

Elizabeth Olmsted Teisberg

Die neue Optik: Nutzen statt Kosten

Im Juli erschien die Studie «Nutzenorientierter Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitswesen: Möglichkeiten und Chancen» von Elizabeth Olmsted Teisberg. Reaktionen auf die Publikation der renommierten Gesundheitsökonomin waren kaum zu vernehmen. Zu Unrecht, denn die konsequente Fokussierung auf den Nutzen, die sie fordert, könnte einen Innovationsschub auslösen. Im Folgenden veröffentlichen wir die Zusammenfassung der Studie.

Das Schweizer Gesundheitssystem hat bis anhin gute Dienste geleistet. Es steht aber aufgrund steigender Kosten, der Zunahme chronischer Krankheiten und einer alternden Bevölkerung unter wachsendem Druck. Paradox ist dabei, dass sich die Kostenspirale immer schneller drehen wird, je mehr Reformen auf die Kostendämmung ausgerichtet werden.

Eine gesunde Wohnbevölkerung kostet weniger als eine kranke. Darin bestehen die Chancen und Möglichkeiten von Reformen. Mangelnde Koordination, Verschwendung, Fehler und falsche Behandlungsmethoden führen zu ungenügenden Behandlungsergebnissen mit entsprechenden Kostenfolgen.

Mit einer Reform der Gesundheitsversorgung, die sich darauf konzentriert, einen realen Patientennutzen zu schaffen, kann jedoch ein System entwickelt werden, das effektiv und effizient arbeitet und allen hochwertigen Gesundheitsleistungen ermöglicht.

Mit Ergebnismessungen lassen sich die Interessen aller Beteiligten auf das gemeinsame Ziel, die Verbesserung des Patientennutzens, ausrichten.

Die von Michael E. Porter und Elizabeth Olmsted Teisberg in «Refining Health Care»¹ formulierten Grundsätze fokussieren auf eine ergebnisorientierte und patientenzentrierte Gesundheitsversorgung unter ärztlicher Führung. Die Neustrukturierung der ärztlichen Versorgung mit dem Ziel, bessere Behandlungsergebnisse bzw. einen besseren Gesundheitszustand der Wohnbevölkerung zu erreichen, richtet die Interessen und Handlungen aller

Akteure auf die gleichen Ziele aus und ermöglicht markante Verbesserungen.

Analysiert man das Schweizer Gesundheitswesen mit dem Fokus, den Patientennutzen zu fördern, ergeben sich acht Empfehlungen:

1. Im Schweizer Gesundheitswesen sind die obligatorische Krankenversicherung für die gesamte Wohnbevölkerung mit einem einheitlichen und grosszügigen Leistungspaket, die Kopfprämien und die Prämienverbilligungen für einkommensschwache Personen als gute Reformgrundlage beizubehalten.

Die allgemeine Versicherungspflicht ist ein wesentlicher Faktor für die Chancengleichheit («equity») und die Effizienz der Gesundheitsversorgung. Allerdings reicht sie nicht aus, um tiefgreifende und kontinuierliche Verbesserungen des Patientennutzens zu erreichen. Die Neudefinition der Gesundheitsversorgung wird zu einer Steigerung des Patientennutzens führen, dank der sich die Schweiz den für die gesamte Wohnbevölkerung freien Zugang zu hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen weiterhin leisten kann.

2. Die Schweiz muss risikobereinigte Ergebnismessungen sowohl nach Ärzteteams als auch nach Krankheitsbildern durchführen und die Ergebnisse veröffentlichen. Dies hat für alle Akteure im System kurzfristig oberste Reformpriorität.

Mit Ergebnismessungen lassen sich die Interessen aller Beteiligten auf das gemeinsame Ziel, den Patientennutzen zu verbessern, ausrichten. Diese Informationen sind auch als Entscheidungsgrundlage für Patienten und Mediziner notwendig. Informationen über Behandlungsergebnis und Behandlungskosten nach Ärzteteams und Krankheitsbildern sollten schrittweise erarbeitet und anschliessend veröffentlicht werden.

3. Der Bund muss Ergebnismessungen unterstützen, indem er die Entwicklung von Messmethoden und die Verbreitung der Ergebnisse fordert und fördert.

