

Krankenversicherung als Steuerungsinstrument

Bericht einer Arbeitsgruppe¹

R. Bruppacher² und H.-C. Reinhardt³

Die Bedeutung der Krankenversicherung für die Entwicklung der Struktur des schweizerischen Gesundheitswesens hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Es stellt sich deshalb die Frage, ob über die Modalitäten des Versicherungssystems Anreize zur Verbesserung des Gesundheitswesens geschaffen werden können. In der Diskussion der Arbeitsgruppe A beschränkten wir uns bewusst auf die Steuerung des Arzt- und Patientenverhaltens durch die von der Allgemeinheit mitgetragenen Krankenversicherung. Wir befassten uns zunächst mit allgemeinen Zielen, Methoden zur Messung der Zielerreichung, Beeinflussungsmöglichkeiten und Randbedingungen. Sodann wurden konkretere Massnahmen besprochen und eine Resolution ausgearbeitet.

Schwierige Zieldefinition

Es zeigte sich, dass die eigentlichen Ziele sehr schwer zu definieren sind. In der Diskussion um das Gesundheitswesen werden als ideale Ziele meistens eine optimale Behandlung, niedrige Behandlungskosten, ausreichende medizinische Versorgung sowie bessere Nutzung und gerechtere Verteilung der zur Verfügung stehenden Mittel genannt. Eigentlich handelt es sich dabei aber nicht um Ziele, sondern um Mittel. Wirkliche Ziele sind beispielsweise eine höhere Lebenserwartung, die Erhaltung oder Verbesserung der Leistungsfähigkeit und die Zufriedenheit der Betroffenen. Solche Fernziele sind äusserst schwer zu fassen, und ein Konsens über die Gewichtung der einzelnen Aspekte ist wohl kaum zu finden. Schliesslich beinhaltet jeder dieser Aspekte wieder eine ganze Reihe von einzelnen Teilzielen: Lebenserwartung bis zu welchem Ausmass, Leistungsfähigkeit in welcher Beziehung, Zufriedenheit für wen und unter welchen Umständen? In letzter Zeit hat eine deutliche Abkehr vom rein quantitativen Aspekt der Lebensverlängerung und eine grössere Gewichtung der Lebensqualität stattgefunden. Damit haben sich allerdings die Probleme einer allgemein gültigen und objektiv messbaren Definition des angestrebten Idealzustandes noch vergrössert.

Können über die Modalitäten des Versicherungssystems Anreize zur Verbesserung des Gesundheitswesens geschaffen werden?

Für die Allgemeinheit ist die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit des einzelnen nicht nur in finanzieller, sondern auch in sozialer Hinsicht wohl der bedeutendste Aspekt, der bei den Sozialversicherungen deshalb in den Vordergrund gerückt wird.

Die Zufriedenheit des einzelnen ist schon vor einer eventuellen Erkrankung, sei es am Arbeitsplatz, in der Familie oder im weiteren psychischen und sozialen Umfeld, zu maximieren. Dadurch können manche Erkrankungen verhindert werden. Für den Kranken als Konsumenten medizinischer Dienstleistungen spielt vermutlich seine Zufriedenheit, unter Umständen sein «Sich-abfinden-Können» mit dem Schicksal, mit den Unannehmlichkeiten der Behandlung, aber auch die Befriedigung über die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit sicher die entscheidende Rolle.

Glücklicherweise ist eine genaue Gewichtung dieser Fernziele nicht unbedingt notwendig, obwohl erwünscht. Keiner der genannten Aspekte kann ausser acht gelassen werden, und die einzelnen Mittel, die zu ihrer Erreichung führen, sind häufig die gleichen. Diese Mittel bestehen im gezielteren und wirkungsvolleren Einsatz der verfügbaren Ressourcen für die wirklich Bedürftigen. Dies bedingt ein zweckmässiges Verhalten der Ärzte, der Patienten und der übrigen Beteiligten und kann wesentlich durch die Modalitäten der Krankenversicherung gesteuert werden.

