

## Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens

# Helsana machte tüchtig Inventar

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) ist knapp 15 Jahre alt und damit auf dem Weg, erwachsen zu werden. Es hat seine ersten Gehversuche hinter sich und auch die gängigsten Kinderkrankheiten erfolgreich bewältigt. Jetzt steckt es mitten in der Pubertät, auf der Suche nach seinem Platz in der (Erwachsenen-)Welt, auf der Suche nach Sinn und Perspektive. «Quo vadis, KVG?» hiess es deshalb am Zukunftssymposium der Helsana.

Am Symposium gingen erstklassige Referenten der Frage nach, ob die Ziele erreicht wurden, die man mit dem KVG erreichen wollte. Ebenso wichtig ist aber ein Blick in die Zukunft. Es gibt Trends und Entwicklungspfade, die sich heute schon abzeichnen und die die Frage aufwerfen, ob das KVG überhaupt in der Lage sei, den damit verbundenen Herausforderungen zu genügen. Dr. Markus Moser, juristischer Berater im Gesundheitswesen, behandelte das Thema «Das KVG – visionär oder pragmatisch?» und betonte, dass das KVG nicht auf der grünen Wiese entstanden sei. «Es ist ein politischer Kompromiss und in diesem Sinne eine pragmatische Lösung. Das Grundkonzept, nämlich die Einrichtung einer obligatorischen Versicherung mit verschiedenen Wahl und Gestaltungsmöglichkeiten kann aber durchaus als visionär bezeichnet werden.»

Als wichtigen Aspekt gibt das KVG den Krankenversicherern Instrumente, um den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern anzustossen (unterschiedliche Tarifverträge mit einzelnen oder Gruppen von Leistungserbringern, besondere Versicherungsmodelle wie Hausarztnetze oder HMOs). Zudem wird das Kostenbewusstsein der Versicherten durch die

Kostenbeteiligung, insbesondere durch wählbare Jahresfranchisen gefördert.

### Wettbewerb klein geschrieben

Die hohen Erwartungen, die in dieses Konzept des Wettbewerbs gesetzt worden sind, haben sich nicht erfüllt. Der Prämienwettbewerb zwischen den Krankenkassen beruht vor allem auf Risikoselektion und Billigkassen innerhalb von Versicherungskonzernen. Die nötigen gesetzlichen Reformen, um einen echten Wettbewerb zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung zu erreichen, sind zwar erkannt. Sie sind aber bisher nicht gelungen.

Dr. Moser sprach Klartext: «Dieser Reformstau ist auch auf ein latentes Misstrauen gegenüber den Krankenkassen zurückzuführen. Man traut ihnen nicht zu, dass sie zusätzliche Freiräume und Handlungsmöglichkeiten – beispielsweise die Vertragsfreiheit gegenüber den Leistungserbringern – sinnvoll einsetzen und so zu einer kostengünstigen und qualitativ hoch stehenden Gesundheitsversorgung beitragen werden.»

### Abmarsch zur Einheitskasse?

Ein Blick in die Geschichte der Krankenversicherung zeige ausserdem, dass die Verankerung der Krankenkassen bei den Versicherten und damit auch ihr politischer Einfluss im Laufe der Zeit abgenommen habe. «Wenn es ihnen nicht gelingt, sich als echte Treuhänder der Versicherten zu legitimieren, wird der Einfluss der politischen Behörden noch weiter zunehmen. Das Konzept des Wettbewerbs würde damit zusehends stark ausgehöhlt und die Krankenkassen so gleichgeschaltet, dass sich eine Auseinandersetzung über die Einführung einer Einheitskrankenkasse erübrigen würde.»

### Megatrend Gesundheit

Gesundheit ist eines der Themen, die ökonomisch und gesellschaftlich unsere Zukunft verändern werden. Zukunftsforscher Georges T. Roos sprach von einem Megatrend, wenn Entwicklungen epochal (im Unterschied zu Trends und Moden), ubiquitär (alle Lebenslagen betreffend) und global sind. Diese Kriterien treffen auf das Thema Gesundheit zu. Dafür sprechen einerseits die Innovationen in der Pharmakologie, Hirnforschung, Biotechnologie, Informatik und die Konvergenz dieser Technologien. Andererseits treibt das gesellschaftliche Bedürfnis den Megatrend Gesundheit an. An erster Stelle sind die Bedürfnisse der alternden Bevölkerung zu nennen. Ebenso einflussreich wird aber auch der Wertewandel sein.

