



Orientierung im Wirrwarr

Der Gesundheitsmarkt geht zu wenig
auf die Bedürfnisse und Wünsche
der Betroffenen ein. Das muss
nicht sein. Mit dem richtigen Hebel
lässt sich ein nachhaltiges
Gesundheitswesen erzielen.

Von Karl Ehrenbaum

Wenn vom Gesundheitswesen gesprochen wird, verstehen viele darunter lediglich die Behandlungskosten. Doch das Gesundheitswesen umfasst nicht nur die Kosten für Behandlungen, sondern auch diejenigen für Lohnausfall und Invalidität bei Unfall und Krankheit. Insgesamt werden 29 Prozent der Kosten für die Behandlungen ausgegeben. 71 Prozent fallen auf die übrigen Leistungen wie Lohnausfall und Invalidität.

Die soziale Sicherheit macht 24,5 Prozent des Bruttoinlandprodukts (BIP) der Schweiz aus. Es ist der grösste Ausgabenposten und umfasst die soziale Sicherheit, die Gesundheitsversorgung und Public Health. Die Ausgaben steigen seit Jahren an und liegen unter dem europäischen Durchschnitt.

In den Medien werden am häufigsten die 29 Prozent Behandlungskosten thematisiert. Diese isolierte Betrachtung wird der komplexen Materie aber nicht gerecht, weil die Nichtbehandlung wesentlich mehr kostet als die Behandlung. Der bedeutend höhere Kostenanteil für Lohnausfall und Invalidität zeigen das deutlich auf.

Komplexe Strukturen

Den Überblick über das Gesundheitswesen zu bewahren, stellt hohe Anforderungen. In der Schweiz ist die entstandene und historisch gewachsene Struktur derart komplex, dass es schwer fällt, alle Facetten unter einen Hut zu bringen (siehe Grafik Seite 10/11). Die wichtigsten Einflussnehmer auf die Kostenstruktur sind nicht nur Bundesämter, sondern auch Kantone und Leistungserbringer (Spitäler, Rehakliniken, Kurhäuser, Pflegeheime, Ärzte, Pflege, Therapeuten, Pharmaindustrie, Spitex, usw.). Sie nehmen Einfluss auf Sozial- und Privatversicherer, Politik, Verbände für UVG, Kranken-, Militär-, Invalidenversicherung usw.

Andererseits hat auch die EU Einfluss auf das Gesundheitswesen der Schweiz, und zwar durch bilaterale Abkommen zugunsten ihrer Bürger. So können beispielsweise Saisoniers sich und ihre Angehörigen in der Schweiz versichern. Zu erwähnen ist auch die stetig zunehmende Verrechtlichung der Medizin, die zu Haftpflichtforderungen führt, die bei nicht erfüllten Erwartungen gestellt werden.

Ein viel zu wenig beachteter Aspekt ist die Prävention. Die betreffenden Institutionen können mit ihrer Arbeit erheblich Kosten senken. Die Beratungsstelle für Unfallverhütung (Bfu) und Gesundheitsförderung Schweiz nennen pro investierten Franken Kostensenkungen von mindestens dem Vierfachen. Prävention könnte durchaus noch mehr erreichen, würde man die Investitionen entsprechend erhöhen. Viele versprechen sich von E-Health dieselben Effekte wie durch Prävention. So sehen auch die Ernährungs- und die Wellnessindustrie sich selbst als kostensenkende Bereiche.

Vielschichtige Leistungserbringer

Doch welche Aspekte sind bei der Betrachtung des Gesundheitswesens wirklich wichtig? Neben der ökonomischen Sicht geht es um die Lebenserwartung und das medizinische Umfeld. Eine tragende Rolle spielen die medizinischen Leistungserbringer. Dazu gehören neben der Schulmedizin die Komplementärmedizin, welche zunehmend an Bedeutung gewinnt, sowie die Lifestyle-Medizin, ein vielleicht kostensteigernder Aspekt.

Die Medizin ist derart vielschichtig, dass es immer mehr Spezialisierungen gibt. Das belegt die hohe Anzahl

der Facharztstitel, die nach dem Grundstudium erworben werden können. Prävention und Diagnostik sind Aspekte, die dank immer besseren Kenntnissen, Analysen, neuen Methoden, aber auch durch genauere Daten zu einer Steigerung der Kosten und einer weiteren Spezialisierung führen. Um komplexe Medizintechnik bedienen zu können, werden heute oft zusätzlich entsprechend ausgebildete Assistenzen benötigt.

