

Verteilungsgerechtigkeit und Budgetverantwortung in Ärztenetzen

F. Huber

Die knapper werdenden Ressourcen im Gesundheitssystem verschärfen das Verteilungsproblem bei den medizinischen Möglichkeiten. Dies führt zum Ruf nach Rationierung und öffentlicher Debatte über die richtige und gerechte Verteilung der begrenzten Mittel. Ärztenetze mit Budgetverantwortung übernehmen diese Aufgabe der Mittelverteilung schon heute für ihre Solidargemeinschaft (Patienten und Ärzte). Die Versicherten wählen mit dem Beitritt zu einem solchen Managed-Care-Versorgungssystem eine klar erkennbare Betreuungsphilosophie. Die Patienten müssen die Gewähr haben, dass sie gemäss diesem Betreuungskonzept behandelt werden und dass es zu keiner Unterversorgung kommt.

Die Förderung von Ärztenetzen mit Budgetverantwortung bleibt auch in der weiteren gesundheitspolitischen Reform auf der längerfristigen Traktandenliste [1]. Managed Care führt in Abhängigkeit vom Organisationsgrad und vom Zustand vor Aufnahme der Steuerung zu echten Kosteneinsparungen von 10 bis 30% [2–5]. Die Voraussetzungen für diese Erfolge sind andernorts beschrieben worden [6, 7]. Im folgenden soll es um ethische Aspekte der Verteilungsgerechtigkeit in solchen Netzwerken unter Budgetverantwortung gehen.

Das ärztliche Handeln in unserem Gesundheitswesen zeichnet sich durch eine Reihe von Faktoren aus, die einer unzweckmässigen und ungerechten Verteilung der Ressourcen Vorschub leisten:

- Das Einzelleistungsvergütungssystem verleitet zu einer Mengenausweitung. In einer teilweise überversorgten westlichen Gesellschaft führt ein Mehr an Aufwendungen für die Gesundheit zu einer paradoxen Verschlimmerung der selbstempfundenen Krankheitslast [8, 9].
- Die Betreuung des Patienten mit komplexen Behandlungsbedürfnissen ist oft unkoordiniert. Das führt zu Doppelspurigkeiten und mitunter zu gefährlichen Informationspannen.
- Die Verteilung der ärztlichen Leistungen ist höchst heterogen und wird oft vom gerade vorhandenen Angebot und von individuellen nachfrageseitigen Forderungen bestimmt. Es gibt keine Verteilungsgerechtigkeit. Selbst in stark zentralisierten und verstaatlichten Gesundheitssystemen gibt es

grosse interregionale Unterschiede in der Zuteilung der Mittel. Die Ansätze, über eine öffentliche Diskussion und einen demokratischen Prozess eine Einigkeit über die Rationierung zu erlangen, sind weltweit gescheitert [10].

Die Arbeitsgruppe «Faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen» ist in ihrem Bericht interessanterweise nicht auf das Rationalisierungspotential von Managed-Care-Systemen eingegangen [11]. Es gibt die Möglichkeit, die distributive Gerechtigkeit über gesamtschweizerische Konsensfindung anzustreben. Die Erfahrungen aus dem Ausland (Oregon, Neuseeland) und die grossen interregionalen Versorgungsdichten in der Schweiz weisen aber auf einen steinigen, wenn nicht erfolglosen Weg hin. Eine andere Möglichkeit besteht, in Ärztenetzen mit Budgetverantwortung die Verteilungsgerechtigkeit in einer selbstgewählten Solidargemeinschaft anzustreben. Solche Ärztenetze sind eine Antwort auf viele Unzulänglichkeiten des bisherigen Versorgungssystems:

