

Symposium Forum Managed Care in Bern – ein breites Potpourri guter Ideen für die Zukunft

Das Beste muss nicht das Teuerste sein

«Better care is cheaper care». Mit diesem Satz aus dem Referat von Brent James liesse sich das Leitmotiv des FMC-Symposiums 2016 zusammenfassen. Im Berner Kursaal wurde deutlich, dass es im Kontext der Gesundheitsversorgung längst kein Tabu mehr ist, auch über die Kosten zu sprechen. Gute Performance und Wirtschaftlichkeit schliessen sich gegenseitig nicht aus, sondern können sich sogar gegenseitig verstärken.

Wenn eine Ärztin bereit sei, die Qualität ins Zentrum zu rücken und sich auch einmal über die Schulter schauen zu lassen, sei das heute noch «ein Glücksfall». So drückte sich ein Qualitätsauditor im Workshop aus, und fügte sogleich hinzu: «Aber das ist die Zukunft». Die Zukunft hat in den USA und in der Schweiz längst begonnen, wie die Referate und Workshops am diesjährigen FMC-Symposium Integrierte Versorgung nahelegten. Allerdings sind es noch immer Nischen, in denen Innovationslust und eine neue Sicht auf die Gesundheitsversorgung spriessen. Nachdem die zertifizierten Ärztenetze und HMOs in der Schweiz praktisch schon zum Standard geworden sind, entstehen nun da und dort neue Versorgungsmodelle mit berufs- und institutionenübergreifender Zielsetzung. Die Insel-Gruppe strebt eine «Rundumversorgung aus einer Hand» an. Der Förderpreis 2016 des FMC ging an das Projekt «Plan B» - interprofessionelle transsektorale Vorausplanung in der Palliativ

Care und Betreuung am Lebensende» – ebenfalls aus dem Umfeld der Insel-Gruppe.

Aber auch branchenfremde Akteure wie etwa die Post, Swisscom oder Migros wollen sich im Gesundheitsbereich positionieren, vor allem im E-Health-Markt herrscht eine Art Goldgräberstimmung. Wie sich die neuen Modelle und Player auf die Effizienz und Qualität der Gesundheitsleistungen auswirken, ist schwer vorauszusehen. Die Frage lautet: Wie kommt man dahin, dass die Leistungserbringenden nicht Fälle und Taxpunkte ansammeln, so wie es die bestehenden finanziellen Anreize suggerieren, sondern sich am Nutzen aus Sicht der Patientinnen und Patienten orientieren?

Besser zuhören

In seinem Eingangsreferat hinterfragte Professor Peter Suter, Präsident des Swiss Medical Board

SMB, die viel beschworene Orientierung am «Patientennutzen». Er fragte zunächst, wem – ausser den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen – der Patientennutzen wirklich am Herzen liege: «Wer definiert eine gute Lebensqualität, für wen? Wie können Patientennutzen und Qualität beurteilt werden»? Suter erinnerte an den 2012 publizierten Bericht «Nachhaltige Medizin» der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Dort stellte eine interdisziplinär zusammengesetzte Arbeitsgruppe fest, dass der Nutzen medizinischer Interventionen oft überschätzt werde und schwer objektivierbar sei. Zudem verwechselten viele Ärztinnen und Ärzte eine Verbesserung der Lebensqualität mit einer Verlängerung der Lebensdauer. Der Referent bezweifelte, dass die Behandelnden die Werte ihrer Patienten wirklich kennen. In der Schweiz passiere jedoch «nicht nichts», versicherte der SMB-Präsident mit Verweis auf die HTA-Berichte seiner Organisation und der ähnlich gelagerten Projekte des Bundesamtes für Gesundheit.

