

«Value Based Health Care»

Trotz Guidelines, HTA und Choosing Wisely weist die Schweiz eine hohe «Variation of Care» auf. Gefragt ist daher ein neues patientenzentriertes Vergütungsmodell, das auf «Value» für den Patienten statt auf «Volume» fokussiert. – Von Christoph A. Meier

Es besteht kein Zweifel, dass die Schweiz über eine ausgezeichnete medizinische Versorgung verfügt, die auch von der Bevölkerung sehr geschätzt wird. Es ist somit nicht überraschend, dass das Schweizer Gesundheitswesen zu einem der teuersten der Welt zählt, was von Bevölkerung und Politik bisher zur Kenntnis genommen wurde, ohne dass sich ein akuter Handlungsbedarf aufgedrängt hätte. Mit der jährlich wachsenden Prämienlast hat sich dies in den letzten Jahren aber drastisch geändert, sind doch nun die Gesundheitskosten für immer mehr Leute spürbar schwerer zu tragen. Es stellt sich somit die Frage, ob mit weniger Aufwand ein gleich hoher oder – auf den ersten Blick para-

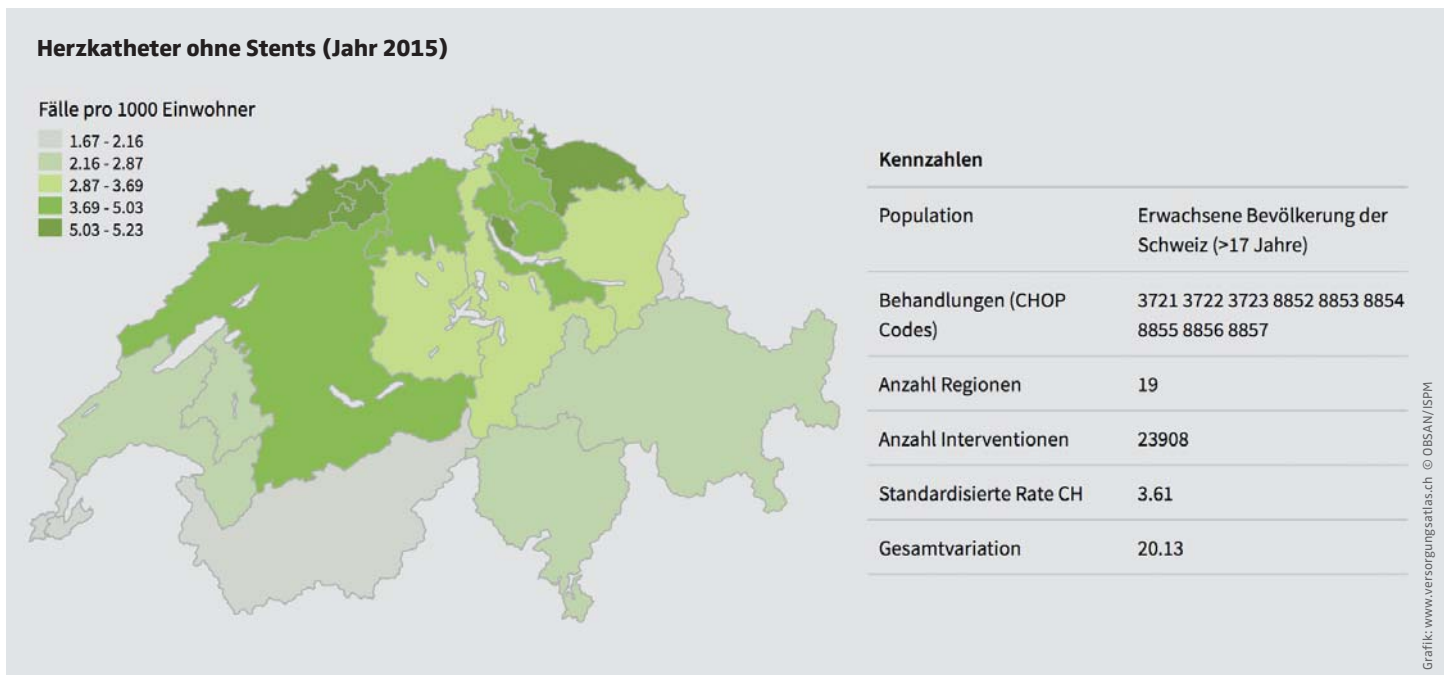
doxerweise – sogar noch höherer Versorgungsstandard erreicht werden könnte.

