

Wege zu einer reformierten Gesundheitsversorgung

Wie könnte ein reformiertes Gesundheitssystem aussehen? Was braucht es, um das bestehende System verändern zu können? Der Autor setzt auf Autonomie, Verantwortung und Zusammenarbeit aller Beteiligten. Ein Plädoyer für eine neue Systemlogik und für integrierte Versorgungsnetze.¹

Philippe Schaller

Es gibt offensichtlich keine einfache und universelle Lösung für die komplexen Probleme, die sich im Gesundheitswesen stellen. Um die Mentalität und die sozialen Verhältnisse im Gesundheitswesen verändern zu können, braucht es einen tief greifenden Wandel. Dieser lässt sich nur schrittweise vollziehen. Folgende Grundsätze müssen dabei beachtet werden:

- Die politische Führung muss prä-senter sein. Und es braucht ein Konzept, das die Gesundheitsversorgung als einen «Service Public» verankert.

- Die Bürger und Bürgerinnen müssen stark in die Gestaltung des Gesundheitswesens einbezogen werden, und die Wahlfreiheit muss garantiert sein.

- Die Gesundheitsfachleute brauchen eine grosse Autonomie, damit sie organisatorische Innovationen entwickeln können.

- Die Organisation, die Finanzierung und der Betrieb der lokalen Gesundheitssysteme (integrierte Versorgungsnetze) müssen auf regionaler Ebene einer einzigen Einheit unterstellt werden.

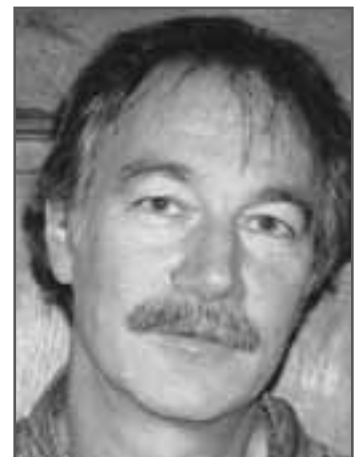
- Der Markt und das Gesundheitssystem sollen nach den Prinzipien von Managed Care und der Integrierten Versorgung reguliert und organisiert werden.

- Die medizinischen Informationen müssen gemeinschaftlich verwaltet werden.

Dezentralisierte Versorgungsnetze

Wie soll ein reformiertes Gesundheitssystem aussehen? Unabhängige, dezentralisierte Versorgungsnetze sollen nicht nur durch die Benutzer finanziert werden, sondern auch deren Vorlieben ausdrücken. Die integrierten Versorgungsnetze müssen so künftig näher an den lokalen politischen Behörden sein, näher am klinischen Geschehen und näher an den Bedürfnissen der Bevölkerung, wie dies zum Beispiel in Holland oder in Quebec (Kanada) bereits der Fall ist. Contandriopoulos [1] schreibt über die lokalen Netze: «Diesen geografisch definierten Einheiten wird die medizinische Verantwortung übertragen. Sie müssen genügend klein sein, damit die Akteure die Konsequenzen der Entscheidungen, die sie getroffen haben, direkt spüren, und damit die Gesamtheit der Gesundheitsfachleute sich gemeinsam für die erbrachten Leistungen verantwortlich fühlt.»

Die Organisation in Versorgungsnetzen ermöglicht es, schneller auf die epidemiologischen, technischen und ökonomischen Veränderungen



Philippe Schaller

zu reagieren, weil die Netze selber über den Ressourceneinsatz entscheiden. Es entsteht dabei eine neue Form von kollektiver Kompetenz, welche die Versorgung koordiniert und integriert. Es müssen die juristischen und finanziellen Voraussetzungen geschaffen werden, die solche Versorgungsnetze ermöglichen und einen dynamischen Prozess auslösen.

Solange jedoch die Institutionen des Gesundheitswesens unabhängig voneinander finanziert werden, wird es ausserordentlich schwierig sein, neue Formen der Zusammenarbeit und Integration zu erfinden. Deshalb muss als Erstes die Finanzierung der Spitäler monistisch werden. Damit verändert sich nicht nur das Konzept und die Rolle des Spitals, sondern auch die Rolle der anderen Institutionen im Gesundheitswesen. Das

¹ Der Text ist als Nachwort erschienen im zweisprachigen Buch von Daniel Finsterwald (2004): *Managed Care - Pionierland Schweiz/Managed Care - La Suisse pionnière*. Bern, Schriftenreihe der SGGP Nr. 75. Er wurde von der Redaktion übersetzt und gekürzt, mit freundlicher Genehmigung des Autors, des Verfassers des Buches und der SGGP.

Geld wird dabei vom Netz verwaltet und folgt dem Patientenpfad.