Beurteilung des Verhaltens von Arzt und Patient

In Anbetracht der Beschränktheit der zur Verfügung stehenden Mittel muss ein Massstab zur Messung des zweckmässigen Verhaltens von Ärzten und Patienten nicht nur gesundheitliche Vorteile, sondern auch Kosten berücksichtigen. Während die Ermittlung der Kosten heute grosse Fortschritte gemacht hat, verfügen wir leider noch über sehr wenige Unterlagen, die uns über den Nutzen von bestimmten Massnahmen und Verhaltensweisen für die Gesundheit Aufschluss geben. Dazu wäre eine wesentlich bessere Gesundheitsstatistik erforderlich, als sie gegenwärtig in der Schweiz vorliegt.

Als Folge davon besteht bei medizinischen Dienstleistungen kaum eine Verknüpfung zwischen Preis und Qualität. Das Wissen der Patienten um ihre medizinischen Bedürfnisse wie auch um das Funktionieren des

¹ Bericht einer Arbeitsgruppe anlässlich der Herbsttagung der Schweizerischen Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin zum Thema «Systematisches Vorgehen im Gesundheitswesen», Luzern, 20./21. Oktober 1977.

² Dr. med., Dr. P. H. Abt. Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel, St.-Alban-Vorstadt 19, CH-4052 Basel.

³ Lic. rer. pol., Leiter der Abteilung Dokumentation und Information des Schweizerischen Krankenhausesinstituts, Bahnhofstrasse 29, CH-5001 Aarau.

Gesundheitswesens ist äusserst mangelhaft. Es besteht eine Informationslücke zwischen Krankenkasse und Arzt, Arzt und Patient sowie zwischen Krankenkasse und Patient. Auch die politischen Entscheidungsgremien verfügen über keine adäquaten Unterlagen.

Es wurde vorgeschlagen, dass die Krankenversicherung bei der Erhebung der notwendigen Daten eine aktivere Rolle als bisher spielen sollte. Sie könnte vermehrt als Mittel zur Datenbeschaffung eingesetzt werden, indem Entschädigungen stärker als bisher an die Gewährung genauer Auskünfte seitens der behandelnden Ärzte geknüpft würden.

Zuerst müssen allerdings Spezifikationen über Art, Ausmass und Genauigkeit der verlangten Informationen sowie Bestimmungen für ihren Gebrauch sorgfältig erarbeitet werden. Nur so kann vermieden werden, dass die persönliche Sphäre der Betroffenen in unzulässiger Weise tangiert wird. Vorbedingung ist eine Konzeption, die eine klare Beschreibung der bei der Verwirklichung zu beachtenden Ziele und Randbedingungen enthält. Eine solche Konzeption besteht vorläufig noch nicht. Es ist höchste Zeit, dass geeignete Forschungsstellen damit betraut werden.

Möglichkeiten der Steuerung

Diskutiert wurde vor allem eine in Aussicht zu nehmende Modifikation der Tarifstruktur, die durch stärkere Gewichtung des Zeitaufwandes des Arztes die eigentlichen ärztlichen Leistungen vermehrt berücksichtigt. Eine Überprüfung der zeitkonformen Verwendung der Tarifpositionen müsste zudem erleichtert werden. Zur Steuerung der Ärztedichte sollten unterschiedliche Taxpunktwerte regional (nicht kantonal) verwendet werden. Ferner wurden Vorschläge zur finanziellen Stimulation von rationelleren Abklärungsverfahren gemacht, was beispielsweise durch höhere Einstufung der Vergütungen für die erste Abklärung erfolgen könnte, womit der Arzt an weiteren Kontrolluntersuchungen weniger interessiert wäre.

