



© Thomas Reimer / Dreamstime

Die Daten widersprechen der Annahme, dass eine quantitative Steuerung unnötige Leistungen reduziert.

Qualität stärken statt Quantität steuern – Teil 1

Kostendämpfung Aktuell versprechen mehrere gesundheitspolitische Vorlagen durch die Vermeidung unnötiger Leistungen Geld zu sparen. Unnötige Leistungen sind jedoch ein Qualitätsproblem und nicht mit Hilfe der politisch geplanten, auf die Quantität gerichteten Mengensteuerung vermeidbar. Dieser erste von zwei Artikeln zeigt, dass Mengensteuerung sogar mit mehr Overuse verbunden sein kann.

Nora Wille^a, Yvonne Gilli^b

^a Dr. phil., persönliche wissenschaftliche Mitarbeiterin der Präsidentin; ^b Dr. med., Präsidentin der FMH

Gesundheitspolitische Vorstösse werden seit Jahren vor allem mit Ineffizienzen im Gesundheitswesen begründet. Seien es «Zielvorgaben» oder Steuerung über den Tarif, stets wird angeführt, nur «ungerechtfertigte» Kosten würden eingespart. Dies ist politisch attraktiv: So können neue Regulierungen

als Sparmassnahmen beworben werden, bei denen niemand Verzicht befürchten muss. Bereits im Jahr 2013 schrieb das BAG in seiner Strategie «Gesundheit2020», man müsse die «von den Experten auf rund 20 Prozent geschätzten Effizienzreserven» [1] ausschöpfen. Eine Quellenangabe zu dieser Zahl fand sich

nicht. Der vom BAG beauftragte Expertenbericht [2] wiederholte im Jahr 2017 die Zahl von 20 Prozent – und führte als Beleg die Strategie «Gesundheit2020» an. Zwei weitere angegebene Quellen untersuchten entweder das Effizienzpotenzial im Gesundheitswesen gar nicht – oder schätzten die «bezahlbaren grossen In-

effizienzen» [3] mit 9,5% bis 11% nur etwa halb so gross ein. [4]

Herausforderung Effizienzpotenzial

Als Mengensteuerung und «Zielvorgaben» politisch bereits aufgegleist waren, beauftragte das BAG eine Studie, da die Effizienzpotenziale «in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens [...] heute weitgehend unbekannt» seien. [5] Der Bericht von 2019 schätzte die Ineffizienzen auf 16% bis 19% aller KVG-pflichtigen Leistungen, wies jedoch auf Unsicherheiten der Schätzungen hin. Zudem sei das bezifferte Potenzial «kaum 'eins zu eins' umsetzbar», da es ein Gesundheitswesen ohne Ineffizienzen nicht gebe. [5] Effizienzpotenzial existiert also unbestritten, kann jedoch nur schwierig quantifiziert und auch nur eingeschränkt realisiert werden.

Unzulässige Gleichsetzung

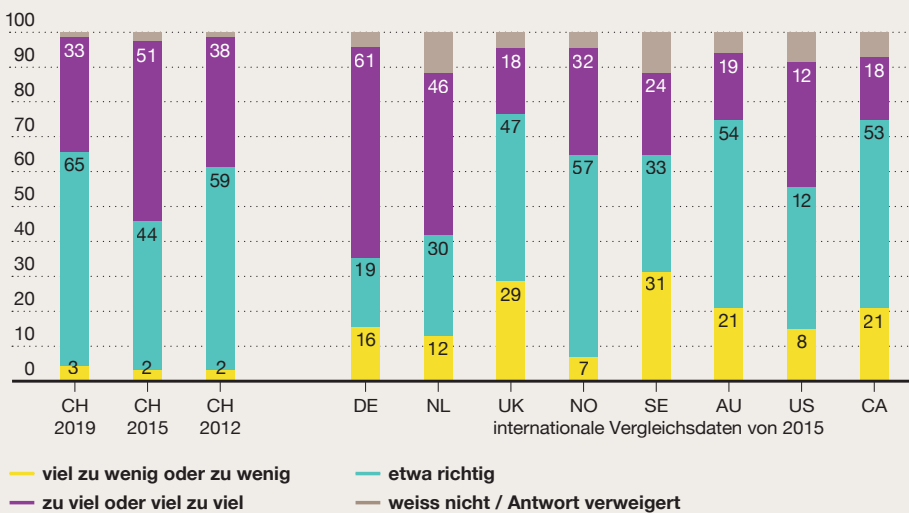
In den letzten Jahren wurde zudem vermehrt das Effizienzpotenzial mit unnötigen Leistungen gleichgesetzt. So hiess es in der parlamentarischen Debatte über Kostenziele, dass «rund 20% aller Eingriffe unnötig» [6] seien. Doch Ineffizienzen entstehen nur teilweise durch unnötige Behandlungen: Ein Effizienzpotenzial von 16 bis 19% heisst nicht, dass 16 bis 19% aller Behandlungen unnötig sind. Denn neben unnötigen Leistungen gibt es noch viele weitere Gründe für Ineffizienz, wie unter anderem stationär statt ambulant durchgeführter Operationen, das Aufsuchen einer Notfallstation anstelle des Hausarztes, zu hohe Medikamentenpreise oder zu kleine Spitäler. [5]

