

Wie Wettbewerb Qualität erhöht und Kosten senkt

Mit Transparenz in Bezug auf Leistungsqualität, Fallpauschalen und Optimierung der Angebote in Spitalnetzen in Richtung Effizienz

Im schweizerischen Gesundheitswesen ist die Suche nach Qualität zentral. Die Autoren legen im Folgenden dar, dass ohne höhere Transparenz der Leistungsqualität zu wenig Wettbewerb entsteht, der zu hoher Qualität führen könnte.

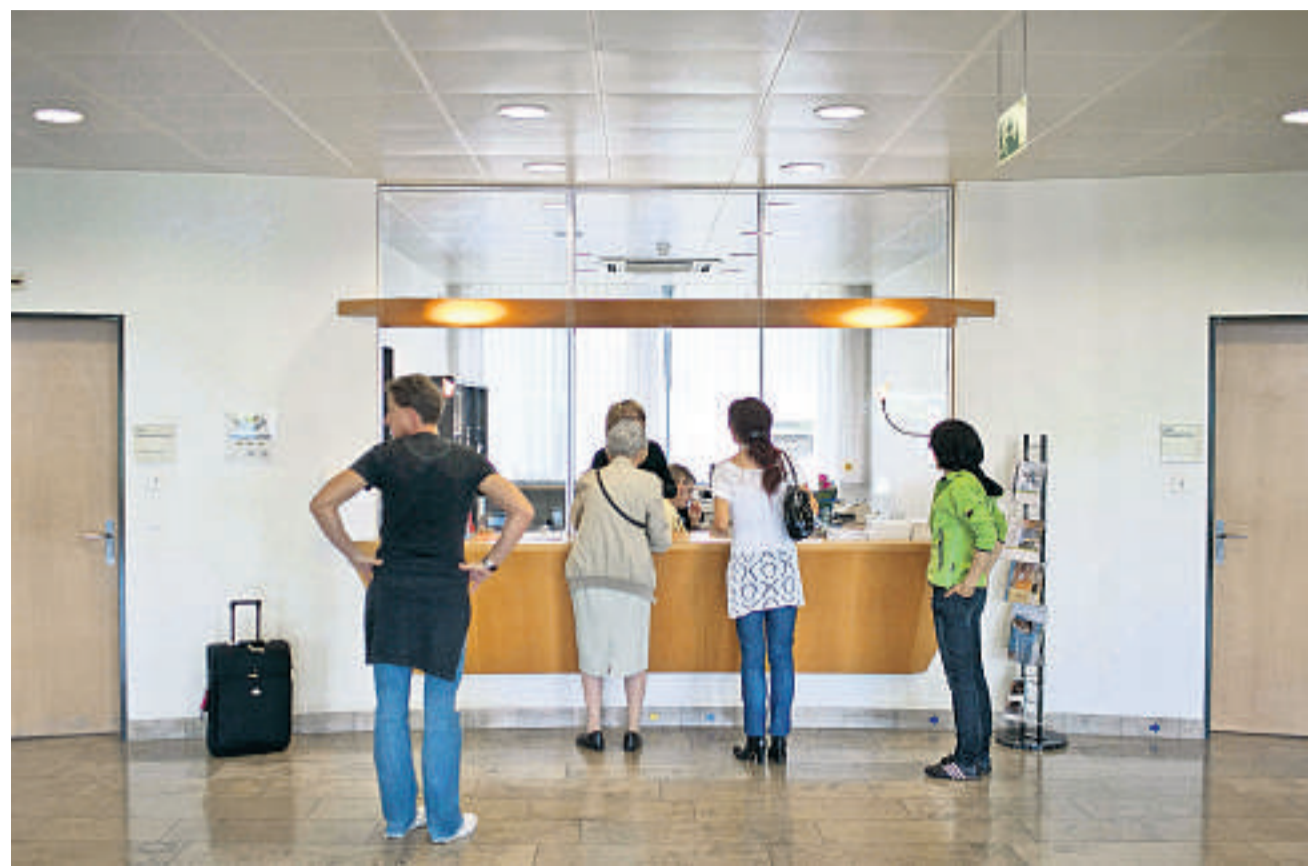
Marco Brogini, Marco Friedrich, Simon Haag

Das schweizerische Gesundheitswesen ist mit Gesamtkosten von 55,6 Mrd. Fr. pro Jahr das drittteuerste der Welt. Allein in den vergangenen zehn Jahren sind die Kosten pro Kopf um über 55% gestiegen, so dass sie im Jahr 2007 knapp 4420 Fr. betragen. Die Frage stellt sich: Rechtfertigt die Qualität diesen hohen Preis? Obwohl über die heute erhobenen Qualitätsdaten keine flächendeckende Transparenz und Vergleichbarkeit besteht, geht man davon aus, dass die Leistungserbringer grundsätzlich auf einem hohen Qualitätsniveau arbeiten.

