

Peter Berchtold

Was sind sinnvolle Anreize?

Eine Nachlese zum E-Voting am FMC-Symposium 2009

Die Frage, wie und mit welchen Konzepten die Gesundheitsversorgung gesteuert werden kann, ist prekär, sorgt wie eh und je für Kontroversen. Und dies, obwohl sich alle einig sind, dass «der Status quo nicht mehr haltbar ist» und mittlerweile Gewissheit herrscht, dass in den kommenden Jahren die Prämien im zweistelligen Prozentbereich weit überdurchschnittlich steigen werden. Plenardiskussion und E-Voting am diesjährigen Symposium hatten deshalb zum Ziel, Antworten auf ebendiese Frage zu finden.



Peter Berchtold

Die Symposiumsteilnehmenden waren eingeladen, elektronisch über zentrale Fragen zu «reizvoller staatlicher Steuerung» abzustimmen. An der Abstimmung beteiligt waren 223 Personen: 19% aus Ärztenetzen, 8% aus Spitälern, 24% aus Kassen und Versicherern, 10% aus Pharma, 7% aus Politik und Behörden und 32% aus weiteren Bereichen. Die Ergebnisse wurden anschliessend von drei in Fragen der Gesundheitsversorgung sehr engagierten politischen Vertretern kommentiert: Ruth Humbel, Nationalrätin CVP, Dr. Thomas Heiniger,

Regierungsrat FDP und Vorsteher Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, sowie Jean-François Steiert, Nationalrat SP und Vizepräsident des Dachverbandes Schweizerischer Patientenstellen.

Viele bisherige Versuche, die Krankenversicherung zu reformieren, scheiterten. Dabei spielen natürlich gegenläufige Interessen der Akteure und die Sorge um unerwünschte Nebenwirkungen, welche Regulierungsmassnahmen im-

mer begleiten, eine wichtige Rolle. Aber nicht nur, denn gerade in den politischen Aushandlungen sind unterschiedliche Grundhaltungen bezüglich Steuerung wesentliche Stolpersteine: Sollen wir die Steuerung wettbewerblichen Kräften überantworten oder stärker auf staatliche Regulierung setzen? Die Teilnehmenden des FMC-Symposiums hatten dazu eine klare Meinung (Abb. 1).

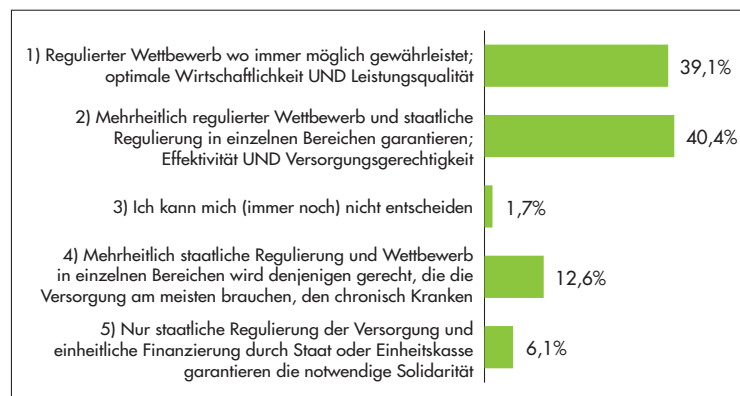


Abbildung 1

Sollen wir die Steuerung wettbewerblichen Kräften überantworten oder stärker auf staatliche Regulierung setzen?

Hervorzuheben ist, dass sich nicht nur 90% der Vertreterinnen und Vertreter der Kassen und Versicherungen für die Optionen 1 und 2 (regulierter Wettbewerb) aussprachen, sondern auch zwei Drittel der anwesenden Ärztinnen und Ärzte. Eine knappe Mehrheit für staatliche Regulierung fand sich nur bei Vertretern der Politik und Behörden.

Die Frage, ob integrierte Versorgung bzw. entsprechende gesetzliche Rahmen künftig eine Optimierung vor allem der Wirtschaftlichkeit oder vor allem der Leistungsquali-