### Von der Reparaturmedizin zur Gesundheitskultur

«Wenn die Indizien nicht täuschen, stehen wir erneut an der Schwelle eines Paradigmenwechsels im Megatrend Gesundheit, obschon wir erst gerade seinen Vorgänger verarbeiten: Aus der Reparaturmedizin – die fehlende Gesundheit wieder herzustellen versucht – ist eine Gesundheitskultur geworden, die präventiv Gesundheit zu erhalten sucht und dabei den Menschen ganzheitlich betrachtet. Manch missionarischer Eifer ist dabei am Werk und hat Gesundheit zur Quasi-Religion erhoben», fasste der

Dr. Markus Moser, juristischer Berater im Gesundheitswesen



Georges T. Roos, Zukunftsforscher





PD Dr. Claudia Steurer-Stey, leitende Ärztin, Institut für Hausarztmedizin und Versorgungsforschung der Universität Zürich

Referent zusammen. Der nächste Paradigmenwechsel werde uns Gesundheit künftig unter dem Aspekt der Leistungssteigerung präsentieren. Das Stichwort heisst «Human Performance Enhancement»: Die pharmakologische und technische Steigerung der Leistungsfähigkeit des Menschen, welche das heutige Doping im Sport weit übersteigen wird, weil es über die körperliche Leistungssteigerung hinaus die intellektuelle und emotionale Performanz anvisiert.

«Die Perspektiven des Megatrends Gesundheit werden oft nicht wahrgenommen, weil die Diskussion in der Frage der Finanzierung durch Krankenkassen gefangen ist. Die Prognose ist nicht gewagt, dass wir in zwanzig Jahren einen deutlich grösseren Anteil des verfügbaren Einkommens für Gesundheit ausgeben werden als heute.»

### **Chronische Krankheiten – die Herausforderung**

Heute und morgen erst recht stellt die Betreuung chronisch kranker Menschen eine der dringlichsten Herausforderungen der Medizin dar. In den nächsten 20 Jahren werden die demografischen Veränderungen mit zunehmend älter werdender Population zu einer substantiellen Zunahme chronischer Krankheiten führen. Überdies werden die medizinischen Fortschritte unsere Möglichkeiten zur Diagnose, Therapie und Monitoring von chronischen Krankheiten weiter vergrössern.

Die drohende Krise in der Versorgung und Finanzierung chronischer Krankheiten anzusprechen und ihr wirksam zu entgegnen ist daher eine wichtige



Dr. Urs Meister, Projektleiter Avenir Suisse

Aufgabe. Erstaunlich viele Parallelen lassen sich gerade im Ursprungsland der Wirtschaftskrise, den USA, zwischen dem Finanzsystem und dem Gesundheitssystem ziehen: Fragmentierung, Überspezialisierung und Unwirtschaftlichkeit führten in der Folge zu einer jahrelangen Vernachlässigung eines koordinierenden Regulativs, der Allgemeinmedizin und Grundversorgung, und damit ungefiltert zum teuersten Gesundheitssystem der Welt.

### **Kursänderung nornehmen**

«Das Schweizer Gesundheitswesen sollte daraus lernen und den Kurs ändern. Es sollte neue Wege gehen, neue Strukturen schaffen, Abläufe verbessern und diejenigen Dienstleistungen entsprechend abgelden, die Innovation und eine Verbesserung in der Betreuung chronisch kranker Menschen bewirken. Unsere Mission und unser Ziel sollte es sein, für die wachsende Zahl chronisch kranker Menschen eine konsistente Betreuung von hohem Wert, d.h. grösstmöglicher Qualität bei verantwortbaren Kosten, zu ermöglichen,» forderte daher PD Dr. Claudia Steurer-Stey, leitende Ärztin, Institut für Hausarztmedizin und Versorgungsforschung der Universität Zürich. Das bringe massive Veränderungen mit sich und «bestimmt, wer die Anbieter sein werden und wie sie miteinander interagieren und kooperieren. Es wird bestimmt werden durch das Vorhandensein oder Fehlen von Versorgungsrichtlinien, dem Einsatz von Informationstechnologie, Kommunikationssystemen und klinischer Entscheidungssysteme sowie einer verbesserten Patienten- und Angehörigen-Kompetenz. «Das Ausmass der vor uns liegenden Herausforderungen macht es nötig, nach

ernsthaften Anstrengungen und Veränderungen zu streben, die nicht nur an der Oberfläche des dringlichen und komplexen Problems kratzen.»