Inzwischen gebe es viele gut dokumentierte Beispiele für Behandlungen ohne Nutzen sowie Bestrebungen, Überbehandlungen zu reduzieren. Gleichzeitig wollte Suter etwa die im internationalen Vergleich hohe Rate an Knie- und Hüftersatz-Operationen in der Schweiz nicht einfach als ein Zeichen für Überversorgung werten: «Könnte es nicht auch bedeuten, dass wir besonders patientenfreundlich sind und grossen Wert auf die Erhaltung von Mobilität und Unabhängigkeit legen, also auf eine möglichst gute Lebensqualität? Nicht alle Behandlungen bringen einen so klaren Nutzen und viele haben Nebenwirkungen. Der Patient braucht eine gute Aufklärung dazu, denn seine Wünsche und Werte sind ein wichtiger Teil einer personalisierten und damit sinnvollen Medizin.»





Dreifache Zielsetzung

Am Symposium drehte sich alles um Qualität und Patientennutzen, und doch – oder gerade deswegen – kam keine Rednerin und kein Redner am Thema Geld vorbei. Man war sich einig: Nur wer sich an guter Medizin und guter Pflege orientiert, arbeitet im Gesundheitswesen wirtschaftlich. Und damit die Leistungserbringenden mehr kooperieren und bessere Qualität anstreben, braucht es entsprechende Anreize. Damit ist die Diskussion lanciert über das richtige Vergütungssystem, nämlich eines, das interprofessionelle Zusammenarbeit und integrierte Versorgung belohnt. Mary Jo Vetter, Professorin für Pflegewissenschaften an der New York University, stellte in ihrem Referat «Bundled Payment» als Vergütungsansatz vor. Sie berichtete über die wissenschaftliche Begleitung der Pilotprojekte von Medicaid und Medicare zur Einführung dieser Pauschalabgeltungen in der häuslichen Pflege. Ein Budget, das den ganzen Behandlungsprozess abdeckt, so legte sie dar, zwingt die Leistungserbringenden dazu, über professionelle und institutionelle Grenzen hinweg zu kooperieren. Die Pauschale, die alle Dienstleistungen (u.a. Medizin, Pflege, Pharmazie, Therapien, Sozialarbeit) für eine bestimmte Zeit abdeckt, soll dazu beitragen, die Versorgung insbesondere nach einem Spitalaufenthalt zu optimieren und auf die Bedürfnisse der oftmals randständigen, wenig privilegierten und älteren Versicherten auszurichten. Die Leistungserbringer orientierten sich dabei an einer Dreifach-Zielsetzung («Triple Aim»), erklärte Vetter, die den Zugang, die Qualität und die Wirtschaftlichkeit gleichermaßen anstrebt.

Um die gleichzeitige Verfolgung unterschiedlicher Zielsetzungen ging es auch dem Qualitätsverantwortlichen von «Intermountain Healthcare», einem gemeinnützigen Grosskonzern für Gesundheitsdienstleistungen mit Sitz in Salt Lake City. Brent C. James legte in seinem Referat dar, wie seine Unternehmung durch konsequente Qualitätsarbeit Kosten senkt. In seinem Referat und im Interview (s. unten) machte er zudem klar, wo die Prioritäten liegen: Im Fokus stehe die Verbesserung der Qualität. Dass dabei auch noch die Kosten sinken, sei ein willkommener Nebeneffekt. Die dreifache Zielsetzung gilt auch für James, denn: «Ohne Zugang ist Qualität sinnlos». Und Zugang gibt es nur, wenn sich die Leute die Gesundheitsversorgung leisten können.

Zur Sache: mit Dr. Brent C. James im Gespräch

In einem Interview stellten wir Dr. Brent C. James, Chief Quality Officer, Intermountain Healthcare, einige Fragen:

clinicum: Wenn ich Sie richtig verstanden habe, gibt es in den USA mehr als nur ein Gesundheitssystem?