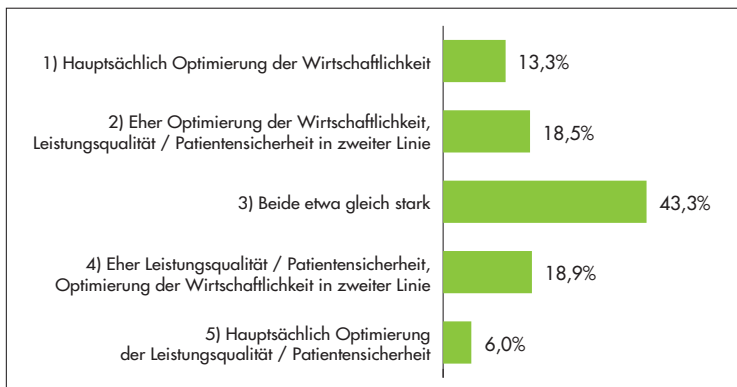


Abbildung 2
Soll integrierte Versorgung bzw. entsprechende gesetzliche Rahmen künftig eine Optimierung vor allem der Wirtschaftlichkeit oder vor allem der Leistungsqualität und Patientensicherheit bewirken?

tät und Patientensicherheit bewirken soll, wird mit «Sowohl als auch» beantwortet (Abb. 2).

In allen Teilnehmergruppen wählten knapp 50% Optimierung von Wirtschaftlichkeit *und* Leistungsqualität (Variante 3), während sich erwartungsgemäss die jeweils andere Hälfte der Ärztinnen und Ärzte für eine Fokus-

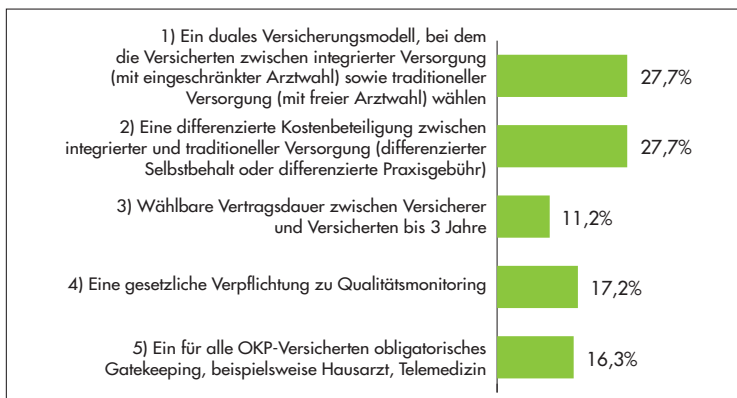


Abbildung 3
Welche Kernelemente von integrierter Versorgung sind gesetzlich im KVG zu verankern?

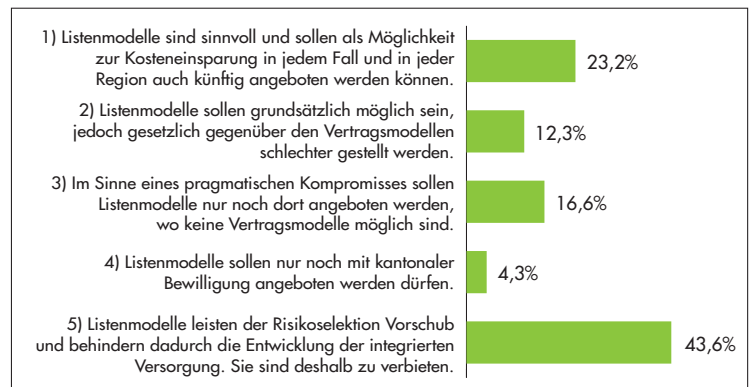


Abbildung 4
Eine heftig umstrittene Versicherungsform sind die sogenannten Listenmodelle, d.h. Hausarztmodelle, bei denen keine besondere vertragliche Regelung zwischen Versicherern und Ärzten besteht.

sierung auf Leistungsqualität/Patientensicherheit und jene der Versicherer für eine Fokussierung auf Wirtschaftlichkeit aussprachen. Zum Vergleich: Anlässlich des Symposiums 2007 entschieden sich bei dieser Frage noch 80% der Teilnehmenden für hauptsächlich/eher Wirtschaftlichkeit und dies obwohl damals proportional eher mehr Ärzte (34%) und weniger Teilnehmende aus Kassen und Versicherungen (19%) am E-Voting teilnahmen.

Eine breite Streuung der Antworten fand sich auf die Frage, welche Kernelemente von integrierter Versorgung gesetzlich im KVG zu verankern wären (Abb. 3).

Dass mehr als je ein Viertel der Stimmen (gesamthaft und in den einzelnen Teilnehmergruppen) auf die Optionen duales Versicherungsmodell und differenzierte Kostenbeteiligung fiel, heisst, dass eine breite Mehrheit der Anwesenden integrierte Versorgung als freiwillige Versicherungsoption mit differenzierten finanziellen Anreizen sieht.

Eine heftig umstrittene Versicherungsform sind die sogenannten Listenmodelle, d.h. Hausarztmodelle, bei denen keine besondere vertragliche Regelung zwischen Versicherern und Ärzten besteht (Abb. 4).