Budgetverantwortung

Die gesamte Budgetverantwortung auch für alle veranlassten Leistungen ausserhalb des Ärztenetzes führt zu einem haushälterischen Umgang mit den Ressourcen. Die Koordination ganzer Behandlungsketten durch den Primärarzt optimiert die Behandlungspfade. Dadurch erhält der zuständige Arzt eine neue Rolle als Anwalt für seine Patienten. Er verhilft ihnen in einem gemeinsamen Entscheidungsprozess zu einer Behandlung, die sich massgeschneidert am Nutzen orientiert. Beispielfhaft sei dies in der «end of live care» dargestellt:

Die Gesundheitsausgaben bei Patienten im letzten Lebensjahr sind über fünfmal höher als bei Gleichaltrigen, die nicht sterben [12]. Wie viele Hospitalisationstage in dieser letzten Lebensphase eingesetzt werden, hängt in erster Linie vom Angebot und der gut vorbereiteten Entscheidungsfindung ab [13]. «It is an iron law of health policy that supply determines utilisa-

Korrespondenz:
Dr. med. Felix Huber
MediX Gruppenpraxis
Rotbuchstrasse 46
CH-8037 Zürich

E-Mail: felix.huber@medix-aerzte.ch

Internet: www.medix-aerzte.ch

tion and demand. Elasticity of demand dictates that if beds are available then patients will be found to fill them, regardless of the appropriateness of such care.» [14] Während die meisten Patienten zu Hause sterben möchten, ist es in Wirklichkeit gerade umgekehrt: sie sterben im Spital. Das hat viele Gründe. Dem unangenehmen Gespräch über das Sterben wird oft durch unrealistische Hoffnungen ausgewichen. Es wäre eine unserer edlen ärztlichen Aufgaben, mit unseren Patienten an der Neige des Lebens die letzte Phase offen und mutig zu besprechen und vorzubereiten. Dies kann z.B. durch ein konsequentes Thematisieren einer Patientenverfügung erreicht werden [15]. Sterben zu Hause stellt an das betreuende Versorgungsnetz sehr hohe Anforderungen. Oft ist es deshalb bequemer, die Patienten als «Pflegenotfälle» auf einer Akutstation zu hospitalisieren. Den moribunden Patienten gemäss seiner Verfügung zu Hause zu betreuen, wird in einem Budgetmodell durch den Wegfall der Akutspitalkosten auch finanziell honoriert.

Solidargemeinschaft

Ärztetnetze mit Budgetverantwortung setzen sich aus Kolleginnen und Kollegen zusammen, die ein gemeinsames Ziel verfolgen und eine gemeinsame Versorgungsphilosophie umsetzen wollen. Sie sind demzufolge selektiv in der Auswahl der Ärztinnen und Ärzte und können in einer Region nicht alle Leistungserbringer aufnehmen. Im Gegenteil: verschiedene Ärztenetze sollen in Konkurrenz zueinander stehen. Kartellrechtlich sind Ärztenetzmonopole nicht zugelassen. Die Budgetverantwortung wird man immer nur mit ausgewählten Kollegen und nie mit allen Ärzten, die schon in einer Region niedergelassen sind, übernehmen. Die Versicherten treffen eine informierte Wahl und sind über die Versorgungsqualität informiert.*

Verteilungsgerechtigkeit

Bei den ganz unterschiedlichen Erwartungen an die Versorgungsintensität und den offensichtlichen enormen Unterschieden der Mittelaufwendung auch in der Schweiz dürfte es schwierig sein, in einem gesamtgesellschaftlichen und demokratischen Prozess einen Konsens über die Angemessenheit der ärztlichen Leistungen zu finden. Die Erwartungen sind zu unterschiedlich, und dies nicht nur zwischen ländlichen und urbanen Gebieten, sondern auch innerhalb

der jeweiligen geographischen Versorgungseinheit. So ist es kaum zu erwarten, dass in der Stadt Basel alle Einwohner die zweieinhalbfach grössere Versorgungsintensität als die Innerschweizer wünschen. Sämtliche Rationierungsdiskussionen haben weltweit immer zu einer Ausweitung des Leistungsspektrums geführt.