Brent James: Das stimmt. Die USA ist ein riesiges Land. Allein Kalifornien ist grösser als die meisten europäischen Länder. Und es gibt eine Vielfalt

von Gesundheitssystemen, in einigen Bundesstaaten sind sie sozialstaatlich organisiert wie in den meisten europäischen Ländern, in anderen gibt es noch immer eine grosse Zahl von Menschen ohne Krankenversicherung.

Bringt hier Präsident Obamas Gesundheitsreform Abhilfe?

Ja und nein. Die Reform ging sicher in die richtige Richtung. Wenn im reichsten Land der Welt 17 Prozent der Einwohner keine Krankenversicherung haben, stimmt etwas nicht. Wirklich gut an dieser Reform ist, dass man nicht mehr ohne Versicherung dasteht, wer man seinen Job verliert. Der Anteil der Nicht-Versicherten ist bereits auf 10% gesunken.

Aber das wären dann immer noch 35 Millionen Menschen ohne Krankenversicherung.

Es gibt zwei Probleme: Erstens beinhalten die meisten Versicherungen eine sehr hohe Selbstbeteiligung. Bevor die Versicherung überhaupt einsetzt, bezahlen die Patientinnen bis zu 6000 Dollar. Das ist oft mehr, als sich die Menschen leisten können, wenn sie krank sind. So erhalten die Leute zwar eine Versicherungskarte, sind aber doch nicht wirklich versichert. Das zweite Problem ist die Höhe der Busse, die bezahlen muss, wer keine Versicherung abgeschlossen hat. Diese ist so niedrig, dass viele und vor allem junge Leute lieber die Busse bezahlen als eine Versicherung abzuschliessen. Das ist der Hauptgrund, weshalb noch immer 10 Prozent der Bevölkerung nicht versichert sind. Und es führt dazu, dass Leute mit einem geringen Krankheitsrisiko aus der Versicherung aussteigen, während gleichzeitig die Kosten für diejenigen mit einem hohen Bedarf an Gesundheitsleistungen steigen. So geraten wir in eine Kostenspirale.

Swiss eHealth Summit
20. – 21. September 2016

Post E-Health
Gesundheit sicher vernetzt.
Besuchen Sie uns am Swiss eHealth Summit,
20. – 21. September 2016

post.ch/e-health

DIE POST 
Gelb bewegt.

Eine Art selbst gemachte Risikoselektion?

So ist es. Die Strafen sind zum Teil niedriger als die Versicherungsprämien, und das könnte «Obama Care» tatsächlich zum Scheitern bringen.

Besser und dennoch günstiger – geht das?

Nun zum eigentlichen Thema Ihres heutigen Vortrags: Wie kann man mit besserer Qualität Kosten senken?

Wenn Sie die beste Qualität anstreben, reduzieren Sie die Kosten fast immer. Wir haben das bei Intermountain anhand von sechs klinischen Bereichen über zwei Jahre hinweg untersucht. Wir erhoben die Outcome-Daten aller unserer stationären Patientinnen und meldeten die Differenzen laufend an die Ärzte und die Pflegenden zurück. Zunächst glaubten sie uns nicht und waren überzeugt, die Daten müssten falsch sein. Wir überprüften sie nochmals, doch sie stimmten. Zum ersten Mal überhaupt konnten die Ärztinnen ihre Praxis mit derjenigen ihrer Kollegen vergleichen, und sie realisierten, wie gross die Unterschiede tatsächlich waren. Sie begannen also voneinander zu lernen und glichen ihre Praxis derjenigen der Kolleginnen an, die bessere Resultate erzielten als sie selbst. So mussten weniger Operationen wiederholt werden, klinische Outcomes verbesserten sich. Und die Kosten sanken deutlich.

Aber es sind doch nicht alle Patienten gleich?