Die Medizin hat einen grossen Psychologisierungseffekt und Umwelteinflüsse wie die stets steigende Hektik, der zunehmende Druck, überall dabei sein zu müssen, Wirtschaftsängste, Lifestyle usw. tragen zu einer Überlastung/Überreizung der Menschen bei.

Der Regulator hat durch die Trennung von Unfall und Krankheit in der Schweiz eine zusätzliche Spezialität geschaffen, die im Ausland oft etwas verwundert zur Kenntnis genommen wird. Ein Beispiel: Ein Meniskus kann durch eine degenerative Veränderung – also krankheitshalber – zu Problemen führen, wie er auch beim Sport oder anderen Tätigkeiten verletzt werden kann. Allein die Diskussion, ob es sich nun um eine Krankheit oder einen Unfall handelt und wer die entsprechenden Kosten zu tragen hat, ist eine Frage, die direkt mit dieser Struktureigenheit zusammenhängt.

Nicht ausser Acht gelassen werden darf, dass der Gesundheitsmarkt den grössten Wachstumsmarkt der vergangenen 20 Jahre darstellt; nicht nur in der Schweiz, sondern in allen industrialisierten Ländern. Das hat auch Auswirkungen auf die rechtliche Seite, und zwar in Bezug auf die erbrachten oder nicht erbrachten Leistungen. Deshalb steht das Medizinrecht heute als Spezialgebiet für juristische Aktivitäten rund um diese Problematik.

Unmündige Patienten?

Diese Thesen zeigen auf, dass das Gesundheitswesen in der Schweiz kränkelt, vor allem an mangelnder Koordination. Die Bereitschaft, mehr Zeit zu investieren, kann ein Weg zur Besserung sein. Dazu fehlt es heute aber den meisten Menschen an Wissen im Bereich Gesundheit. Wir lernen vieles, erhalten Empfehlungen, was wir essen sollten und was nicht. Auch die Medien interessieren sich für die Thematik und mischen kräftig mit. Viele fühlen sich durch die vielen Informationen und unterschiedlichen Meinungen sowie die immer neueren Erkenntnisse bezüglich Tun und

Lassen überfordert und leben weiter so, wie sie es gewohnt sind von zu Hause oder der Familie.

Es stellt sich somit die Frage: Was würde der Patient wollen, wenn er wüsste, was er bräuchte? Der Gesundheitsmarkt ist ein Markt, der weitgehend selbst bestimmen kann, da die