Es wurde auch auf die Zweckmässigkeit einer transparenteren Rechnungstellung hingewiesen, die es dem Patienten ermöglichen sollte, die finanziellen Folgen seiner Forderungen zu sehen, die aber auch dem Arzt die Konsequenzen seines Handelns besser bewusst werden lassen.

Die Einführung solcher und ähnlicher Steuerungs-massnahmen würde eine vermehrte Inanspruchnahme des Arztes durch den Patienten ermöglichen und gleichzeitig Wirksamkeit und Kosten der ärztlichen Behandlung besser sichtbar machen.

Eine weitere Möglichkeit zur Steuerung des Verhaltens potentieller Patienten besteht in der Bestrafung von falschem, das heisst gesundheitsschädigendem, und Belohnung von richtigem, das heisst gesundheitsförderndem Verhalten. Dabei ist eine prospektive Belastung der Risiken einer retrospektiven Bestrafung durch Verweigerung von Leistungen bei Selbstverschulden vorzuziehen. Während eine höhere Beteiligung des Patienten an den Folgen selbstverschuldeter

Krankheiten im Prinzip wünschbar erscheint, scheitert die Verwirklichung eines entsprechenden Entschädigungssystems an der Schwierigkeit, «nur schicksalshafte» gegen «auch selbstverschuldete» Krankheiten abzugrenzen. Dennoch sollte die ständige Zunahme des Einflusses selbstschädigender Mechanismen und das durch sie bedingte Ansteigen der Pflegekosten nicht einfach hingenommen werden. Beispielsweise könnten anerkannte gesundheitsschädigende Konsumgüter (Alkohol, Tabak) noch stärker besteuert werden. Die Erträge (mindestens der zusätzlichen Steuern) wären aber der Krankenversicherung und nicht dem generellen Staatshaushalt oder der Rentenversicherung zuzuführen.

Schliesslich bietet sich der gezielte Einsatz von Selbstbehalt und Franchise an, bei deren Festlegung aber vermehrt auf die Einkommensverhältnisse der Betroffenen Rücksicht genommen werden müsste.

Praktische Erprobung in Modellversuchen unumgänglich

Alle diese Steuerungsmethoden sollten zunächst mittels regional beschränkter Modellversuche in ihrer Wirksamkeit praktisch überprüft werden, bevor mit Gesetzen oder Verordnungen ihre allgemeine Anwendung erzwungen wird. Vorübergehende Unterschiede in den Modalitäten der Krankenversicherung der zu diesen Versuchen herangezogenen Bevölkerungsgruppen sind dabei in Kauf zu nehmen, denn theoretische Spekulationen allein genügen nicht für derart folgenschwere Entscheide.

Die Planung, Durchführung und Auswertung solcher Modellversuche erfordert ein kompetentes interdisziplinäres Team, dessen Arbeit von kurzfristigen politischen Interessen unabhängig ist. Diesem Team müssten klare Ziele vorgegeben werden. Die Grösse, Tragweite und Dauer des Auftrages verlangt nach permanenten Einrichtungen, nach Forschungsstellen, deren Notwendigkeit in der Arbeitsgruppe allgemein anerkannt wurde.

Änderung ungünstiger Randbedingungen

Wenn bis heute die Bemühungen von seiten der *Krankenversicherungen* zur Steuerung des Verhaltens von Ärzten und Patienten entweder ausblieben oder wenig erfolgreich waren, so kann dies mindestens zum Teil auf mangelhafte gesetzliche Grundlagen und auf fehlende wissenschaftliche Entscheidungshilfen zurückgeführt werden.

Beim Verhalten der *Patienten* ist zu berücksichtigen, dass Kostenüberlegungen im Krankheitsfall für ihn eine untergeordnete Rolle spielen. Behandlungskosten und Behandlungsergebnis sind ja ohnehin nur für die Fachleute beurteilbar, und die Zäsur in der Lebensführung, wie sie bei einer Krankheit unweigerlich auftritt, verhindert einen echten Vergleich des «Konsumgutes Medizin» mit anderen Konsumgütern. Der Patient kann also seinen Bedarf an medizinischen Dienstleistungen nur schwer einschätzen.

