

Immer mehr – immer besser?

Oliver Kessler
Kathrin Jehle
Matthias Wächter
Susanne Gedamke
Jonas Willisegger
(Hrsg.)

Über-, Unter- und Fehlversorgung
im Schweizer Gesundheitswesen

Immer mehr – immer besser?

Immer mehr – immer besser?

Oliver Kessler, Kathrin Jehle, Matthias Wächter,
Susanne Gedamke, Jonas Willisegger

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Gesundheit

Ansgar Gerhardus, Bremen; Klaus Hurrelmann, Berlin; Petra Kolip, Bielefeld;
Milo Puhan, Zürich; Doris Schaeffer, Bielefeld

**Oliver Kessler, Kathrin Jehle,
Matthias Wächter, Susanne Gedamke,
Jonas Willisegger**
(Hrsg.)

Immer mehr – immer besser?

Über-, Unter- und Fehlversorgung
im Schweizer Gesundheitswesen

Unter Mitarbeit von

Aref Al-Deb'i
Hermann Amstad
Konstantin Beck
Christoph Bosshard
Josef E. Brandenburg
Stefan Breitenstein
Christian Frei
Urs P. Gasche
Susanne Gedamke
Armin Gemperli
Michelle Gerber
Martin Hafen
Bea Heim
Peter Indra
Kathrin Jehle
Michael Jordi
Oliver Kessler

Margrit Kessler
David Klemperer
Philippe Luchsinger
Phaedra Müller
Katharina Rageth
Susanne Rodewald
Elias Ronca
Heiner Sandmeier
Anna Sax
Daniel Scheidegger
Thomas von Allmen
Matthias Wächter
Jonas Willisegger
Helena Zaugg
Erika Ziltener
Severin Zimmermann

Korrespondenzadresse des Herausgebers

Oliver Kessler
Hochschule Luzern | Wirtschaft
Institut für Betriebs- und Regionalökonomie IBR
Kompetenzzentrum Public & Nonprofit Management
Frankenstrasse 9
6002 Luzern, Schweiz
oliver.kessler@hslu.ch

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:
Hogrefe AG
Lektorat Gesundheitswesen und Medizin
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel: +41 31 300 45 00
E-Mail: verlag@hogrefe.ch
Internet: <http://www.hogrefe.ch>

Programmplanung: Susanne Ristea
Redaktionelle Bearbeitung: Claus-Jürgen Kocka, Nürnberg
Herstellung: René Tschirren
Umschlag: Claude Borer, Riehen
Satz: Claudia Wild, Konstanz
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s.r.o., Český Těšín
Printed in Czech Republic

1. Auflage 2019
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-95880-4)
(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-75880-0)
ISBN 978-3-456-85880-7
<http://doi.org/10.1024/85880-000>

Nutzungsbedingungen

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audio-dateien.

Anmerkung

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhalt

Vorwort	13
<hr/>	
I Einführung	15
Über-, Unter- und Fehlversorgung. Immer mehr ist nicht immer besser!	17
Matthias Wächter, Oliver Kessler, Kathrin Jehle, Susanne Gedamke, Jonas Willisegger	
<hr/>	
II Verbände	29
1 Überversorgung aus Sicht der Schweizerischen Akademie für Qualität in der Medizin SAQM	31
Michelle Gerber, Christoph Bosshard	
1.1 Einführung	31
1.2 Was ist Überversorgung?	32
1.3 Wie kommt es zu Überversorgung und was sind mögliche Lösungsansätze?	34
1.4 Choosing Wisely und Smarter Medicine	36
1.5 Schlussfolgerungen	38
2 Pflegerische Über-, Unter- und Fehlversorgung	41
Helena Zaugg	
2.1 Pflegen als delegierte und als eigenverantwortliche Tätigkeit	41
2.2 Relevanz der pflegerischen Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Schweiz	42
2.2.1 Beispiel Fixation	42
2.2.2 Beispiel Schmerzbehandlung	42
2.2.3 Beispiel Rationierung in der Akutpflege	43
2.2.4 Beispiel Einschätzung Pflegeaufwand	43
2.3 Lösungsansätze zur Reduktion der pflegerischen Unter-, Über- und Fehlversorgung	44