Erstaunliche Differenzen

Betrachtet man allerdings international vergleichbare Studien, stellt man fest, dass die Leistungsqualität regionalen und fachbereichsspezifischen Schwankungen unterliegt. So wurde nachgewiesen, dass die Überlebensrate bei Brust- und Prostatakrebs in der Schweiz um 10% bis 15% niedriger liegt als in den jeweils führenden Ländern. Im Weiteren hat eine schweizerische Untersuchung gezeigt, dass die Erkennungswahrscheinlichkeiten von Brustkrebs zwischen verschiedenen Regionen und Kliniken stark divergieren. Wiederkehrende Diskussionen über Infektionsraten in den Schweizer Spitälern unterstreichen diese Qualitätsdifferenzen.

Die grosse Herausforderung des Gesundheitswesens liegt darin, qualitativ hochwertige medizinische Leistungen anzubieten und dabei die Effizienz des Ressourceneinsatzes zu verbessern. Interessanterweise stellt man in Diskussionen mit Entscheidungsträgern aus Spitalwesen, Ärzteschaft und Politik fest, dass sich alle Involvierten über das genannte Problem wie auch über den Lösungsweg im Grundsatz einig sind: Notwendig ist die Einführung des nutzenorientierten Wettbewerbs in allen



Der Wettbewerb zwischen Spitälern um Qualität und Patienten dürfte zunehmen, im Bild das Spital in Flawil

GAEATAN BALLY / KEYSTONE

Bereichen des Gesundheitswesens – nur fehlt die nötige Konsequenz in den getroffenen Massnahmen, um das genannte Problem zu lösen. Warum auch sollte ein Spital fundamentale Anpassungen zur Effizienz- und Qualitätserhöhung einleiten, wenn sein Defizit ohnehin vom Staat gedeckt wird und seine Leistungsqualität nicht objektiv beurteilt werden kann? Dieses Beispiel zeigt deutlich, dass es der Politik bisher nicht gelungen ist, durch Anpassungen der Rahmenbedingungen genug Druck aufzubauen, um die Akteure im Gesundheitswesen zu Veränderungen zu bewegen und damit die Entwicklung von Wettbewerbskräften zu ermöglichen.

Die wichtigste treibende Kraft beim nutzenbasierten Wettbewerb im Gesundheitswesen stellt die Schaffung von landesweiter Transparenz bezüglich der Qualität der medizinischen Leistungen in allen Bereichen des Gesundheitssektors dar. Voraussetzung dafür ist die allgemeine und öffentliche Verfügbarkeit von Qualitätsindikatoren, die nicht auf Kriterien beruhen, die von lokal agierenden Ärzten individuell definiert

werden, sondern auf von nationalen Fachgremien determinierten Standards gründen. Dieser Übergang zu einem objektiven Qualitätsempfinden ermöglicht es Patienten und Zuweisern erstmals, die tatsächlich angebotene medizinische Qualität zu beurteilen und somit den optimalen Behandlungsort zu wählen. Der entstehende Konkurrenzdruck zwingt die Leistungserbringer zu Qualitätssteigerung und Innovation, weil niemand als Anbieter von qualitativ schlechten medizinischen Leistungen dastehen will. Die Politik ist hier stark gefordert. Die national einheitliche Definition, Messung und Veröffentlichung der Qualitätsdaten erfordert eine übergreifende Strategie, die im Gesetz verankert und durch eine interdisziplinäre Task-Force gesteuert werden muss.

Unter der Vielzahl an politischen Initiativen und Vorstössen sind zwei zu erkennen, die in Richtung Wettbewerbsentwicklung deuten. Im Bereich der stationären Versorgung sind besonders das Fallpauschalensystem Swiss-DRG (diagnosis-related groups) und die freie Spitalwahl über Kantonsgren-

zen hinweg zu nennen. Durch die einheitliche Regelung von Fallpauschalen des schweizerischen DRG-Systems werden die stationären Spitalleistungen nach standardisierten Kriterien und Tarifen vergütet. Die dahinter liegende Intention der Transparenz und Vergleichbarkeit ist grundsätzlich wettbewerbsfördernd. Die Berechnung der Fallpauschalen ist jedoch nicht mit Qualitätsindikatoren verknüpft. Zudem stellen die Tarifverhandlungen einen politischen Prozess dar, der von Interessengruppen beeinflusst wird. Solange das Konzept nicht konsequent implementiert wird und die DRG mit Qualitätskriterien verknüpft werden, kann das System nur am Rande zur Lösung der Gesundheitsprobleme beitragen.