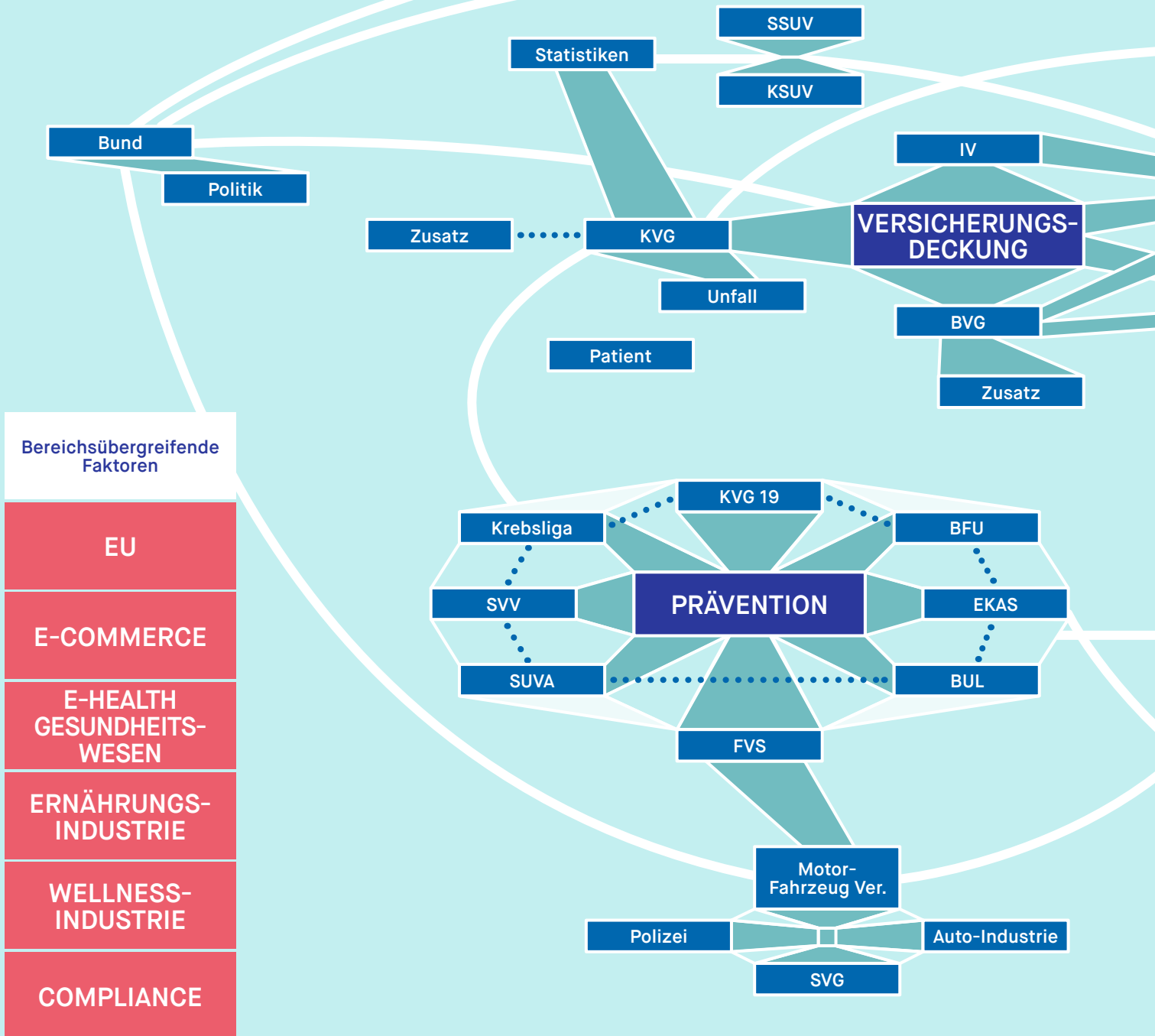
Leistungserbringer einen Wissensvorsprung haben gegenüber den Patienten. Der Patient ist von dem vielfältigen Angebot, das am Markt besteht, überfordert und kann somit ohne grosse Vorbereitung kaum selbst entscheiden, was der richtige Weg für die Genesung ist. Es ist somit ein klassischer Anbietermarkt und nicht ein Käufermarkt, wie das sonst in anderen Konsumbereichen der Fall ist.