2.4	Regelungen und Anreize zur Vermeidung von Unter-, Über- und Fehlversorgung . . .	45
2.5	Die Handlungsspielräume der Akteure im Gesundheitswesen	46
2.6	Der Beitrag des SBK an der Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung	47
3	Unter-, Über- und Fehlversorgung im Schweizer Gesundheitswesen aus Sicht der pharmazeutischen Industrie	49
	Severin Zimmermann, Heiner Sandmeier	
3.1	Hohe Qualität zu hohen Kosten im Schweizer Gesundheitswesen	49
3.2	Health Technology Assessments in der Schweiz	50
3.3	Einschätzungen zur Unter- und Fehlversorgung	51
3.3.1	Unterversorgung am Beispiel Schmerztherapie	51
3.3.2	Unterversorgung am Beispiel Hepatitis C	52
3.3.3	Unterversorgung am Beispiel Demenz	53
3.3.4	Weiterentwicklungspotenzial	54
<hr/>		
III	Leistungserbringer	57
4	Der Einfluss von Instrumenten der Qualitätssicherung auf die medizinische Versorgung	59
	Josef E. Brandenburg	
4.1	Einleitung	59
4.2	Instrumente der Qualitätssicherung	60
4.2.1	Ärzterschaft	60
4.2.2	Spitäler	60
4.2.3	Industrie	61
4.2.4	Gesetze, Behörden	61
4.3	Instrumente der Qualitätssicherung und ihre Wirkung auf die Versorgung	62
4.4	Diskussion	62
4.5	Zusammenfassung	64
5	Über-, Fehl- und Unterversorgung: die Position eines Hausarztes	65
	Philippe Luchsinger	
5.1	Ein konkreter Praxisfall	65
5.2	Verschiedene Handlungsoptionen des Patienten	65
5.3	Empirische Evidenz zum konkreten Fall	66
5.4	Steigende Gesundheitskosten	66
5.5	Aktuelle Über- und Fehlversorgung in der Schweiz	67
5.6	Das Problem der Unterversorgung	68
5.7	Lösungsansätze	68

6	Einfluss der Arzt-Patienten-Beziehung auf die Überversorgung	71
	Stefan Breitenstein, Phaedra Müller	
6.1	Einführung	71
6.2	Aspekte der Arzt-Patienten-Beziehung	71
6.2.1	Shared Decision Making	71
6.2.2	„Gute Medizin“ im Konflikt mit Anspruchshaltungen	72
6.2.3	Appell an den Altruismus	72
6.3	Lösungsansätze	73
<hr/>		
IV	Versicherer	75
7	Grundsätzliche Gedanken zu Über-, Unter- und Fehlversorgung	77
	Konstantin Beck	
7.1	Einleitung	77
7.2	Kritik an der medizinischen Sichtweise	77
7.3	Die ökonomische Sichtweise des medizinischen Bedarfs	78
7.3.1	Die Zahlungsbereitschaft	78
7.3.2	Nachfrage abhängig von Kultur und Präferenzen	79
7.3.3	Nachfrage abhängig vom Gesundheitszustand	79
7.3.4	Supplier Induced Demand	80
7.3.5	Nachfrage nach Präventions-Leistungen	80
7.3.6	Nachfrage nach Vorsorge-Untersuchungen	80
7.4	Maßnahmen zur Reduktion von Fehl- und Überversorgung	81
7.5	Fazit	83
8	Über- oder Unterversorgung mit Medikamenten im ambulanten Bereich – sind dazu valide Aussagen möglich?	87
	Christian Frei	
8.1	Einführung	87
8.2	Erhebung des Verschreibungsspiegels	87
8.2.1	Protonenpumpeninhibitoren (PPI)	88
8.2.2	Antibiotika	88
8.2.3	Wirkstoffgruppen Herz-Kreislauf	91
8.2.4	Statine	91
8.3	Fazit	91