Die Öffnung der Kantons Grenzen im Rahmen der freien Spitalwahl stellt einen Mechanismus dar, der die Kliniken und Spitäler der Schweiz stärker dem Wettbewerb aussetzt. Dieser kann seine Wirkung aber erst entfalten, wenn die Transparenz der Leistungsqualität erhöht wird und die Patienten und Zuweiser den Behandlungsort anhand ob-

jektiver sowie landesweit vergleichbarer Indikatoren auswählen können.

Die genannten Massnahmen sind erste Schritte in die richtige Richtung; die Lösung der Probleme im Gesundheitswesen verlangt aber stärkere und übergreifendere Ansätze. Zum Aufbau eines funktionierenden nutzenbasierten Wettbewerbs müssen Anreize zur Anpassung der Art und Weise der Leistungserbringung gesetzt werden. Dies erfordert jedoch einen generellen Kulturwandel auf allen Stufen der Leistungserbringer und Interessenvertreter. Bis zur verbreiteten Wirkung der positiven Effekte können erfahrungsgemäss 10 bis 20 Jahren vergehen.

Synergien freisetzen

Um bereits heute erste Qualitätsverbesserungen und Kostenreduktionen zu erzielen, stellen Spitalnetze ein adäquates und in den Grundzügen bereits angewandtes Instrument dar. Die Möglichkeiten und Freiheitsgrade sind in solchen Spitalverbänden wesentlich höher als auf der Stufe einzelner Krankenhäuser. Allein durch Effektivitäts- und Effizienzsteigerungen im Management dieser 25 existierenden Spitalnetze könnten die Kosten der stationären Versorgung um 250 Mio. Fr. gesenkt werden. Eine vertiefte Analyse der existierenden Spitalnetze lässt allerdings darauf schliessen, dass es noch nicht gelungen ist, deren eigentliches Potenzial auszuschöpfen. Aufgrund der fehlenden netz-internen, strategischen Abstimmung des Leistungsportfolios werden die gleichen medizinischen Behandlungen an verschiedenen Standorten angeboten. Durch den Aufbau von Kompetenzzentren innerhalb der Spitalnetze kann die Spezialisierung und damit die Leistungsqualität erhöht werden.

Die der Spezialisierung inhärente geografische Konzentration von Leistungen ermöglicht zudem die genannten Kostenreduktionen. Durch diese wettbewerbsorientierte Positionierung der Spitalnetze kann bereits kurzfristig auf die Problematik des schweizerischen Gesundheitswesens eingegangen werden. Zusätzlich werden die Spitalverbände damit auf die künftigen Herausforderungen des nutzenbasierten Wettbewerbs vorbereitet.

Die Autoren sind in der aufs Gesundheitswesen ausgerichteten Beratungsfirma Valion Consulting, Bern, tätig.

Verbot der Selbstdispensation – ein widersprüchlicher Vorschlag

Frage nach den Einsparwirkungen der vom Bundesrat geplanten Massnahmen

Die Medikamentenabgabe durch Ärzte ist umstritten. Im Folgenden wird dargelegt, dass ein Verbot wohl keine Kosteneinsparungen zeitigen dürfte.

Maria Trottmann, Maurus Rischatsch und Peter Zweifel

In zahlreichen Deutschschweizer Kantonen ist die Selbstdispensation (SD), das heisst die Medikamentenabgabe durch Ärzte, erlaubt. In seinem Erläuternden Bericht zur Revision des Heilmittelgesetzes (HMG) vom September 2009 will der Bundesrat diese Praxis nun landesweit verbieten. Ein solches Verbot könnte jedoch mehr schaden als nützen.

Die SD hat den Vorteil, dass sie den Patienten neben der Apotheke einen weiteren Zugang zu Medikamenten eröffnet. Sie schafft Wettbewerb zwischen Anbietern und begünstigt so Innovation und Kundennähe. Wie das Abstimmungsresultat im Kanton Zürich vom November 2008 zur SD-Volksinitiative zeigt, wird dieser Vorteil von breiten Schichten der Bevölkerung geschätzt. Der Erläuternde Bericht des Bundesrates schreibt der SD jedoch auch erhebliche Nachteile zu. Erstens wird eine

Einbusse an Behandlungsqualität befürchtet, falls finanzielle Interessen des Arztes die Auswahl des Präparates sowie die verschriebene Menge beeinflussen. Daraus ergibt sich zweitens die Befürchtung, SD führe zu höheren Medikamentenausgaben. Drittens könnte die fehlende Kontrolle durch den Apotheker zu vermehrten Dosierungsfehlern und unverträglichen Medikamentenkombinationen führen.

Substitution durch Generika

Allerdings enthält der Erläuternde Bericht keine schweizerischen Forschungsergebnisse, welche die behaupteten Auswirkungen der SD auf die Behandlungsqualität belegen würden, und auch den Autoren sind keine bekannt. Aus diesem Grund beschränken sich die nachstehenden Ausführungen auf die Ausgabenwirkungen. Eine neue Studie der Autoren untersucht anhand der Abrechnungsdaten eines grossen Krankerversicherers den Einfluss von SD auf die Verwendung von Generika.