Nur so lässt sich das im KVG festgehaltene Ziel wirksamer, zweckmässiger und wirtschaftlicher erbrachter Gesundheitsleistungen erreichen. Dafür öffentliche Gelder auf-



Elizabeth Olmsted Teisberg

¹ Olmsted Teisberg E, Porter ME. Refining Health Care – Creating Value-Based Competition on Results. McGraw-Hill 2006.

zuwenden, ist sinnvoll und wird helfen, anfängliche Bedenken und Widerstände zu überwinden. Berufsorganisationen und andere nichtstaatliche Gruppen können – unter Berücksichtigung ärztlicher Inputs und fachspezifischer Beiträge medizinischer Gesellschaften – Messverfahren entwickeln, Messungen durchführen und deren Ergebnisse analysieren.

4. Spitäler und Ärzteteams sollten die Gesundheitsversorgung entlang des Krankheitsverlaufs und über den gesamten Behandlungszyklus hinweg organisieren.

Prozesse in den bestehenden Strukturen zu verbessern, ist sicherlich hilfreich. Soll das Gesundheitssystem aber deutlich wirksamer, zweckmässiger und wirtschaftlicher funk-

Versicherte sollen sich an der Reform
beteiligen, indem sie für ihre Gesundheit
Verantwortung übernehmen.

tionieren, muss eine Versorgung nach Krankheitsbildern organisiert werden, das heisst auf jener Ebene, auf der aus Sicht des Patienten ein Nutzen entstehen kann. Dieses grundsätzliche Umdenken ist in einigen der weltweit führenden Spitäler bereits im Gange. Die Kantone, ihre Spitäler und die privaten Kliniken können hier ebenfalls eine führende Rolle übernehmen und damit die Gesundheitsversorgung neu definieren.

5. Der Wettbewerb unter den Krankenversicherungen sollte sich auf den Patientennutzen konzentrieren und dafür den Gesundheitszustand und die Behandlungsergebnisse ihrer Versicherten messen.

Die Kassenvielfalt schafft Mehrwert, wenn sich die Versicherungen nicht nur als Zahlstelle verstehen, sondern ihren Erfolg am Gesundheitszustand ihrer Mitglieder messen. Bei Versicherungen, die Mehrjahresverträge anbieten und die Behandlungsergebnisse ihrer Mitglieder messen, besteht der Anreiz, effiziente und rasche Behandlungen zu gewährleisten, statt die Versorgung aufzuschieben, um Kosten zu verlagern. In einem auf Patientennutzen fokussierten Wettbewerb werden Krankenversicherer im Gesundheitswesen zur Triebfeder von Innovationen und verbessern auf diese Weise sowohl individuelle Behandlungsergebnisse als auch die öffentliche Gesundheit.

6. Reformen sollen die Eigenverantwortung für die Gesundheit fördern, statt Kosten auf den Einzelnen zu verlagern.

Versicherte sollen sich an der Reform beteiligen, indem sie für ihre Gesundheit Verantwortung übernehmen. Eine

bessere Information zu Behandlungserfolgen, Disease Management und Kostentransparenz stärken die Eigenverantwortung wirksam. Obwohl sich gut informierte und in den Entscheidungsprozess eingebundene Patienten so verhalten, dass bessere Behandlungsergebnisse erreicht und geringere Kosten verursacht werden, und obwohl es zahlreiche Möglichkeiten gibt, wie die Informationslage optimiert oder eigenverantwortliches Handeln gestärkt werden kann, stehen solche Massnahmen im heutigen Gesundheitswesen noch nicht im Zentrum. Diskussionen um Eigenverantwortung enden rasch bei der Frage, wer für eine Behandlung zahlen muss und wie die Kosten auf die Versicherten überwältigt werden können.

Es können jedoch alle Akteure des Gesundheitssystems zum Patientennutzen beitragen. Das Spektrum der Möglichkeiten umfasst beispielsweise hilfreiche Dienstleistungen und Informationen für Personen, die zwischen Behandlungsarten und Leistungserbringern wählen wollen, Dienstleistungen im Rahmen von Disease-Management-Programmen, welche die elektronische Überwachung von Patienten zu Hause und den Datenaustausch unter den Leistungserbringern ermöglichen, elektronische Gesundheitsdossiers im Besitz der Patienten, Gesundheitsschulungen, Beratungsleistungen und Hilfestellungen zur Verbesserung des Lebensstils sowie die Unterstützung durch Patientenorganisationen. Finanzielle Anreize, wie Prämienreduktionen und tiefere Selbstbehalte bei Erreichen bestimmter Gesundheitsziele, sind ebenfalls ein Weg, auch wenn diese Massnahmen weniger direkt zu einer besseren Gesundheit und Entscheidungsfindung beitragen.