V	Patientinnen und Patienten	93
9	Die medizinische Indikation und die rechtsgültige Einwilligung als Behandlungslegitimation	95
	Erika Ziltener	
9.1	Begriffsdefinition	95
9.2	Die unterschiedliche Ausprägung der Fehlversorgung	96
9.2.1	Fehlversorgung in der Onkologie	96
9.2.2	Fehlversorgung in der Chirurgie	97
9.2.3	Fehlversorgung durch Überdiagnosen	98
9.3	Der Wunsch der Patientin als Legitimation für die Behandlung	98
9.4	Ansätze zur Vermeidung von Fehlversorgung	99
9.4.1	Smarter Medicine	99
9.4.2	Rechtsgültige Aufklärung und Shared Decision Making	100
9.4.3	Handlungsspielräume der Akteure	100
9.5	Das Engagement des DVSP	100
9.6	Fazit: Reformen sind dringend notwendig	101
10	Unter- Über- und Fehlversorgung aus der Sicht der Schweizerischen Stiftung SPO Patientenschutz	105
	Margrit Kessler	
10.1	Unterversorgung aus der Sicht der Schweizerischen Stiftung SPO Patientenschutz ...	105
10.1.1	Ärztliche Unterversorgung	105
10.1.2	Unterversorgung in Alters- und Pflegeheimen	106
10.1.3	Unterversorgung der Akut- und Übergangspflege (AueP)	106
10.1.4	Unterversorgung im Bereich Palliativ-Care	106
10.1.5	Unterversorgung aufgrund von Verständigungsproblemen und nicht „Ernst-genommen-werdens“	107
10.2	Überversorgung aus Sicht der Schweizerischen Stiftung SPO Patientenschutz	107
10.2.1	Rolle der Fallpauschalen	107
10.2.2	Versorgung am Lebensende	108
10.3	Fehlversorgung aus Sicht der Schweizerischen Stiftung SPO Patientenschutz	108
10.4	Maßnahmen zur Reduktion von Unter-, Über- und Fehlversorgung in der Schweiz ...	109
10.5	Beitrag der Schweizerischen Stiftung SPO Patientenschutz	110
11	Schwere Körperverletzungen – niemand will wissen, wie viele: Über- und Fehlversorgung aus der Sicht der Patientinnen und Patienten	111
	Urs P. Gasche	
11.1	Im Zweifelsfall zu viel behandeln	111
11.2	Tessin als Paradebeispiel	111
11.2.1	Doppelt so viele Stents	112
11.3	Ungleiche Behandlungen und Fehldiagnosen	113

11.4	Festklammern an falschen finanziellen Anreizen	114
11.4.1	Abstrich alle drei Jahre genügt	115
11.4.2	Mehr Umsätze und Gewinne mit unerlaubten Anwendungen	116
11.5	Abhilfe nicht erwünscht	116
<hr/>		
VI	Politik und Verwaltung	119
12	Unter-, Über- und Fehlversorgung aus der Perspektive des Kantons Basel-Stadt	121
	Peter Indra, Thomas von Allmen, Susanne Rodewald, Aref Al-Deb'i	
12.1	Ausgangslage	121
12.2	Wie stellen wir Unter-, bzw. Über- und Fehlversorgung im stationären Bereich fest?	122
12.3	Aspekte der Finanzierung	123
12.4	Regulatorische Möglichkeiten des Kantons	124
12.4.1	Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW)	125
12.4.2	Konsequente Orientierung an einem Versorgungsdurchschnitt	125
12.4.3	Qualitäts- und Versorgungsmonitoring	126
12.4.4	Durchsetzen von Empfehlungen von Smarter Medicine und dem Swiss Medical Board	126
12.4.5	Quantitative Regulierungsmöglichkeiten	126
12.5	Lösungsansätze im Kanton Basel-Stadt	127
12.6	Konkretes Beispiel aus der Praxis: COMI	127
12.7	Fazit	128
13	Die Rolle der Kantone – ein Faktencheck	129
	Michael Jordi	
13.1	Einführung	129
13.1.1	Abgrenzung	129
13.1.2	Handlungsbedarf	130
13.1.3	Rolle der Kantone	130
13.2	Verlagerung von stationär zu ambulant	131
13.3	Monetäre Fehlanreize in der Gesundheitsversorgung	132
13.4	Maßnahmen zur Bekämpfung der Fehlversorgung	132
13.5	Das Maßnahmenpaket der GDK	132
14	Übersversorgung aus Sicht der Politik	137
	Bea Heim	
14.1	Einführung	137
14.2	Strukturelle und systemische Ursachen	138
14.3	Problematische Effekte der Spitalfinanzierung	139
14.4	Zur Rolle der Krankenkassen	139

14.5	Nationale Qualitätsstrategie unentbehrlich	140
14.6	Aufhebung des Vertragszwangs?	141
14.7	Fehlanreize	142
14.8	Kassenmonismus verhindert Lösung	143
14.9	Herausforderungen der Zukunft	144