Ein reformiertes Berufsverständnis: Autonomie und Zusammenarbeit

Die Vertrauensbeziehung zwischen den Gesundheitsfachleuten und den Patienten bildet das Herz des Gesundheitssystems. Es ist wesentlich, dass die Systemgestaltung dieses Vertrauen ermöglicht und begünstigt. Denn wie Kiefer schreibt: «Die Medizin bleibt ein riesiges Aggregat von unbewiesenen Praktiken und Theorien.» [2]

Die Ärzte müssen auf allen Stufen der Organisation und der Finanzierung der Gesundheitsversorgung einbezogen sein. Die meisten Ärzte sind bereit zur Zusammenarbeit. Sie sind sich bewusst, dass sie zugleich für das Kollektiv wie für das Individuum verantwortlich sind, und dass sie die Interessen des Kranken sowie jene der Gemeinschaft wahrnehmen müssen. Sie wissen, dass man ebenso gut behandeln kann, wenn man weniger verschreibt, und dass eine gute Medizin nicht unbedingt teuer sein muss. Eine der grossen Herausforderungen, um die Gesundheitsversorgung weiterentwickeln zu können, liegt darin, die Ärzte davon zu überzeugen, eine massvolle und ökonomische Medizin zu betreiben: Ein gut ausgebildeter Arzt erklärt den Patienten so viel er kann, beruhigt sie und klärt sie auf. Er nimmt sich viel Zeit für die Prävention, verschreibt sehr wenige Medikamente und verzichtet auf unnötige Zusatzuntersuchungen.

So gesehen ist es zwangsläufig auch nötig, die Rolle der Ärzte und die Vergütungsform zu überdenken. Solange die Ärzte nur nach Einzelleistung bezahlt werden, sind Weiterentwicklungen undenkbar. Die Einzelleistungsvergütung hindert die Ärzte daran, ihre Rolle, ihre Arbeit und ihre beruflichen Beziehungen als Zusammenarbeit zu erkennen, die grundlegend ist für die Arbeit in Netzwerken. Ändert man die Vergütung, verändert sich auch die Art und Weise, wie die Medizin praktiziert wird, vollständig. Die Rollen und Funktionen entsprechen dann

besser den Bedürfnissen der Bevölkerung, und die Art der Vergütung dient den Interessen des Kollektivs und der Gesundheitspolitik.

Ein Systemwechsel kann in der Praxis nur erfolgen, wenn die Akteure diese neuen Ansätze anerkennen und die Probleme neu überdenken. Dazu braucht es eine genügend grosse Autonomie der Berufsleute und eine politische Führung, welche die Realisierung eines gemeinsamen Projekts begünstigt.

Gemeinschaftliche Verwaltung der Informationssysteme

Damit eine Versorgungseinheit (integriertes Versorgungsnetz) harmonisch funktionieren kann (Einhaltung des Budgets), muss gewährleistet sein, dass folgende Ebenen/Systeme übereinstimmen:

- Behandlungsebene: Patientenversorgung und Behandlungsstandards
- Verwaltungsebene: Macht und Verantwortung
- Finanzierungsebene: Anreize für erwünschtes Verhalten (Qualität, Kosten)
- Informationssystem: Umgang, Qualität und Transparenz der Daten.

Die Ärzte, oder weiter gefasst die Gesundheitsfachleute, generieren die medizinische Information. Von da an geht die Information ihren Weg: Der Arzt hält die Informationen in der Krankengeschichte fest. Diese Informationen sind individuell, sie betreffen einen einzelnen Patienten. Durch Vernetzung fliessen die einzelnen Krankengeschichten in grosse Datenbanken ein. In diesem Moment werden sie zu einer kollektiven Information. Diese erlaubt eine Gesamtschau auf ein bestimmtes Gesundheitsproblem oder auf ein bestimmtes Thema. Die Daten der Behandelten ermöglichen es, alle Partner des Gesundheitssystems zu informieren (Verwaltung, Spitäler, Politik). Die Evaluierenden und die Entscheidungsträger erhalten mit den Daten die Werkzeuge, um ihre Kenntnisse zu vertiefen und um Entscheidungen treffen zu können. Diese Daten sind unersetzlich, um ein Netzwerk zu führen. Sie sind ein integrativer Bestandteil von Managed Care.

Die Managed-Care-Werkzeuge lösen nicht alle Probleme, welche mit der Komplexität der Menschen und der Systeme verbunden sind, aber sie erlauben es, teilweise eine Antwort zu geben auf die mangelnde Effizienz des heutigen Systems.

Zahlreiche Fragen bleiben offen und müssen noch untersucht werden. Aber wie Robert G. Evans [3] schon gesagt hat: «Die Anreizmechanismen und die Reglementierungen sind Teil des institutionellen Kontextes, in dem sich die Leistungserbringung und der Leistungsbezug organisieren. Es geht nur darum, das Umfeld so zu strukturieren, dass alle Schlüsselakteure ihren Beitrag leisten, um die Ziele der Gemeinschaft zu erfüllen.»

Der Systemwechsel wird weder durch autoritäre Mittel noch allein durch die Marktkräfte machbar sein. Die Akteure müssen sich eine neue Denkweise aneignen. Diese soll es ihnen ermöglichen, sich das System anders vorzustellen oder zu erträumen, um der Komplexität gerecht zu werden. Als ein System der gegenseitigen Abhängigkeit und Zusammenarbeit. ■

Autor:
Dr. Philippe Schaller MSc
Réseau Delta
route de Loëx 3
1213 Onex
E-Mail:
philippe.schaller@bluewin.ch

**Zusammenfassung und Übersetzung
aus dem Französischen:**
Brigitte Casanova
Redaktion «Managed Care»

Literaturhinweise:

1. Contandriopoulos, A.-P. (1994): Réformer le système de santé: une utopie pour sortir d'un statu quo impossible. Rupture. Vol. 1, No 1. p. 8-26.
2. Kiefer, B. (2004): LAMal: hors concertation, pas de salut. Médecine et Hygiène, janvier.
3. Evans, R. G. (1996): Vendre le marché ou réglementer la régulation: qui y perd? qui y gagne? OCDE, Vol. 8.