«Both cannot be right»

Die Kostenentwicklung wirft die Frage auf, ob in der Schweiz eine Überversorgung besteht. Tatsächlich gibt es Hinweise, dass dem so sein könnte: In Ländern wie Italien, Spanien, Frankreich oder Japan ist die Lebenserwartung ähnlich hoch wie in der Schweiz, jedoch zu Kosten, die angepasst an die Kaufkraft des entsprechenden Landes 30 bis 50 Prozent niedriger sind. Nun hängt die Lebenserwartung nur teilweise von der Qualität des Gesundheitssystems ab, und daher müssen solche Vergleiche mit Vorsicht inter-

pretiert werden. Schwieriger ist es, die teils grossen Unterschiede der medizinischen Versorgung in der Schweiz zu verstehen.

Solche Analysen sind nun dank des Schweizer Versorgungsatlas¹ möglich. So zeigt sich z.B. bei arthroskopischen Menispektomien eine mehr als vierfache Variation zwischen Kantonen oder präziser zwischen Spitalregionen, während Herzkatheteruntersuchungen ohne Stents eine mehr als zweifache Variation aufweisen (siehe Grafik). Es ist schwer verständlich, warum z.B. in der Region Basel diese Untersuchung mehr als doppelt so oft durchgeführt wird als in der Region Genf. Auch wenn daraus nicht abgeleitet werden kann, ob am einen oder anderen Ort



Geografische Variation der Rate von Herzkatheteruntersuchungen ohne Stents in der Schweiz. Dargestellt ist die Anzahl Fälle pro 1000 Einwohner pro Spitalregion (entsprechend den Einzugsgebieten der Spitäler, nach Klauss G et al., BMC 2005).³

zu viele oder zu wenige Herzkatheteruntersuchungen durchgeführt werden, ist der Schluss evident: «Both cannot be right!»² Entweder werden in Genf zu wenige dieser Untersuchungen durchgeführt oder in Basel zu viele – dies ist kaum mit dem Anspruch einer qualitativ hochstehenden und kostenbewussten Medizin vereinbar.

Ursachen

Gründe für eine Über- oder Fehlversorgung in der Medizin gibt es viele. Sie reichen vom Patientenwunsch über eine Gesellschaft, die je länger je weniger bereit ist auch kleine Risiken und Unsicherheiten zu tolerieren, bis zu ökonomischen Faktoren und Fehlanreizen, die in nicht zu vernachlässigender Weise die Menge der erbrachten diagnostischen und therapeutischen Leistungen beeinflussen.

Handlungsalternativen

Wie kann die durch ökonomische Anreize befeuerte Tendenz zu «more is better» in vernünftige und allenfalls auch kostengünstigere Bahnen gelenkt werden? Hierfür stehen eine ganze Reihe möglicher Handlungsfelder zur Verfügung:

- Guidelines können als Leitplanken dienen, innerhalb derer eine vernünftige Medizin praktiziert werden soll. Es ist aber Vorsicht geboten, wenn diese ausschliesslich von Fachgesellschaften formuliert werden, welche die Tendenz haben, den Patienten als Ganzes sowie das Gesundheitssystem eines Landes ausser Acht zu lassen. Die aktuellen US Guidelines zu Hypertonie und Hypercholesterinämie in der Primärprävention zeigen eine biomedizinisch absolut korrekte Sicht dieser Problematik, verlieren aber die Perspektive der Gesamtbevölkerung aus den Augen, wenn die Mehrheit der Bevölkerung ab einem bestimmten Alter für eine Pharmakotherapie qualifiziert wird.
- In reichen Nationen wie der Schweiz ist die Versuchung gross, neue diagnostische und therapeutische Prozeduren in den medizinischen Alltag zu übernehmen, ohne dass dafür immer die notwendige Evidenzbasis existiert. Aus diesem Grund haben viele Länder ein «Health Technology Assessment (HTA)» eingeführt, wie z.B. das NICE in Grossbritannien. In der Schweiz analysiert und beurteilt das Swiss Medical Board (SMB) bereits eingeführte diagnostische und therapeutische Leistungen. Eine neue HTA-Einheit des BAG hat

nun letztes Jahr ein Programm zur systematischen Überprüfung bestehender und neuer Leistungen gestartet, die von der OKP vergütet werden.