VII Wissenschaft

15	Überversorgung und Unterversorgung	147
	David Klemperer	
15.1	Die „richtige“ Versorgung	147
15.2	Überversorgung und Unterversorgung	150
15.2.1	Über- und Unterversorgung bei stabiler koronarer Herzkrankheit	150
15.2.2	Überversorgung und Unterversorgung aus Sicht von Ärzten und Bürgern	152
15.2.3	Informiertheit von Ärzten und Patienten	153
15.3	Schlussfolgerungen	153
16	Eine „nachhaltige Medizin“ an Stelle von Über-, Unter- und Fehlversorgung	157
	Hermann Amstad, Daniel Scheidegger	
16.1	Ausgangslage	157
16.2	Die Ursachen der Probleme sind mehrheitlich bekannt ...	157
16.3	... jedoch nicht das Ausmaß	158
16.4	Überversorgung als Ausdruck einer „Maximalmedizin“	159
16.5	„Nachhaltige Medizin“ als Alternative	159
16.6	Fazit	160
17	Spezialisierte Versorgung – Nachsorge bei Personen mit Rückenmarksverletzung in der Schweiz	163
	Armin Gemperli, Elias Ronca	
17.1	Einleitung	163
17.2	Selbsteinschätzung zur Unterversorgung	165
17.3	Nutzung ambulanter Dienstleistungen	165
17.4	Zugang zu medizinischen Dienstleistungen bei Sekundärerkrankungen – stationär	166
17.5	Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen insgesamt	168
17.6	Bewertung des Zugangs und der Qualität medizinischer Leistungen aus Patientensicht	169
17.7	Fazit	171

18	Die Bedeutung der Prävention für das Gesundheitswesen	175
	Martin Hafen	
18.1	Einleitung	175
18.2	Präventionstheoretische Vorbemerkungen	176
18.3	Die nationale Strategie zur Prävention von nicht übertragbaren Krankheiten (NCD-Strategie)	178
18.4	Health in all policies	180
18.5	Abschließende Bemerkungen	181
<hr/>		
VIII	Weitere Perspektiven	185
19	Inwieweit können Zweitmeinungen der Unter- und Überversorgung entgegenwirken?	187
	Katharina Rageth	
19.1	Überversorgung in der Schweiz	187
19.2	Die Zweitmeinung als Beitrag zur Reduktion von Überversorgung	188
19.2.1	Wie funktionieren Zweitmeinungen?	188
19.2.2	Welche Zweitmeinungen werden angeboten?	189
19.2.3	Online-Zweitmeinung und Patientengespräch im Vergleich	189
19.3	Marktübersicht der Zweitmeinungsportale	190
19.3.1	Meine Zweitmeinung	190
19.3.2	Dein Doktor	192
19.3.3	DoubleCheck	192
19.3.4	OPcheck	192
19.3.5	Medexo	193
19.4	Besteht ein Reformbedarf im aktuellen System?	193
19.5	Fazit	194
20	Ökonomisierung als Treiber für Doppelstandards in der Gesundheitsversorgung	197
	Anna Sax	
20.1	Einleitung	197
20.2	Ökonomie und Ökonomisierung	198
20.3	Spitäler im Fokus	198
20.4	Künstlicher Wettbewerb	199
20.5	Ambulante Praxen als Investitionsobjekte	200
20.6	Die Politik muss handeln	201
20.7	Fazit	202

IX	Fazit und Ausblick	205
21	Immer mehr – immer besser? Zusammenfassende Überlegungen und Handlungsempfehlungen	207
	Oliver Kessler, Matthias Wächter, Kathrin Jehle, Susanne Gedamke, Jonas Willisegger	
21.1	Ursachen und Treiber für Über-, Unter- und Fehlversorgung	210
21.1.1	Zusammenfassung der Beiträge der Autorinnen und Autoren	210
21.1.2	Überlegungen des Herausgeberteams	213
21.2	Lösungsvorschläge und Handlungsspielräume	215
21.2.1	Zusammenfassung der Beiträge der Autorinnen und Autoren	216
21.2.2	Überlegungen des Herausgeberteams	218
21.3	Handlungsempfehlungen	221
21.4	Zum Schluss	228
	Autorenverzeichnis	231
	Stichwortverzeichnis	235

Vorwort

„Immer mehr – immer besser?“ lautet die suggestive Frage im Titel dieses Sammelbandes zur Über-, Unter- und Fehlversorgung im schweizerischen Gesundheitswesen. Für die Versorgungsforschung und die Gesundheitsfachleute in der Praxis ist längst unbestritten, dass mehr Leistungen und höhere Kosten nicht immer zu besseren Ergebnissen führen. In vielen Fällen kann sogar evidenzbasiert gesagt werden „Weniger ist mehr!“ oder „Anders ist besser und günstiger!“. Wir wissen, dass sowohl unterlassene oder verspätete Leistungen als auch unnötige Doppel- und Mehrbehandlungen oder „Fehler“ zu individuellen Schäden und zu erheblichen gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Mehrkosten führen. Die Patientensicherheitsforschung zeigte zum Beispiel auf, dass selbst gemäß konservativen Schätzungen die Anzahl der vermeidbaren Todesfälle in Schweizer Krankenhäusern diejenige der effektiven jährlichen Verkehrstoten um ein Mehrfaches übersteigt. Und wenn sich die Patientinnen und Patienten gesünder verhalten oder aktiver an ihrer Heilung beteiligen würden – z. B. durch Therapietreue –, wäre vieles gewonnen. Trotzdem führen diese Erkenntnisse im Alltag nicht flächendeckend zu den notwendigen Verhaltensänderungen. Nicht auf der Seite der Patientinnen und Patienten und teilweise auch nicht auf der medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Seite.