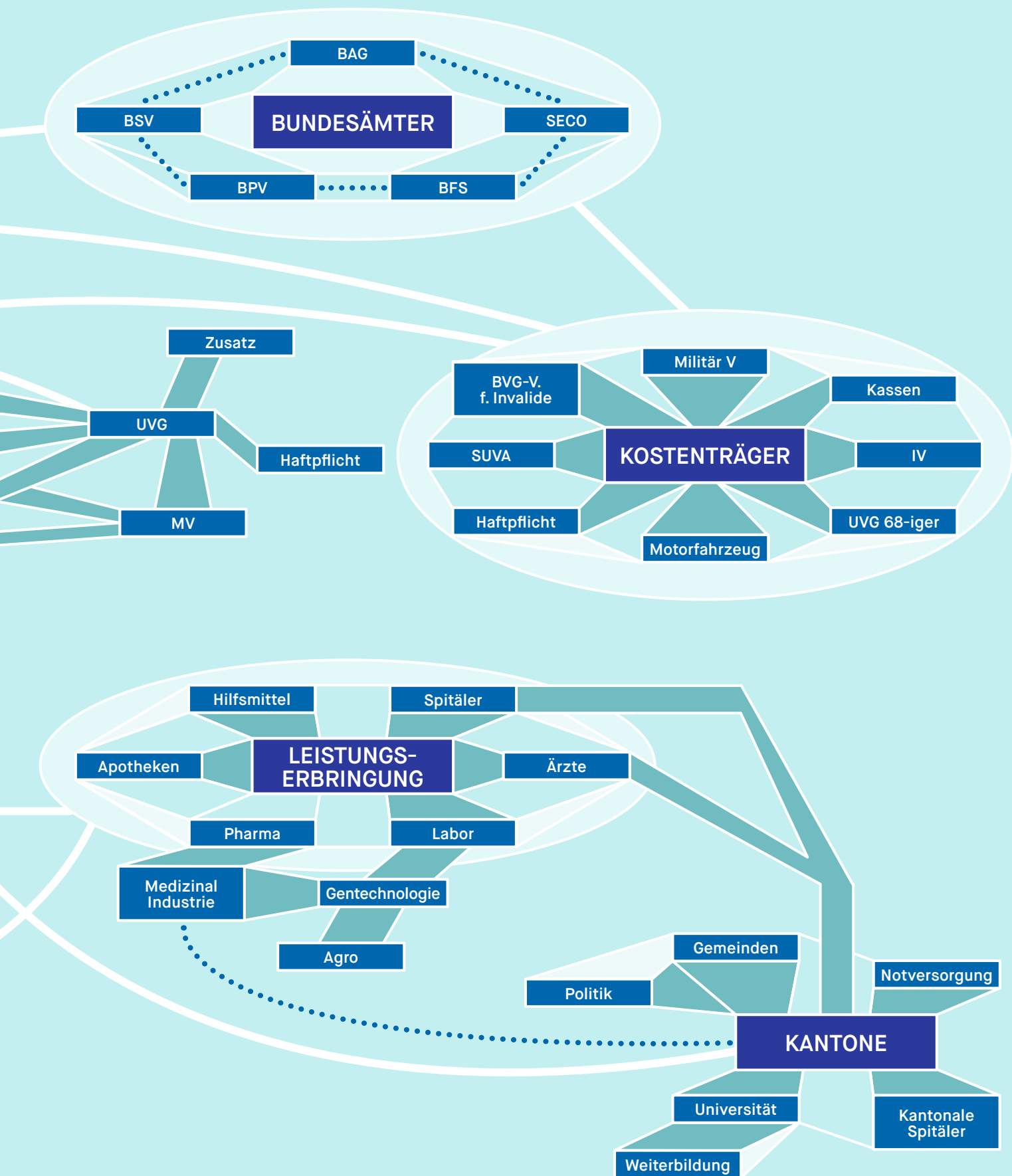
Es werden viele Meinungen kolportiert, die alleine aus dem Blickwinkel der einzigen Spezifität Behandlungskosten zu Fehlschlüssen führen. Gibt es wirklich höhere Kosten im Gesundheitswesen oder sind es doch andere Faktoren? Sind es nicht gesellschaftliche Veränderungen, die betagte Menschen in entsprechenden Institutionen mit Leistungen versehen, weil die Pflege im eigenen Heim zu teuer wird, die Angehörigen überfordert sind oder nicht in der Nähe leben? >

Die Bereitschaft, mehr Zeit zu investieren, kann ein Lösungsansatz sein.