Bei zwei von drei umsatzstarken Wirkstoffen liegt das Verhältnis Generika zu Originalpräparat bei den SD-Ärzten zwei- bis dreimal höher als bei den Nicht-SD-Ärzten. Man mag einwenden, dieser Unterschied sei darauf zurückzuführen, dass die SD-Ärzte eine

höhere Marge auf Generika erzielen. Doch die Studie zeigt auch, dass die SD-Ärzte erkennbar stärker auf die Erhöhung des Selbstbehaltes im Jahre 2006 mit der Verschreibung von mehr Generika reagierten, vermutlich um die Patienten finanziell zu entlasten. Mit Blick auf die erwünschte Generikasubstitution würde sich ein Verbot der SD für Patienten, Versicherer und Politiker jedenfalls als kontraproduktiv erweisen. Der Einfluss der SD auf die Medikamentenkosten ist höchst umstritten. Vergleicht man die durchschnittlichen Kosten verschiedener Kantone, vermischt man den Einfluss der SD leicht mit anderen Faktoren, welche zu unterschiedlichen Gesundheitskosten führen. Auch die vorhandenen empirischen Studien konnten keine Klarheit bringen,

denn sie kommen zu unterschiedlichen Schlussfolgerungen (Literatur vgl. Webseite).

Eine neue Studie der Autoren untersucht nun die Wirkung der SD auf die Behandlungskosten zum ersten Mal anhand von Abrechnungsdaten eines grossen Krankerversicherers. Überdies unterscheidet die Studie zwischen der Wahrscheinlichkeit, mit der es zu Medikamentenausgaben kommt, und dem Betrag der Ausgaben in diesem Fall.

Patienten haben eher Medikamentenausgaben, wenn die Verschreibungen überwiegend auf dem Wege der SD erfolgen (vgl. Tabelle). Doch die Kosten der verschriebenen Medikamente sind dann deutlich geringer, so dass sich der Gesamteffekt des SD-Regimes nicht von null unterscheiden lässt. Es gibt somit keine Gewähr, dass ein Verbot der SD die Medikamentenausgaben senken würde. Die bisherige Argumentation greift zu kurz, weil eine Veränderung der Medikamentenausgaben durch andere Behandlungskosten kompensiert werden könnte. Deshalb untersuchten die Autoren auch den Einfluss der SD auf die Ausgaben für Hausärzte und Spezialisten sowie die Behandlungskosten insgesamt (inkl. Spitäler und Heime). Versicherte, die ihre Medikamente vorwiegend bei Ärzten beziehen, gehen etwas häufiger zum Hausarzt als andere

Versicherte; der geschätzte Kosteneffekt beträgt jedoch nur gerade 6 Fr. pro Versicherten und Monat (vgl. Tabelle). Bei den Leistungen der Spezialisten ist ein Einfluss der SD statistisch nicht nachweisbar, ebenso bei den gesamten Behandlungskosten. Ein Verbot der SD würde demnach nicht zu ihrer Senkung beitragen.

Ausbleibende Entlastung

Abschliessend ist festzuhalten, dass die SD für die Patienten eine zusätzliche (und offenbar geschätzte) Möglichkeit zum Bezug von Medikamenten darstellt. Ihre befürchtete negative Wirkung auf die Behandlungsqualität ist für die Schweiz nicht erwiesen. Hingegen würde ein Verbot der SD nachweisbar die erwünschte Generikasubstitution behindern, andererseits aber weder die Medikamentenausgaben noch die Behandlungskosten insgesamt senken. Der erhoffte Entlastungseffekt für Patienten, Versicherte und Politiker würde wohl ausbleiben.

Die zitierten Studien und der erläuternde Bericht des Bundesrates finden sich auf der Webseite: www.soi.uzh.ch/chairs/zweifel.html.

Die Autoren sind am Sozialökonomischen Institut der Universität Zürich tätig.

Kostenwirkungen der SD

| | Wahrscheinlichkeit einer Behandlung | Kosten, wenn Behandlung | Gesamteffekt pro Monat |
|-------------------------|-------------------------------------|-------------------------|------------------------|
| Ausgaben Medikamente | ++ | -- | 0 |
| Hausärzte | ++ | + | + Fr. 5.95 |
| Spezialisten | 0 | -- | 0 |
| Behandlungskosten total | + | -- | 0 |

++ Stark positiv; + schwach positiv; -- stark negativ; - schwach negativ; 0 = der berechnete Effekt liegt im Bereich der Zufallsschwankung, lässt sich also von null nicht unterscheiden.
QUELLE: ZWEIFEL, TROTTMANN, RISCHATSCH