In der Arbeitsgruppe wurde dennoch bemerkt, dass

diese «Unmündigkeit des Patienten» nicht unabdingbar sei. Mit besserer Aufklärung, einerseits über die Bedeutung verschiedener Krankheitssymptome, die den Patienten zum Arzt führen können oder sollen, andererseits auch über das Funktionieren des Gesundheitswesens selbst könnte ein zweckmässigeres Verhalten erzielt werden. Eine solche Aufklärung ist allerdings nicht allein Sache der Versicherung, die dabei immerhin auch aktiver werden könnte. Die Gesundheitsbehörden sowie die behandelnden Ärzte sollten sich vermehrt für die Erzielung einer besseren Verständigung über diese wesentlichen Aspekte der Gesundheitsversorgung einsetzen.

Besinnung auf das Risiko

Der Gefahr, dass über die Versicherung einer Erhöhung der Risikobereitschaft durch den Patienten Vorschub geleistet wird, muss ebenfalls aktiv begegnet werden. Versicherter und Versicherung müssen sich mehr auf das Risiko besinnen. Die Versicherung sollte mehr für die Verminderung des Risikos selbst tun, sei es durch blosse Aufklärung der Versicherten, sei es durch finanzielle Modalitäten, die den Empfehlungen mehr Nachdruck verleihen. Auch hier wäre aus sozialen Gründen eine prospektive Beeinflussung einer retrospektiven Bestrafung vorzuziehen.

Mehr Verständnis für die widersprüchlichen Anforderungen an die medizinische Dienstleistung

Nicht nur der Patient, auch der Arzt ist bestimmten Sachzwängen ausgesetzt. Diese lassen sich auch durch

bessere Information nicht beseitigen. Der Arzt ist traditionell Anwalt des Individuums und nicht der Gesellschaft oder der Versicherung, und jeder Patient verlangt selbstverständlich die für ihn optimale Behandlung. Die steigenden Risiken einer gerichtlichen Verfolgung von Kunstfehlern oder mangelhafter Behandlung bewegen den Arzt, sich möglichst abzuschirmen. Dies geschieht am besten mit Mitteln, die ein «objektives Dokument» liefern: Laborwerte, Röntgenbilder usw. Das heutige Entschädigungssystem, das die eigentliche Arbeit des Arztes wesentlich weniger bewertet als gewisse Hilfsfunktionen technischer Natur, stimuliert zusätzlich den Beizug dieser technischen Mittel, was seinerseits zu einer Kostensteigerung führt.

Schliesslich ist sowohl auf Seiten des Arztes wie des Patienten immer noch ein grosser Mangel an Wissen um die Zusammenhänge im Gesundheitswesen festzustellen. Dieser Mangel beruht teils auf der Komplexität und der fehlenden Transparenz der Vorgänge, teils auch auf Desinteresse. Die Arbeitsgruppe hält aber fest, dass ein solcher Mangel an Transparenz und Interesse mit geeigneten Massnahmen behoben werden könnte. Auch hier könnte und sollte die Krankenversicherung mit ihren Modalitäten wirksam eingreifen.

Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Wie erwartet, gelang es innerhalb der begrenzten Zeit für die Gruppendiskussion nicht, wesentliche konkrete Massnahmen auszuarbeiten und zur Verwirklichung vorzuschlagen. Erkannt wurde aber die Notwendigkeit

Empfehlungen der Arbeitsgruppe A: Die Krankenversicherung als Steuerungsinstrument

Die Verwendung der Mittel der Krankenversicherung sollte im grösseren Umfange als bisher auch für die Risikosteuerung eingesetzt werden. Dies heisst, dass Mittel der Krankenkassen dafür freigesetzt werden, um

- die Entstehung von Gesundheitsrisiken durch geeignete Massnahmen zu beeinflussen
- die Deckung der entstandenen Risiken nach Kriterien wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit sicherzustellen.