7. Die Informations- und Kommunikationstechnologie (ICT) im Gesundheitsbereich, kurz E-Health, darf sich nicht auf die Vereinfachung administrativer Prozesse beschränken, sondern soll für die Umstellung auf ein nutzerorientiertes Gesundheitssystem eingesetzt und ausgeweitet werden.

Ärzteteams sollen ihre Ergebnisse schweizweit,
europaweit oder gar weltweit
vergleichen können.

Die Informations- und Kommunikationstechnologie leistet einen zentralen Beitrag zur Strukturreform hin zu einer integrierten Gesundheitsversorgung über den Behandlungszyklus. Sie beinhaltet die Formulierung gemeinsamer Definitionen und Standards zur Messung und Analyse von Ergebnisdaten sowie die Vernetzung mit elektronischen Gesundheitsdossiers, um medizinische Entscheide zu erleichtern und die Fehlerquote zu senken.

Dabei sind die Sicherheit und der Schutz von Patientendaten zu gewährleisten, ohne die Erhebungen und Vergleichsanalysen von Ergebnisdaten zu behindern. Wird E-Health für die Strukturreform eingesetzt und folglich die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Versorgung über den ganzen Behandlungszyklus hinweg verbessert, werden die ICT-Kosten durch die Zunahme des Patientennutzens mehr als wettgemacht. Keinen vergleichbaren Kosten-Nutzen-Gewinn ermöglicht die bloss technologische Aufrüstung des heutigen Gesundheitssystems. Werden obige Voraussetzungen erfüllt, sollten KVG-konforme finanzielle Anreize die Einführung von E-Health fördern. So werden interoperable ICT-Systeme in Kombination mit Ergebnismessungen die Strukturreform der auf Krankheitsbilder ausgerichteten Gesundheitsversorgung beschleunigen und den Patientennutzen erhöhen.

8. Die Reform soll den inländischen nutzenorientierten Wettbewerb zwischen allen Kantonen ermöglichen.

In diesem Wettbewerb können auch Patienten aus dem Ausland gewonnen werden. Ärzteteams sollen ihre Ergebnisse schweizweit, europaweit oder gar weltweit vergleichen können. Denn herausragende medizinische Qualität und wissenschaftliches Wissen sind keine lokalen Grössen. Ärzte, die Vergleiche vornehmen und ihr Team auf internationalem Niveau halten, werden die Behandlungsqualität und -ergebnisse ständig verbessern. Dies kommt direkt der Bevölkerung zugute und erlaubt es der Schweiz, ein internationales Renommee für hervorragende Gesundheitsdienstleistungen aufzubauen.

Die Schweiz ist in der beneidenswert komfortablen Lage, dass ihr Gesundheitssystem noch in keiner tiefen Krise steckt. Allerdings erlaubt die gegenwärtige Entwicklung keine umgehenden und kontinuierlichen Verbesserungen

Der Link zur Studie

Die Studie «Nutzenorientierter Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitswesen: Möglichkeiten und Chancen» wurde finanziert von: economiesuisse Zürich (Schweiz), Batten Institute; Darden Graduate School of Business; University of Virginia (USA), New England Healthcare Institute (USA). Die Publikation wurde ermöglicht von: Interpharma, Hirslanden, Swisscom, Schweizerischer Versicherungsverband.

Die Studie kann unter www.care-management.emh.ch heruntergeladen werden

der medizinischen Qualität oder des Patientennutzens. Die Vorteile des Schweizer Gesundheitssystems – ein grosszügiger und einheitlicher Leistungskatalog, der obligatorische Versicherungsschutz finanziert über Kopfprämien und ergänzt durch Prämienverbilligungen für Einkommensschwache, der Auftrag zur Qualitätssicherung und der freie Zugang für alle ohne Wartelisten oder Rationierung – bilden eine starke Reformplattform. Mit obiger Reformagenda kann die Schweiz zum Vorzeigemodell für die Erbringung guter Gesundheitsdienstleistungen für ihre gesamte Wohnbevölkerung werden.

Elizabeth Olmsted Teisberg, Ph.D.
Darden Graduate School of Business
University of Virginia, USA