- Vor über einer Dekade haben vor allem angelsächsische Länder damit begonnen, Guidelines und HTA durch die Kampagne «Choosing Wisely» zu ergänzen. Diese Kampagne ermutigt Fachgesellschaften, Empfehlungen zu häufig verordneten Untersuchungen oder Therapien zu erlassen. Diese Bewegung hat mit «smarter medicine» auch in der Schweiz Einzug gehalten und seit einigen Jahren eine lebhaft öffentliche Debatte ausgelöst.

Zurück in die Zukunft mit einer patientenzentrierten Medizin

Trotz Guidelines, HTA und Choosing Wisely, weisen die USA und die Schweiz eine (zu) hohe «Variation of Care» auf, wie eingangs illustriert wurde. Im Sinne einer patientenzentrierten Medizin, die auf die Präferenzen, Wünsche und Werte der Patienten eingeht und diese in allen medizinischen Belangen miteinbezieht, erscheinen deshalb weitere Massnahmen notwendig:

- «Shared decision making»: Strukturierte Patientengespräche leisten einen essentiellen Beitrag, nur diagnostische und therapeutische Leistungen zu erbringen, die auch den Werten, Präferenzen und Bedürfnissen der Patienten entsprechen; Erika Ziltener, Präsidentin des DVSP, illustriert in ihrem Artikel diese Aspekte.
- Die oben erwähnten Massnahmen werden kaum umgesetzt werden, wenn das Vergütungsmodell für medizinische Leistungen nicht grundsätzlich geändert wird. Konkret bedeutet dies, dass Vergütungen im Sinne von Michael E. Porter's «Value Based Health Care» nicht alleine aufgrund der Volumina erbrachter Leistungen erfolgen sollten, sondern auch aufgrund des z.B. durch «Patient Reported Outcome Measurements» quantifizierten Mehrwerts («Value») für den Patienten. Dieser Ansatz, der über die ICHOM-Metriken (International Consortium for Health Outcomes Measurement) bereits mehr als die Hälfte der Krankheitslast der westlichen Welt abdeckt, wäre eine Chance, unser teilweise durch ökonomische Anreize fehlgeleitetes Gesundheitswesen wieder auf eine patientenzentrierte Medizin zu fokussieren und damit «Value» für den Patienten statt «Volume» für die Leistungserbringer zu favorisieren. ■



Prof. Dr. med. Christoph A. Meier, Ärztlicher Direktor, Universitätsspital Basel; cmo@usb.ch

Rémunération centrée sur le patient

Malgré les guides de pratique, l'évaluation des technologies de la santé (HTA pour «Health Technology Assessment») et la campagne «Choosing Wisely», la Suisse présente de (trop) grandes variations géographiques dans les soins de santé. L'Atlas suisse des soins permet aujourd'hui d'analyser ces différences, dont certaines sont importantes. Dans la région de Bâle, par exemple, le cathétérisme cardiaque sans stents est pratiqué plus de deux fois plus souvent que dans la région de Genève. Même si l'on ne peut pas en déduire quel hôpital est dans le juste, la conclusion est évidente: ils ne peuvent pas avoir raison tous les deux! Soit ces examens sont trop peu effectués dans le canton de Genève, soit ils sont trop fréquents à Bâle, ce qui n'est guère compatible avec les exigences d'une médecine de qualité. Pour parvenir à une médecine centrée sur le patient, qui corresponde à ses préférences, ses souhaits et ses valeurs et qui les intègre dans toutes les questions médicales, des discussions structurées dans le sens d'une prise de décision partagée peuvent apporter une contribution essentielle. Cependant, c'est surtout le modèle de rémunération des prestations médicales qui devrait être fondamentalement modifié. La rémunération au sens du «Value Based Health Care» de Michael E. Porter ne devrait pas être basée uniquement sur le volume des prestations fournies, mais aussi sur la valeur ajoutée pour le patient. ■

1 www.versorgungsatlas.ch

2 vgl. Elliott S. Fisher, www.dartmouthatlas.org

3 Klaus G. Staub L, Widmer M, Busato A. Hospital service areas – a new tool for health care planning in Switzerland.