Schnetzler

Fotos:
Stefan Kubli, Winterthur



Adrian Wirthner: «Wenn ich dem Einzelnen zu viel gebe, schade ich den anderen.»



Esther Baldegger: «Es ist doch kein Verbrechen, wenn man den Patienten beibringt, wie sie sich zu verhalten haben, damit keine Fussamputationen nötig werden.»

⁹ COPD: chronic obstructive pulmonary disease (chronisch obstruktive Bronchitis)