### **Governance im Spital**

Mit der neuen Spitalfinanzierung werden vermehrt Elemente des Wettbewerbs im Gesundheitssektor eingeführt. Neben der Kosten- und Leistungstransparenz durch Fallpauschalen soll überdies ein System der Qualitätstransparenz eingeführt werden. Parallel dazu wird sich die Patientenmobilität erhöhen. Neu sollen auch die Patienten der Grundversicherung Spitalwahlmöglichkeiten über die Kantonsgrenzen hinweg erhalten. Danach dürfen Grundversicherte in Zukunft in der ganzen Schweiz unter den Listenspitälern frei wählen, wobei allerdings der Wohnkanton und die Krankenkassen eine ausserkantonale Spitalbehandlung höchstens zu jenem Tarif bezahlen, der am Wohnort des Patienten gilt.

«Die neue Spitalfinanzierung weckt berechtigte Hoffnung für einen stärkeren Leistungswettbewerb, der nicht nur tiefere Kosten, sondern auch höhere Qualität verspricht», meinte Dr. Urs Meister, Projektleiter Avenir Suisse, «Ein erster und offensichtlicher Hebel hierfür ist die Konsolidierung – also die Zusammenlegung und/oder Schliessung – von kleineren Spitälern. Grössere Fallzahlen versprechen nicht nur tiefere Behandlungskosten, sondern gleichzeitig höhere Qualität.»

### **Zu fest in staatlicher Hand**

Doch wird ein solcher erhoffter Wettbewerb tatsächlich stattfinden? Das Gesundheitswesen in der Schweiz ist nach wie vor fest in staatlicher Hand. Und in der Spitalversorgung ist dies besonders ausgeprägt. Die Kantone walten gleichzeitig als Spitalplaner, -regulierer, -eigner, -betreiber und -finanzierer. Eine Avenir Suisse-Studie aus dem Jahr 2008 untersuchte deshalb die Governance-Strukturen bzw. die betriebliche Unabhängigkeit von 125 öffentlichen bzw. öffentlich subventionierten somatischen Akutspitälern. Das Resultat: Die Unabhängigkeit der Spitalinstitutionen von politischer bzw. behördlicher Steuerung nahm in den vergangenen Jahren zu.

«Politische Interessen dürften in diesem Kontext weit über den betrieblichen liegen. Für einen funktionierenden Wettbewerb sind das schlechte Aussichten», folgerte Dr. Meister. «Zum einen besteht durch die enge Verknüpfung zwischen Spitalführung und Politik die Gefahr, dass potentielle private Konkurrenten durch einseitige Regulierung, Finanzierung und Spitalplanung benachteiligt werden und damit Wettbewerb verhindert wird. Auf der anderen Seite aber schwächt die politische Einflussnahme die öffentlichen Spitäler, zumal sie in ihrer betriebswirtschaftlichen Freiheit begrenzt werden. Um den Wettbewerb zwischen Spitälern längerfristig in Gang zu bringen, muss sich der Staat aus der Leistungs-

erbringung zurückziehen – nur so entfallen die dargestellten Verzerrungen im Markt.»

### Und wie steht's mit der Transparenz?

Im Podiumsgespräch gingen die Experten ebenfalls intensiv auf die neue Spitalfinanzierung über Swiss-DRGs ein. Neben Qualität werden auch jeweils grosse Erwartungen in Richtung Transparenz geäussert. In der Runde fiel Prof. Dr. med. Thierry Carrel, Direktor der Universitätsklinik für Herz- und Gefässchirurgie am Inselspital, auf. Wenn im künftigen Spitalfinanzierungskonzept – so würden ausländische Erfahrungen zeigen – die Codierer über die Behandlung der Patienten gegangen seien, würde man zwar schon vieles sehen, mehr aber abrechnungsspezifische Elemente als eigentliche Krankheitsbilder. Qualität ist also eine unbedingt nötige Basis für eine sinnvolle Transparenz im Dienste von Patient und Therapieverlauf.

Die Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens ist stark überfordert. Das zeigte insbesondere der Vortrag von Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei, Institut für Medizinische Soziologie, Charité-Universitätsmedizin Berlin. Sie griff auf das Sondergutachten 2009 des deutschen Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen zurück und diskutiert die besonderen Versorgungsherausforderungen in den Gesellschaften des langen Lebens.