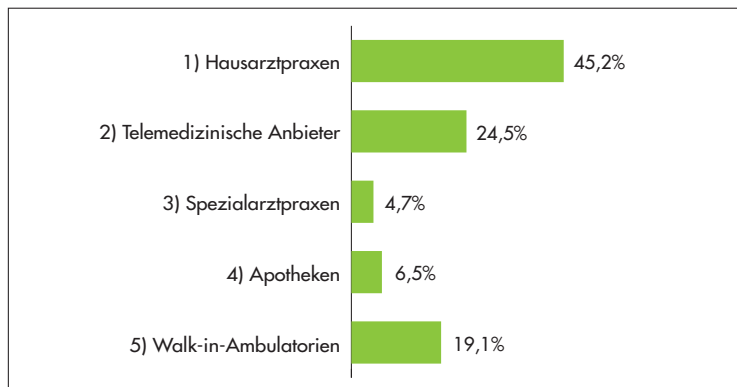


Abbildung 5
Was soll im Krankheitsfall die erste Anlaufstelle bzw. die Eintrittspforte ins Versorgungssystem sein?

Bemerkenswert ist, dass fast die Hälfte der Teilnehmenden Listenmodelle schlichtweg verbieten würde. Erwartungsgemäss finden sich bei dieser Frage jedoch grosse Unterschiede. Für die Option «Verbieten» (5) sprachen sich aus: zwei Drittel der Teilnehmenden aus der Ärzteschaft und dem pharmazeutischen Bereich, aber nur ein Drittel der Vertreter aus Versicherungen und Kassen sowie aus Behörden und Politik.

Ein wesentlicher Aspekt der integrierten Versorgung ist die Frage, was im Krankheitsfall die erste Anlaufstelle bzw. die Eintrittspforte ins Versorgungssystem sein soll (Abb. 5).

Nicht überraschend sind dies in den Augen aller Teilnehmenden in erster Linie Hausarztpraxen und in zweiter Linie telemedizinische Anbieter. Nur Teilnehmende aus Spital, Klinik und Pflege sprachen sich an zweiter Stelle für Walk-in-Ambulatorien aus.

Vor dem Hintergrund der angekündigten und z.T. heftigen Prämienanstiege wird zurzeit von Bundesrat und Parlament eine ganze Reihe von Sofortmassnahmen zur Kosteneindämmung vorgeschlagen (Abb. 6).

Die Teilnehmenden hatten zu diesen Vorschlägen sehr geteilte Meinungen, und fast ein Viertel war der Ansicht,

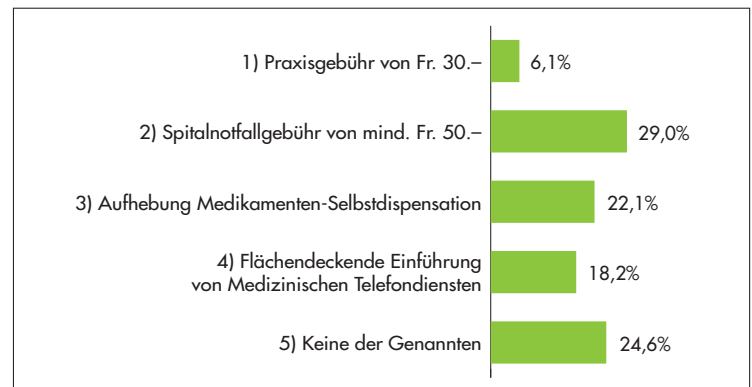


Abbildung 6
Übersicht über die Haltungen der Teilnehmenden zu aktuellen Vorschlägen von Bundesrat und Parlament.

dass keine der genannten Massnahmen zu befürworten und damit sinnvoll sei. Noch am meisten Zustimmung fand – vor allem bei Vertretern der Ärzteschaft, Krankenversicherern und Case Management – die Spitalnotfallgebühr. So wenig Zustimmung erstaunt nicht, trotz allem Respekt für die andauernde Kostensteigerung. Denn bestens bekannt ist die Tatsache, dass isolierte Sofortmassnahmen allzu häufig neben intendierten Wirkungen vor allem auch unerwünschte Nebenwirkungen erzeugen. Und genau damit wird einer sinnvollen Steuerung – der integrierten Versorgung – und damit einer nachhaltigen Kostenkontrolle letztlich ein Bärendienst erwiesen.

Korrespondenz:

PD Dr. med. Peter Berchtold
Präsident Forum Managed Care
College-M
Freiburgstrasse 41
3010 Bern
peter.berchtold@college-m.ch