Ja, natürlich braucht jeder Patient etwas anders. Doch zu 85-90 Prozent stimmen Verhalten und Reaktionen der Patientinnen überein, und nur zu 10-15 Prozent unterscheiden sie sich. Stellen Sie sich einmal vor, in der Schweiz hätte jede Eisenbahnlinie eine eigene Spurbreite. Der Zugverkehr würde, wenn überhaupt, mit Sicherheit nicht mehr so perfekt funktionieren, wie er es heute tut. Ein System braucht bis zu einem gewissen Grad einheitliche Normen, um zu funktionieren. Als Arzt bin ich gegenüber meinen Berufskollegen verpflichtet, bestimmte Normen einzuhalten, denn wir teilen die gleichen Räume, Apparaturen und Einrichtungen. Es stimmt, jede Patientin ist anders, die Unterschiede machen 10 bis 15 Prozent aus. Wir brauchen also Ärztinnen und Pflegenden, die auf der gleichen Spurbreite arbeiten und zugleich diese spezifischen Bedürfnisse erkennen.

Heisst das, die medizinischen Guidelines decken 85 bis 90 Prozent der Fälle ab?

Das Problem, mit dem wir konfrontiert werden, ist die Komplexität, und davon bleibt noch mehr als genug übrig. David Eddy, einer der Väter der evidenzbasierten Medizin, sagte einmal, die Komplexität der modernen Medizin übersteige die geistige Kapazität auch von Experten. Jemand kann also noch so klug sein, er kann nie alles Wissen verarbeiten.

Müssen medizinische Guidelines laufend angepasst werden?

Der Fehler passiert oft, dass medizinische Fachgesellschaften Guidelines produzieren und die

Versicherer anschliessend von den Ärzten verlangen, dass sie sich daran halten. Wir müssen aber laufend die Gültigkeit der Richtlinien überprüfen. Normalerweise findet man nach der Veröffentlichung von Guidelines zunächst grosse Variationen. Dann werden die Guidelines wieder und wieder geändert, und nach einer gewissen Zeit kommt man von 30 auf 90 Prozent Übereinstimmung. Es ist ein stetiger Anpassungsprozess, ein lernendes System.

Und so machen Sie die Gesundheitsversorgung günstiger?

William Edwards Deming hat es mit seiner Prozesslehre bewiesen. Sein kontinuierlicher Verbesserungsprozess erzeugt eindeutige, physisch messbare Resultate bei den Kosten. Das gilt auch in der Medizin.

Dann sollten wir an der Verbesserung der Qualität arbeiten anstatt zu sparen?

Ich habe an einem Bericht mitgearbeitet, der zum Schluss kam, dass 35 Prozent der Gesundheitsausgaben Verschwendung sind. Persönlich glaube ich, es sind mehr als 50 Prozent. Wenn wir erst einmal die Verschwendung eliminiert haben, brauchen wir nicht mehr zu sparen.

Könnte es nicht gefährlich sein zu sagen, dass 50 Prozent der Gelder im Gesundheitswesen verschwendet sind? Wenn dem so wäre, müsste man ja umgehend anfangen, Leistungen zu streichen.

Finden wir zuerst heraus, was bessere Medizin ist! Sparen ist eine Konsequenz daraus, soll aber sicher nicht im Fokus stehen. Wir sollten unsere Prioritäten richtig setzen, nämlich bei der Verbesserung der Qualität. Übrigens ist das der Grund, weshalb man nie den Versicherern die Leitung von Gesundheitsprogrammen überlassen darf, denn sie tendieren dazu, die Ersparnisse über den Patientennutzen zu stellen. Das ist gefährlich. Die Leitung der Programme muss unbedingt bei den Gesundheitsfachpersonen bleiben. Als Arzt kann ich meinen Fokus auf bessere Medizin richten, ohne dabei ans Sparen denken zu müssen. Ich muss nicht rationieren.

Prioritäten setzen und Prozesse definieren müssen Sie aber trotzdem.

Wir bei Intermountain sagen: Managed Care ist keine Managementaufgabe, es geht ausschliesslich um Kooperation. Und wir fahren gut damit.

Text und Interview: Anna Sax