Wir sind überzeugt, dass sich die wissenschaftliche und alltagspraktische Auseinander-

setzung mit der „angemessenen“ und „optimalen“ Prävention und Versorgung für alle Beteiligten lohnt. Sie zwingt uns, erstens konkret die Frage zu beantworten, welche Erwartungen und Ansprüche wir an unsere Gesundheit und an die Gesundheitsversorgung haben. Zweitens sollten wir auch unser eigenes, individuelles Verhalten hinterfragen: Was ist meine Verantwortung (als Patientin oder Patient, als Fachperson im Gesundheitswesen, als Politikerin oder Politiker)? Wie kann ich zu einer Verbesserung der Situation beitragen? Drittens stellt sich die Frage, wie viel wir für unsere Gesundheit, für unser Gesundheitssystem zahlen wollen. Wie viel sind wir bereit zu investieren und worauf verzichten wir? Denn wenn es um uns und unsere Liebsten geht, wollen wir alle nur das Beste. Und gerade dann gilt es, sich bewusst zu machen, dass „mehr“ nicht immer „besser“ heißt.

Wir verfügen in der Schweiz gemäß internationalen Studien über eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Doch wie lange noch? Unser Selbstverständnis sagt uns, dass wir nicht nur eine qualitativ hochstehende Versorgung erwarten können, sondern sogar das Recht haben, bestmöglich versorgt zu werden. Denn wir bezahlen schlussendlich auch die Rechnungen für dieses kostenintensive Angebot, welches wir uns als Individuen und als Gemeinschaft leisten. Doch wenn wir die jährlich wiederkehrenden öffentlichen Debatten über die steigenden Gesundheitskos-

ten verfolgen, fällt auf, dass zwar viele nach einer „Kostenbremse“ rufen, aber „weniger“ und „bessere“ Versorgung praktisch ein Tabuthema ist.

Das Schweizer Gesundheitssystem steht vor großen Herausforderungen. Die Kostenentwicklung ist ein kritisches Thema, doch für unsere Gesundheit viel bedrohlicher sind andere Trends. Im Zentrum der Auseinandersetzung mit Über-, Unter- und Fehlversorgung stehen vor allem der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen, die Qualität der Versorgung und die richtige Verteilung der finanziellen und personellen Ressourcen. Denn wenn wir z. B. keine Antworten auf den zunehmenden Fachkräftemangel finden oder weiterhin die Prävention vernachlässigen, dann dürfte sich das Verhältnis zwischen Qualität und Kosten zunehmend verschlechtern.

Darum wurden für diesen Sammelband Expertinnen und Experten aus allen Bereichen des Schweizer Gesundheitswesens angefragt, ob sie ihre Perspektive auf Über-, Unter- und Fehlversorgung mit der Öffentlichkeit teilen wollen. 28 haben zugesagt und stellen in 20 Beiträgen ihre Erfahrungen, Analysen und praxisnahen Lösungsansätze vor. Die Beiträge bilden nicht die gesamte Breite des gesellschaftlichen, politischen und medizinischen Diskurses ab. Denn schlussendlich präsentieren sich die Ausgangslagen in einem politisch und disziplinar äußerst fragmentierten Versorgungssystem, wie die Schweiz nach wie vor eines ist, sehr vielfältig. Doch dass wir – auch in einem der besten Gesundheitssysteme der Welt – über einen ausgeprägten Handlungsbedarf verfügen, wird in jedem Kapitel deutlich. Zusätzlich zu diesen 20 Beiträgen steuert das interdisziplinäre Herausgaberteam der Hochschule Luzern – Wirtschaft eine Orientierung bietende Einführung und eine Synopse mit zusammenfassenden Handlungsempfehlungen zum Sammelband bei.