In den letzten Jahren wurde zudem vermehrt das Effizienzpotenzial mit unnötigen Leistungen gleichgesetzt.

Auch in der Strategie «Gesundheit 2020» des BAG wurde die «Reduktion nicht wirksamer und nicht effizienter Leistungen» nur als eine von 13 Massnahmen «zur Ausschöpfung dieser Effizienzreserven» [1] aufgeführt. Daneben sollten unter anderem auch eine bessere Prävention nicht übertragbarer Erkrankungen, die Förderung der psychischen Gesundheit, ein elektronisches Patientendossier, die bessere Preisfestsetzung bei Medikamenten, weniger Risikoselektion der Versicherer, die Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen sowie verbesserter Strahlenschutz und ausreichend Mikronährstoffe dazu beitragen, die mit 20% veranschlagten Effizienzreserven auszuschöpfen. [1]

Abbildung: Länder mit Mengensteuerung (DE, NL) berichten mehr Überversorgung [10,12]

Angaben in Prozent



Politisch forcierte Mengensteuerung

Politisch vorangetrieben wurden jedoch in erster Linie Massnahmen der Mengensteuerung. Mit dem erklärten Ziel «vermehrt Massnahmen [zu] ergreifen, welche die Mengenentwicklung direkt bremsen» [2] und sich «auf Modelle stützen, die bereits in anderen europäischen Ländern zur Steuerung des Mengenwachstums eingesetzt werden» [2], erteilte der Bundesrat ausgewählten Expertinnen und Experten «den Auftrag, internationale Erfahrungen mit Instrumenten der Mengensteuerung zu analysieren und spezifische Massnahmen für die Schweiz vorzuschlagen». [7] Vorschläge zur Mengensteuerung waren damit durch den Auftrag vorprogrammiert.

Unterbehandlung ausgeblendet

Die Annahme, dass «die Menge an medizinisch nicht begründbaren Leistungen stark zunimmt» und darum die «Kostenverantwortung für alle beteiligten Akteure» durch Zielvorgaben erhöht werden müsse, [8] wurde im Expertenbericht folglich vorausgesetzt und nicht mit Daten belegt. Dies ist schade, zeichnen doch empirische Daten aus der Versorgung ein anderes Bild. So hatten im Jahr 2013 zwar 48% der Schweizer Spitalärztinnen und -ärzte bereits einmal erlebt, dass aus ökonomischen Gründen unnötige Massnahmen durchgeführt wurden und 8% fühlten sich diesbezüglich unter Druck gesetzt. Mit 64% hatten jedoch deutlich mehr Spitalärztinnen und -ärzte schon einmal erlebt, dass nützliche Massnahmen aus Kostengründen nicht durchgeführt wurden – und 18% fühlten sich diesbezüglich unter Druck gesetzt. [9] Dass eine verstärkte «Kostenverantwortung» auch den Druck in Richtung Unterbehandlung verstärken kann, wird bislang weitgehend ausgeblendet.