### Gewaltige Koordinationsdefizite

Bestehende Koordinationsdefizite der Gesundheitsversorgung stehen im Zentrum dieses Sondergutachtens. Schon in den letzten Gutachten ging es um die Integration der bis dahin weitgehend segmentierten Leistungssektoren des ambulanten und stationären Bereichs sowie der Rehabilitation und Pflege. Diesen sektoralen Integrationsaspekt ergänzte das Gutachten 2007 um Reformvorschläge für eine effizientere Koordination der Berufsgruppen. Das Gutachten 2009 fügt diesen beiden Integrationsaspekten noch die generationenspezifische Perspektive, auf der das Schwergewicht des Gutach-



Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei, Institut für Medizinische Soziologie, Charité-Universitätsmedizin Berlin

tens liegt, hinzu. Die absehbare demografische Entwicklung führt zu einer spürbaren Alterung der Gesellschaft und in diesem Kontext insbesondere zu einem stark anwachsenden Anteil hoch betagter Menschen. Da dieser Bevölkerungsteil in Zukunft besondere Herausforderungen an die Gesundheitsversorgung stellt, konzentrieren sich die weiteren Ausführungen hierauf.

### Viele Krankheiten, viele Medikamente

Hierzu gehören das geriatrische Phänomen der Multimorbidität, die Polypharmazie alter mehrfach erkrankter Menschen sowie die Pflegebedürftigkeit. Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens und die Komplexität von Mehrfacherkrankungen steigen mit dem Alter. Etwa die Hälfte der über 65-jährigen deutschen Frauen und Männer weist drei oder mehr relevante

chronische Erkrankungen auf. Multimorbidität führt nicht selten dazu, dass ältere Menschen eine Vielzahl verschiedener Arzneimittelwirkstoffe gleichzeitig einnehmen (sollten). 20% der Versicherten im Alter von 70 bis 99 Jahren, die im Jahre 2005 Arzneimittel verordnet bekamen, erhielten 13 und mehr Wirkstoffe.

Multimorbidität wirkt sich aber auch negativ auf die Lebensqualität, den subjektiven Gesundheitszustand und die körperliche Funktion aus. Insbesondere jenseits des 80. Lebensjahres kommt es in der Folge vermehrt zu Hilfeabhängigkeit und Pflegebedürftigkeit. Derzeit gelten 2,25 Millionen Bundesbürger als pflegebedürftig. Entsprechend der Sachverständigenratsprognose steigt ihre Zahl bis zum Jahr 2050 auf 4,35 Millionen an.

### Pflegenotstand?

Hinzu kommt, dass infolge der Verschiebung der Alterskohorten neben den genannten Herausforderungen künftig einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ein schrumpfendes Arbeitspotenzial gegenüber steht, das die in Prävention und Krankenversorgung erforderlichen Leistungen zu erbringen vermag.

Zum Abschluss zeigte Prof. Adelheid Kuhlmei, welche gesundheits- und versorgungspolitischen Schritte erforderlich sind, um diese Anforderungen einer Gesellschaft des langen Lebens zu bewältigen; «Neben dem Ausbau von Prävention gehören dazu mit Bezug auf die alten Generationen u.a. die qualitative Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung und Pflege, der Ausbau von Case- und Care Management oder die Modernisierung der Heimversorgung. Darüber hinaus geht es aber auch um die Sicherstellung von hinreichend Personal in den Gesundheitsberufen und deren kooperative Zusammenarbeit sowie eine Regionalisierung der Versorgungsplanung. Eine mehrdimensionale Koordination stellt das leitende Prinzip einer zielorientierten künftigen Gesundheitsversorgung dar.»

Text: Dr. Hans Balmer

((( ( . ) )))

# SENIORw | reless.ch

**LPS Services**

**WiFi-Lösung für Alters- und Pflegeheime mit**  
 Telefonie, Informatik, Sicherheit, Videoüberwachung, fehlerfrei lokalisierbarer Patientenruf

**LPS Services SA**  
 Chemin de l'industrie 31, CP 2092  
 Ch-1630 Bulle  
 Telefon +41 26 913 90 00  
 Fax +41 26 913 90 30  
 info@lps-services.ch  
 www.lps-services.ch