An dieser Stelle möchten wir allen Autorinnen und Autoren herzlich für ihre interessanten und fachkundigen Beiträge danken! Die Zusammenarbeit war großartig und ohne sie wäre die-

ses Buch nicht zustande gekommen. Unser Dank gilt auch dem Hogrefe Verlag und insbesondere Frau Susanne Ristea für die umsichtige Begleitung des Projektes.

Wie die Gesundheitsversorgung in der Schweiz zu noch besserer Qualität und gleichzeitig kostenoptimiert weiterentwickelt werden kann, ist eine der Fragestellungen, die auch die Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia interessiert. Darum unterstützt sie seit 2012 den Forschungs- und Beratungsschwerpunkt „Öffentliches Gesundheitsmanagement“ an der Hochschule Luzern – Wirtschaft mit finanziellen Mitteln. Die Herausgeber und weitere Kolleginnen und Kollegen des Teams erarbeiten mit der Praxis und für die Praxis wissenschaftliche Erkenntnisse, die schlussendlich uns allen zugute kommen sollen. Nur dank diesen Mitteln konnte diese Publikation realisiert werden, wofür wir der Stiftung Konkordia herzlich danken möchten. Die wissenschaftliche Unabhängigkeit ist die Basis unserer Partnerschaft und das ist unglaublich wertvoll.

Wir hoffen, dass die Debatte um Über-, Unter- und Fehlversorgung im Schweizer Gesundheitswesen durch diese Publikation konstruktiv unterstützt wird. Denn sie bietet eine große Chance, die Frage nach den Zielen und der Ausrichtung der Gesundheitsversorgung präzise und zugleich umsetzungsorientiert zu stellen. Welche Gesundheitsversorgung wollen wir? Werden die Ressourcen in die richtigen Bereiche investiert? Und auf welcher Ebene entscheidet sich, ob die richtige Leistung zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort für die richtigen Patientinnen und Patienten zur Verfügung steht? Diese Debatte stellt die Fragen nach der Bedarfsorientierung, der Qualität und der Patientensicherheit ins Zentrum. Dieser Fokus ist vorrangig und wir freuen uns auf einen lösungsorientierten Dialog mit Ihnen!

Luzern, im Oktober 2018

Für das Herausgaberteam
Oliver Kessler

Matthias Wächter



Einführung

Über-, Unter- und Fehlversorgung. Immer mehr ist nicht immer besser!

Matthias Wächter, Oliver Kessler, Kathrin Jehle, Susanne Gedamke, Jonas Willisegger

Die Thematik der Über-, Unter- und Fehlversorgung ist untrennbar mit den gesetzlichen Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung, den politisch-fachlichen Zielen, den zur Verfügung stehenden Ressourcen und der Rollengestaltung der wichtigsten Akteure verbunden. Darum wird in dieser Einführung zuerst eine Auslegeordnung der Governance und der staatlichen Steuerungsinstrumente vorgenommen und dabei erläutert, inwieweit die Auseinandersetzung mit dem Thema der Über-, Unter- und Fehlversorgung sowohl die Fachleute als auch die Bevölkerung zur Auseinandersetzung mit zentralen Fragen der Ausrichtung und Ziele der Gesundheitsversorgung führt. Anschließend werden die Entwicklung der gesetzlichen Rahmenordnung in der Schweiz und die Besonderheiten des heutigen Modells des regulierten Wettbewerbs beschrieben. Nach einem kurzen Überblick über den Entwicklungsstand und ausgewählte Herausforderungen des schweizerischen Gesundheitssystems gehen wir auf die Referenz der bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung als Grundlage der Definition von Über-, Unter- und Fehlversorgung ein. Angesichts der Bedeutung der Frage, mit welchen Maßnahmen auf welchen Ebenen der Über-, Unter- und Fehlversorgung wirkungsvoll begegnet werden kann,

werden zuletzt die Steuerungslogik und die Handlungsspielräume im schweizerischen Modell des regulierten Wettbewerbs dargestellt.