GESUNDHEITSWESEN SCHWEIZ

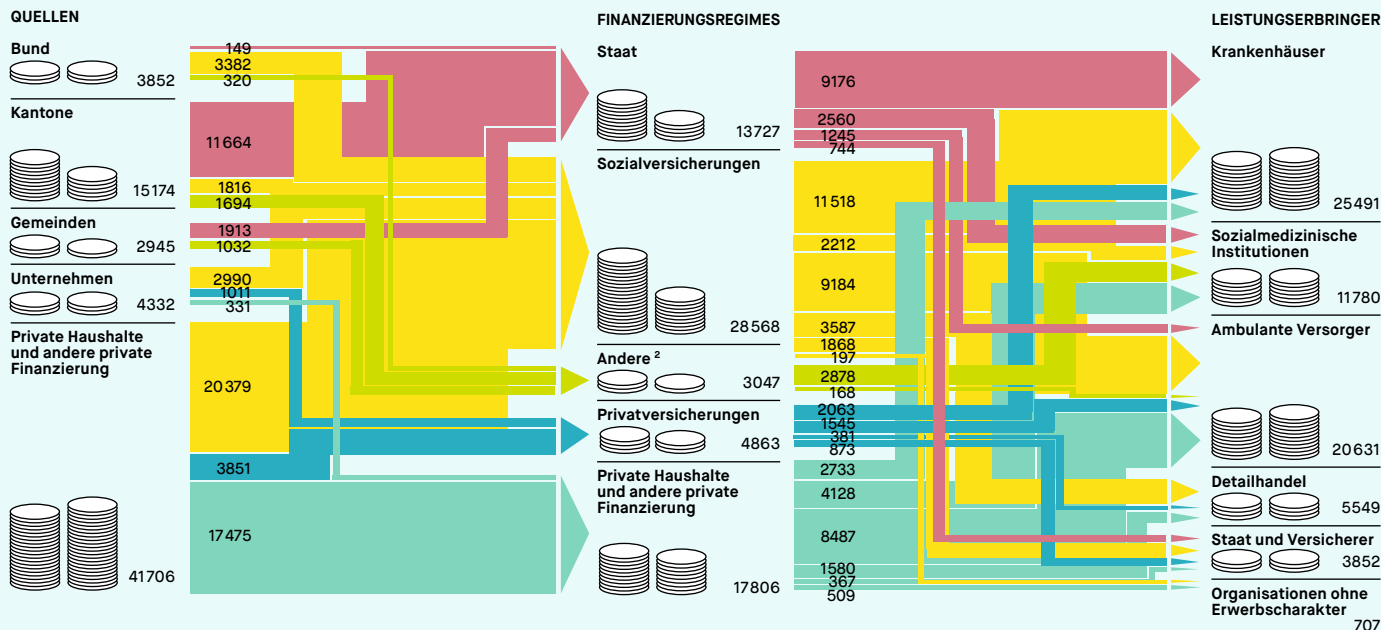
KOMPLEXES GEBILDE





KOSTEN UND FINANZIERUNG DES GESUNDHEITSWESENS 2012¹

in Millionen Franken



QUELLE: BFS - COU, EHRENBAUM HEALTH CONSULTING, GMBH

› Sicher ist, dass die letzten beiden Lebensjahre teurer sind als der Rest des bisherigen Lebens. Hier kommt ein Faktum zum Tragen, das kaum beachtet wird: Je jünger die letzten Lebensjahre sind, desto teurer sind sie. Wie erklärt sich das? Bei jungen Menschen wird wesentlich mehr unternommen für deren Genesung oder um sie am Leben zu erhalten. Betagte Menschen entscheiden manchmal selbst, dass sie möglichst nur noch eine Behandlung wünschen, welche Leid und Schmerzen lindert, aber nicht unbedingt lebensverlängernd wirkt, wenn sie diese Art des Lebens als nicht mehr erträglich für sich betrachten.

Case- versus Care-Management

Case-Manager helfen, Patienten mithilfe von Informationen auf einen Heilungsweg zu bringen, der möglichst auch die Behandlungskosten reduziert. Die Sichtweise wird weiter in Richtung Care-Management gehen, d.h. eine umfassendere Betrachtung, wo nebst den Behandlungskosten auch die Faktoren Lohnausfall und allenfalls Invalidität miteinbezogen werden.

Die Medizin wird nicht länger um Risikomanagement und Risikodialog herumkommen. Die Patienten werden mündiger und wollen mitbestimmen, was an ihnen gemacht werden soll. Dies kann wesentlich dazu beitragen, dass die im Gesundheitsmarkt investierten Mittel zielgerichteter verteilt und damit Kosten reduziert werden. Die Vorteile integrierter Versorgung, die durch Care-Management entstehen, lassen sich mit Zahlen belegen.

Umfassende E-Health-Aspekte, Internet-Informationen, Gesundheitsforen und Wearables zeigen eine Angebotsvielfalt, in der sich der Einzelne kaum mehr zurechtfindet. Da sind Fachpersonen nötig, die helfen, den Patienten durch den Gesundheitsmarkt zu führen. Hierbei sind nicht nur Ärzte und Angehörige

gefordert, sondern sämtliche Leistungserbringer im Gesundheitswesen. Die vermehrten Forschungsergebnisse, die als neues Heilsversprechen angepriesen werden – wie zum Beispiel personalisierte Medizin –, müssen den Praxisbeweis erst noch erbringen.

Gesundheitsinformationen im Internet führen oft dazu, dass die Patienten bereits mit einer vorgefassten Meinung zum Arzt gehen und dort eine Leistung verlangen, die sie unter Umständen auf diese Weise gar nicht benötigen. Die finanziellen Ressourcen, die im Gesundheitsmarkt investiert werden, erfordern je länger je mehr, dass man sie hinterfragt, bevor sie erbracht werden. Der Entscheid, was jemand wünscht, muss – sofern dies möglich ist – weitgehend vom Patienten gefällt und mit dem entsprechenden Fachmann/-frau beratend im Risikodialog abgesprochen werden.