Mengensteuerung nützt nichts

Zudem zeigt die internationale Commonwealth-Befragung, dass in Systemen mit Mengensteuerung sogar mehr unnötige Leistungen erbracht werden. In der Schweiz gaben im Jahr 2019 mit 63% fast zwei Drittel der Hausärzte und -ärztinnen an, dass der Umfang an medizinischer Versorgung, den ihre Patienten und Patientinnen durch alle Ärztinnen unseres Gesundheitswesens erhalten, «etwa richtig» ist. Ein weiteres Drittel meinte, es würden zu viele Leistungen erbracht und nur etwa 3% meinten, es gebe eine Unterversorgung. [10] Damit ähnelten ihre Einschätzungen wieder den Angaben von 2012, nachdem im Jahr 2015 die «smarter medicine» Kampagne stark für Überversorgung sensibilisiert hatte. [10,11]

Weist es nun «auf eine mögliche Überversorgung» [10] hin, wenn zwei Drittel den Versorgungsumfang für «etwa richtig», ein weiteres Drittel für eher zu gross halten? Der internationale Vergleich verdeutlicht, dass in keinem der anderen neun Länder der Versorgungsumfang so oft als «etwa richtig» eingestuft wird. Ausgerechnet in Deutschland und den Niederlanden, den Vorbildern des Bundes-

Für 63% der Hausärzte und -ärztinnen ist der Umfang an medizinischer Versorgung, den ihre Patienten erhalten, «etwa richtig».

rats für Mengensteuerungsinstrumente, werden die höchsten Raten an Überversorgung berichtet. In Deutschland betrachtet nicht einmal jeder fünfte Arzt den Versorgungsumfang

als «etwa richtig». Alle Länder, die weniger Überversorgung berichten als die Schweiz, haben gleichzeitig grosse Probleme mit Unterversorgung. Die Schweiz weist im internationalen Vergleich folglich den adäquatesten Versorgungsumfang auf und hat mit Abstand am wenigsten Probleme mit Unterversorgung.

Kontraproduktive Mengensteuerung

Die Daten widersprechen insofern der Annahme, dass eine quantitative Steuerung unnötige Leistungen reduziert – im Gegenteil zeigen die Länder, die dem Bundesrat als Vorbild für eine Mengensteuerung dienen, deutlich höhere Raten an Über- und Unterversorgung. Eine Erklärung dafür könnte das deutsche Bonmot bieten, dass in einem budgetierten System «derjenige wirtschaftlich arbeitet, der es schafft, sich von der Versorgung kranker Menschen fernzuhalten»: Gesunde Menschen lassen sich am kostengünstigsten behandeln und können so auch der Querfinanzierung der Behandlung kranker Menschen dienen – Anreize, die sich für die Schweiz sicher niemand wünscht.

Fokus auf Qualität statt Quantität

Wirksame Massnahmen gegen unnötige Leistungen müssen darum spezifisch sein und vor allem den individuellen Patientinnen und Patienten gerecht werden. Unnötige Leistungen sind aus medizinischer Sicht in erster Linie ein Qualitätsproblem – und qualitative Probleme lassen sich nicht quantitativ lösen. Die Ärzteschaft widmet sich darum bereits seit Jah-

Massnahmen gegen unnötige Leistungen müssen den individuellen Patientinnen und Patienten gerecht werden.

ren intensiv dem Thema der Indikationsqualität, also der Frage nach Angemessenheit und Notwendigkeit medizinischer Interventionen. [13,14,15] Folglich spielt das Thema «Overuse», also die Vermeidung von «Versorgung, welche für den Patienten keinen Nutzen hat oder deren Risiken den potenziellen Nutzen übersteigen» [16] in ärztlichen Qualitätsaktivitäten auch eine zentrale Rolle. Bei diesem

Engagement verfolgt die Ärzteschaft unterschiedliche Ansätze. Die verschiedenen Aktivitäten zur Vermeidung von Overuse werden im zweiten Teil dieses Artikels in Ausgabe 37 ausgeführt werden. All diesen Ansätzen ist gemeinsam, dass der Nutzen für Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt steht und die Gründe für Overuse gezielt angegangen werden.

Korrespondenz

nora.wille[at]fmh.ch



Literatur

Vollständige Literaturliste unter www.saez.ch oder via QR-Code