Die Schweiz kennt auf nationaler Ebene kein eigenständiges Gesundheitsgesetz, welches die Ziele und Ausrichtung der Gesundheitsversorgung umfassend definiert. Das zentrale Steuerungsinstrument ist das Krankenversicherungsgesetz (KVG), welches Ziele wie Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit (WZW) oder Kosteneffizienz und Qualität der Leistungserbringung indirekt über die Ausgestaltung der Steuerungsmechanismen und Anforderungen auf der Ebene der Rahmenordnung umschreibt. Es bleibt den Kantonen und Gemeinden sowie den Verhandlungspartnern (Leistungserbringer und Krankenversicherer) überlassen, ergänzende inhaltliche und qualitative Ziele in kantonalen oder kommunalen Gesetzen, Verordnungen, Vereinbarungen und Leistungsaufträgen oder Tarif- und Leistungsverträgen auszuformulieren. Das schweizerische Gesundheitssystem ist föderalistisch geprägt und zugleich stark in Leistungsbereiche fragmentiert. Auf übergeordneter nationaler Ebene finden spezifischere Ziele ihren Niederschlag vor allem in Strategien (z. B. der nationalen Strategie Gesundheit 2020), strategischen Mehrjahresprogrammen (z. B. zu den The-

men Palliative Care, Demenz, Gesundheit und Migration, koordinierte Versorgung chronischer Erkrankungen, Prävention von nicht übertragbaren Krankheiten), der Ausschreibung von Forschungs- und Evaluationsprogrammen bzw. -projekten (z.B. die nationalen Forschungsprogramme „Lebensende“ (NFP 67) und „Gesundheitsversorgung“ (NFP 74)) oder der Unterstützung nationaler Institutionen (z.B. Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ oder Stiftung für Patientensicherheit).

Die Frage, welche Gesundheitsversorgung „wir“ als Patientinnen und Patienten, Versicherte und Finanzierende (über Prämien und Steuergelder), Stimmbürgerinnen und -bürger wollen, wird oft nur sehr indirekt oder durch Instrumente der direkten Demokratie wie Volksinitiativen und Referenden auf einer abstrakteren Steuerungsebene verhandelt. Die politische und öffentliche Debatte wird vom Thema der belastenden Kostenentwicklung und, damit korrespondierend, der Möglichkeiten der Kostendämpfung geprägt. Die eigentlich viel grundsätzlicheren Fragen der Bedarfsorientierung, Qualitätssicherung und Patientensicherheit werden seltener diskutiert. Der Weg zur Beurteilung der Auswirkungen von Reformen auf die Handlungsebene der Akteure – auf der sich letztlich entscheidet, ob die richtige Leistung zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort den Patientinnen und Patienten zur Verfügung steht – ist komplex und lang. Häufig wird die Frage der Umsetzbarkeit von Reformen verkürzt als Ausdruck von Interessenkonflikten zwischen verschiedenen Akteuren oder politischen Positionen im Gesundheitswesen dargestellt. In Befragungen der Bevölkerung steht einer anhaltenden Besorgnis über die steigenden Gesundheitsausgaben und Prämienbelastungen eine hohe Zufriedenheit mit einer weitgehend als hochstehend beurteilten Gesundheitsversorgung gegenüber (vgl. Gesundheitsmonitor, 2018). In diese Beurteilung mischt sich zwar oft eine anekdotische Evidenz für individuelle Begegnungen mit Über-,

Unter- und Fehlversorgung. Doch Schwerpunkte, Ausmaß und Auswirkungen werden in ihren menschlichen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Dimensionen kaum abgebildet. Auch wenn diese Erzählungen, „dass etwas nicht gut gelaufen ist“, immer öfter durch Daten und wissenschaftliche Studien belegt werden, ist fundiertes Wissen über Bedarfsorientierung, Qualität, Patientensicherheit und unnötige Mehrkosten des Schweizer Gesundheitswesens dünn gesät.

Die wissenschaftliche und praxisorientierte Auseinandersetzung mit der Messung von Über-, Unter- und Fehlversorgung und mit ihren Ursachen und Einflussfaktoren bietet einen ergänzenden und erweiterten Zugang zu notwendigen Reformen der Rahmenordnung und entsprechenden Veränderungen der alltäglichen medizinischen Praxis. Diese Auseinandersetzung sensibilisiert erstens alle Beteiligten für Schwerpunkte und Ausmaß der Über-, Unter- und Fehlversorgung und damit für Prioritäten und konkrete Lösungsansätze. Zweitens stellt sie die Beziehung zwischen Arzt/Ärztin (oder Therapeut/Therapeutin oder Pflegenden/r) und Patient/in sowie die Prozesse der Entscheidungsfindung ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Diese Kommunikationsprozesse samt ihrer institutionellen Einbettung sind die zentrale alltägliche Handlungsebene, auf der sich Bedarfsorientierung und Angemessenheit einer Leistung und damit auch das Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen letztlich entscheiden. Indem diese Handlungsebene und die Referenz einer bedarfsgerechten Versorgung in den Fokus treten, werden Herausforderungen, Interessenskonflikte, Einflussfaktoren und Lösungsansätze klarer sichtbar.