Politische und finanzielle Strukturen müssen überprüft und neu auf diese ganzheitliche Betrachtung ausgerichtet werden. Wenn durch eine unterlassene Behandlung eine 50-prozentige Leistungsfähigkeit entsteht, sind die Kosten für die Behandlung mit diesen zu vergleichen. Es ist neu eine volkswirtschaftliche Betrachtung zu fordern. Beispiel: Resultiert für eine 30-jährige Person wegen einer unterlassenen Behandlung, die 100000 oder 150000 Franken kostet, eine 50-prozentige Invalidität, ist die Rechnung schnell erstellt. 35 Jahre à 50000 Franken Lohnausfall ergibt nach volkswirtschaftlicher Berechnung einen Betrag von 1,75 Millionen Franken. Diese Optik sollte heute im Gesundheitswesen diskutiert werden und müsste aber auch echt in Betracht gezogen werden.

Die Vorteile integrierter Versorgung lassen sich mit Zahlen belegen.

Die Krux mit den Fehlanreizen

Fehlanreize, wie sie heute bestehen und die Tatsache, dass Leistungserbringer Alternativen oft zu wenig aufzeigen, führen dazu, dass viele Patienten zu spät kritisch betrachten, ob eine Leis-

tung notwendig war oder nicht. Medien berichten immer wieder von zu lockeren Skalpellen oder unnötigen Behandlungen. Die Einzelfallbetrachtung gibt Anlass zu Diskussionen. Wenn wir eine Zwei-Klassen-Medizin einführen wollen, die strikt trennt, was wem zugänglich ist und wer es nicht mehr bekommt, führt dies zu hohen Ungerechtigkeiten und Unzufriedenheit bei der Bevölkerung.

Wichtig ist, auch die Rolle der öffentlichen Hand und des Gesetzgebers unter die Lupe zu nehmen. Wie weit ist es richtig, dass man gleichzeitig Leistungsanbieter ist, aus den öffentlichen Geldern Subventionen bezahlt und von privatisierten öffentlichen Spitälern entsprechende Dividende oder Rendite verlangt? Da wird dem Bürger vorgegaukelt, dass er durch den Staat subventioniert wird, was eben nicht mehr der Fall ist. Inwieweit sollen die Kantone und Gemeinden diese Optionen anwenden können? Sind rein privatwirtschaftlich getragene Leistungserbringer effizienter? Werden aus Kostenaspekten überwiegend lukrative Eingriffe gesucht, die aufgrund der heutigen Tarifstrukturen durch die öffentliche Hand mehr Geld einbringen?

Festgehalten werden muss, dass es heute immer weniger Bürger gibt, die sich noch eine halbprivate oder private Zusatzkrankenversicherung leisten können. Die Prämien für die Kosten des Gesundheitsmarktes, die in der obligatorischen Krankenversicherung eingeschlossen sind, können viele kaum mehr bezahlen. Alleine ein Kanton wie Schwyz muss bereits bei über 26 000 Personen eine Prämienverbiligung zahlen. Ist hier eine Krankheitsdiagnose zu stellen?

Die Qualität einer erbrachten Leistung ist heute im Gesundheitsbereich noch nicht festgelegt. Ist es überhaupt möglich, Qualität im Gesundheitswesen zu definieren? Wer darf diese Definition vornehmen? Ist es nicht so, dass der Patient definiert, was für ihn Qualität bedeutet? Ein Beispiel zeigt dies deutlich auf und ist aus dem Alltag gegriffen: Eine betagtere Person hat enorme Schmerzen im Knie. Medizinisch ist es möglich, den Knorpelschaden durch eine entsprechende Intervention zu lindern oder das ganze Gelenk auszutauschen. Entscheidet aber der Patient, dass er einfach nur schmerzfrei sein will – was mit einer Versteifung des Beines bewerkstelligt werden kann –, muss die Wahl des Eingriffs und deren Kostenfolge vom Patienten mitentschieden werden können. Entscheidet er sich für die Versteifung und Schmerzfreiheit, weil dies für ihn Qualität darstellt, muss, auch wenn eine andere medizinische Option möglich wäre, diese akzeptiert werden. Solche Fragen dürfen nicht zu einer Rationierung führen, die drittbestimmt ist, sondern müssen im Risikodialog mit Leistungserbringer und Patient und gegebenenfalls dessen Angehörigen erarbeitet werden.