Um diese Steuerungsfunktionen ermöglichen zu können, erscheint es als zweckmässig, eine Forschungsstelle damit zu betrauen,

- a) eine für den schweizerischen Bereich gültige und verwertbare Datenbasis zu erarbeiten
- b) praktikable Modellversuche mit verschiedenen Beeinflussungselementen durchzuführen
- c) anhand von erarbeiteten Daten und ausgewerteten Modellversuchen Vorschläge für Steuerungsmechanismen im eingangs erwähnten Sinne zu formulieren.

Recommandations du groupe de travail A: L'assurance-maladie comme instrument de contrôle

Les moyens de l'assurance-maladie devraient être utilisés dans une plus large mesure que jusqu'ici pour le contrôle des facteurs de risque. Cela signifie que des moyens des caisses-maladie devraient être mis à disposition pour:

- influencer par des mesures appropriées la survenue des risques pour la santé
- préciser la couverture des risques existants en fonction de critères de capacité économique

Afin de rendre possibles ces fonctions de contrôle, il apparaît judicieux de confier les tâches suivantes à un centre de recherche:

- a) mettre sur pied un ensemble de données de base valables et utilisables pour la Suisse,
- b) conduire des études à l'aide de modèles faisant entrer en jeu diverses possibilités d'«influences»,
- c) à la lumière des données rassemblées et des modélisations faites, formuler des propositions de mécanismes de contrôle dans le sens mentionné plus haut.

einer besseren Definition der Ziele und der Erarbeitung von Indikatoren, die diese Ziele in messbare Grössen fassen können. Erst dadurch werden eine Standortbestimmung und eine Überwachung des Fortschrittes, der mit bestimmten Massnahmen erzielt wird, ermöglicht.

Sämtliche Interventionen sollten zunächst in der Praxis auf ihre mögliche Wirkung im Rahmen der schweizerischen Bedingungen überprüft und erst nach einer solchen Überprüfung auf gesamtschweizerischer Ebene implementiert werden.

Vorläufig fehlt aber die wissenschaftliche Infrastruktur für die Erarbeitung von Indikatoren und zur Überprüfung von Interventionsmethoden. Dies kann auch nicht von einem Tag auf den anderen geschaffen werden, sondern muss nach bewährtem schweizerischem Muster in schrittweiser Anpassung und unter Berücksichtigung bewährter Strukturen aufgebaut werden.

Die Bedeutung der Krankenversicherung im schweizerischen Gesundheitswesen verlangt, dass sie neben der traditionellen Deckung des Risikos auch dessen prospektive Beeinflussung in ihren Tätigkeitsbereich miteinbezieht. Im Sinne der Solidarität mit allen Versicherten sollte sie die ihr zur Verfügung stehenden Möglichkeiten nützen, das Verhalten der Versicherten zu beeinflussen, bevor aus der Gefährdung ein teurer Schaden entstanden ist.

Teilnehmer Arbeitsgruppe A

Balmer Rudolf, Baur Werner, Birkhäuser H., Briguet Ambroise, Bruppacher Rudolf (Vorsitz 1. Tag), von Büren Edwin, Caminada Albert, Fahrländer Hans, Hadorn Werner, Howald Martin, Iselin Hans Ulrich, Kappeli Susy, Kemm René, Koch Gottfried, Kocher Gerhard, Lammer Engelbert, Latzel Günther, Leu Robert, Loebell Irene, Müller Martin, Reinhardt Hans-Christoph, Ribi Martha, Ritzel Günther, Roth Jürg Walter, Schmidt Johann, Schoch Hans Karl, von Schroeder F., Steiner Alois, Thalmann Verena, von Wartburg Walter P. (Vorsitz 2. Tag), Werthmüller Jean-Pierre.