Reformen der Rahmenordnung leisten einen wichtigen Beitrag, die Bereitstellung und Verteilung der finanziellen, personellen, fachlichen und zeitlichen Ressourcen für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung und Prävention zu verbessern. Aber sie reichen nicht aus, um entsprechende Strukturen, Regelungen und Prozesse in der Umsetzung sicherzustellen. Hierzu

sind Verhaltensänderungen auf der individuellen Ebene, neue Kompetenzen, zusätzliches Wissen und zum Teil auch neue Koalitionen und Zusammenarbeitsformen unter den Gesundheitsakteuren notwendig.

Die Entwicklung der gesetzlichen Rahmenordnung in der Schweiz

In der Schweiz wurde die Gesundheitsversorgung im Jahr 1996 mit dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) auf ein grundlegend neues Fundament gestellt. Drei Ziele standen im Zentrum der umfassenden Reform:

- Der gesamten Bevölkerung soll Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung gewährleistet werden (Versorgungsziel).
- Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen sollen bei der Prämienzahlung finanziell entlastet werden (Solidaritätsziel).
- Die Entwicklung der Gesundheits- bzw. Krankenversicherungskosten soll eingedämmt werden (Kostendämpfungsziel).

Wesentliche Neuerung bildete die Einführung eines abschließenden Grundleistungskatalogs, der mit einigen wenigen Ausnahmen, wie beispielsweise der Zahnmedizin, alle wesentlichen kurativen und rehabilitativen medizinischen und pflegerischen Leistungen umfasst. Die obligatorische Grundversicherung ist finanziert durch ein Kopfprämienystem, welches durch ein einkommens- und vermögensbezogenes Prämienverbilligungssystem abgedeckt wird. Die Stärkung wettbewerblicher Elemente ist ein weiterer Grundpfeiler des KVG. Mit dem neuen Krankenversicherungsgesetz sollten die Ziele einer bedarfsgerechten und qualitativ angemessenen, allen Personen zugänglichen und zugleich wirtschaftlichen Versorgung auf der Systemebene verankert werden. Durch das Versicherungsobli-

gatorium und den umfassenden Leistungskatalog der Grundversicherung kommt der privaten Zusatzversicherung in der Schweiz eine rein ergänzende Rolle zu. Grund- und Zusatzversicherung sind aufsichtsrechtlich und in Bezug auf Leistungsverträge und Tarifverhandlungen voneinander getrennt. Es gibt aber in der Schweiz keine zwei Klassen von Versicherten in der umfassenden Grundversicherung und -versorgung.

Verschiedene Evaluationen zeigten, dass die ersten beiden Ziele (Versorgungszugang und Solidarität) zu einem – auch im Vergleich zu Gesundheitssystemen in anderen Ländern – hohen Grad umgesetzt wurden. Dies gilt unter Berücksichtigung eines nach wie vor bestehenden Verbesserungspotenzials.¹ Das Ziel der Kostendämpfung wurde hingegen klar nicht erreicht und prägte von Beginn an sehr stark die politische Debatte um die Weiterentwicklung des ordnungspolitischen Rahmens des KVG. Bereits 2001 entstanden Grundlagenpapiere zum Verhältnis von Rationalisierung zu Rationierung und zu den Grundlagen einer nachhaltigen Medizin.² Die Schweiz hat im Vergleich aller OECD-Staaten sowohl in Bezug auf den Anteil Gesamtausgaben am BIP als auch in Bezug auf die Kosten pro Einwohnerin nach den USA die zweithöchsten Ausgaben. Durch das anhaltend starke Kos-

1 Die Buchbeiträge und die Versorgungsforschung zeigen, dass ein Versorgungszugang bei umfassendem Leistungskatalog, wie ihn das schweizerische Gesundheitswesen bietet, nicht per se für eine bedarfsorientierte Versorgung steht und keinen hinreichenden Schutz gegen Unter- und Fehlversorgung bietet (Versorgungsziel). Zudem wird der gesundheitliche Schaden, der von Überversorgung ausgehen kann, unterschätzt. Einschränkungen bezüglich des Solidaritätsziels spiegeln sich in der Frage, ob das Prämienverbilligungssystem in allen Kantonen dem Anstieg der durchschnittlichen Prämien gefolgt ist und in Zukunft folgen wird und wie sich die im Ländervergleich hohen Out-of-pocket-Ausgaben der Privathaushalte auswirken.

2 Siehe auch den Beitrag der Schweizerischen Akademie der Wissenschaften (SAMW) in Kapitel 16 dieses Buchs.