Fehlanreize, die an vielen Orten entstehen und ausgenutzt werden können und manchmal auch werden, müssen aufgezeigt und mit Lösungsansätzen eliminiert werden. Dabei ist zu vermeiden, dass eine Planwirtschaft entsteht, in der die Kostenträger bestimmen, wie die Leistungen zu erbringen sind. Solche Ansätze sind im Ausland zu sehen, wo zu Beginn des Jahres die Leistungskapazität voll ausgeschöpft wird und dann Ende Jahr aufgebraucht ist, weil die Kosten auf entsprechenden Pauschal-Budgets beruhen. Verschiebungen/Vertagungen werden dort auf das neue Jahresbudget geplant, ohne die Ausfälle für Arbeitsunfähigkeit in der Zwischenzeit einzuberechnen. Dabei können neben Lohnausfallkosten auch bleibende Versehrtheiten der persönlichen Integrität entstehen. Diese können zu einer reduzierten Arbeitsfähigkeit führen. Solche Kosten-Nutzenrechnungen sind bei derartigen Überlegungen anzustellen und die Ent-

scheidung muss von den Betroffenen mitgefällt werden. Mitsprache haben auch diejenigen, welche diese Kosten zu bezahlen haben.

Gemeinsam Lösungen finden

Viele einzelne Aspekte werden heute im Gesundheitswesen immer wieder als Kostentreiber herausgepickt und gebrandmarkt. Seien es die Verwaltungskosten bei Krankenkassen, die so tief sind wie bei keinem anderen Versicherungssektor (knapp 5 Prozent) oder seien es die Medikamentenpreise, die in der Schweiz höher sind als gleichwertige Medikamente im Ausland – sie machen 8 Prozent der erwähnten 28 Prozent aus. Das ist nicht unerheblich, aber auf 100 Prozent bezogen sind es dann halt nur noch 2 Prozent.

Wir müssen lernen, das Augenmerk im Gesundheitswesen primär auf die hohen Kosten zu legen statt auf die tieferen. Dort, wo es vielleicht am meisten weh tut und einschränkt, ist eine Genesung mit nachhaltiger Kostenreduktion nicht zu erzielen. Eine Kostenreduktion darf nicht mit einer minderen Qualität der Leistung einhergehen.

Zusammen mit all den im Gesundheitswesen tätigen, gut ausgebildeten Menschen und den Bürgern gilt es, politisch tragbare Lösungen zu finden. Das gute Gesundheitswesen muss möglichst lange, möglichst allen Bürgern offen stehen. Das gemeinsame «Lösungsfinden» soll zielführender sein als Schuldzuweisungen oder Sündenbocksuche. Das Miteinander aller Beteiligten wird gefordert. ●

KARL EHRENBAUM ist ehemaliger Leiter Gesundheitsmarkt der Zurich und heute Inhaber der Ehrenbaum Health Consulting GmbH.

WWW.EHRENBAUM.COM

RÉSUMÉ SOINS DE SANTÉ: LES CHEMINS VERS LA GUÉRISON

La prévoyance sociale représente 24.5 pourcents du produit intérieur brut (PIB) de la Suisse. Il s'agit de la plus importante dépense de la Confédération. Depuis plusieurs années, ce poste ne cesse de se développer. Toutefois, la thématique du coût des soins est plus souvent reprise par les médias. Cette observation isolée ne tient pas compte de la complexité du sujet car l'absence de traitement induit des coûts bien supérieurs à une prise en charge des soins. La part plus élevée pour la perte de salaire et l'invalidité le démontrent clairement.

Le marché de la santé prend trop peu en compte les besoins et les souhaits des personnes concernées. Ce n'est pourtant pas une fatalité. A l'aide des leviers pertinents, il est possible de développer un système de santé durable. En effet, la prévention constitue un aspect trop souvent négligé: un franc investi dans la prévention permet d'économiser au minimum quatre fois plus. Nombreux sont ceux qui voient en l'e-health les mêmes effets que pour la prévention. A cela s'ajoute les case-managers qui, par une information ciblée, soutiennent les patients sur le chemin de la guérison tout en réduisant le coût des soins. Cette conception va connaître un essor en direction du Care-Management c.-à-d. une perspective plus large au sein de laquelle – outre les coûts des soins – les facteurs de perte de salaire et d'invalidité seront également pris en considération.