Wenn die Erwartungen so unterschiedlich sind, sollen sie durch verschiedene Versorgungskonzepte abgedeckt werden. Diese weisen sich durch eine transparente Versorgungsphilosophie und in dem Bestreben nach Verteilungsgerechtigkeit innerhalb dieser Gruppe aus. Ärztenetze mit Budgetverantwortung können durch ein klares Profil unter einem gemeinsamen Label diese Aufgabe übernehmen.

Mit Recht wird in dieser Diskussion immer wieder eingewendet, dass man in gesunden Tagen völlig anders entscheidet als in Momenten schwerer Erkrankung. Es geht also darum, innerhalb der klar deklarierten Versorgungsphilosophie die Sicherheit zu schaffen, dass Entscheidungen über den Mitteleinsatz gemeinsam mit dem individuellen Patienten getroffen werden und dass es zu keiner Unterversorgung kommt.

Verhindern von Unterversorgung

Konkret sind eine Reihe von Massnahmen zu treffen, damit es innerhalb der Budgetverantwortung nicht zu einer Unterversorgung kommt.

Vollständige Information, Wahlfreiheit, Beitritts- und Austrittsrecht für Patienten

Die Patienten sollen über die Rechte und Pflichten, insbesondere über die Einschränkungen im gewählten Managed-Care-Versicherungsprodukt verständlich und vollständig informiert werden. Die Versicherten wissen, dass die Ärzte in diesem System im Interesse des Versichertenkollektivs auch auf die Gesamtkosten schauen. Sie müssen eine informierte Wahl für ein bestimmtes Versorgungssystem treffen können, das uneingeschränkte Rechte haben, aufgenommen zu werden und das System mit einer gewissen Flexibilität auch wieder verlassen können. Der Ausschluss schlechter Risiken ist vertraglich geregelt und würde zum sofortigen Entzug des EQUAM-Zertifikates führen.

Teilung des Risikos

Die Budgetverantwortung darf nie auf den einzelnen Arzt bezogen sein. Ein Budget wird von einer Gruppe von Ärzten (25–50) gemeinsam getragen. Der einzelne Arzt ist bereit, sein Han-

* Zum Beispiel über eine EQUAM-Zertifikat: www.equam.ch.

deln innerhalb der Gruppe völlig transparent zu gestalten. Das Risiko wird gemeinsam getragen. Für teure Fälle gibt es eine Rückversicherung. Die Budgetberechnung wird in Zukunft auch Morbiditätsdaten miteinbeziehen. Die Ärzte im Netzwerk sind primär ihren Patienten verpflichtet. Würden sie nicht so handeln, würden die Patienten diesen Arzt nicht mehr aufsuchen. Nur eine differenzierte Risikoabschätzung macht die Budgetverantwortung zum sinnvollen und fairen Steuerungsinstrument. Die gleichen Überlegungen betreffen den differenzierten Risikoausgleich zwischen den Kassen, von dem wir heute noch weit entfernt sind. Mittels Risiko-selektion ist es heute verschiedenen Kassen immer noch möglich, tiefe Prämien anzubieten. In Zukunft sollen unterschiedliche Preise Ausdruck unterschiedlicher Effizienz und Preis-Leistungs-Pakete sein.

Transparenz der Entscheidungsfindung

Die Patienten sind vollständig in die Entscheidungsfindung miteinbezogen. Es werden die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten auch in ihrer ökonomischen Dimension besprochen und aufgezeichnet. Damit Ärzte diese Aufgabe übernehmen können, brauchen sie rasch verfügbare Entscheidungshilfen (Guidelines) und Zeitfenster für dieses oft äusserst komplexe Fallmanagement (Case Management). «Dies ist, was Ethik fordert, die situative und individuelle Entscheidung, die Würde des einzelnen – ob Patient, Angehöriger, Arzt, Pflegende oder Therapeuten – zu achten.» [16] Aber die Beteiligten fällen diese Entscheide auch im Bewusstsein um die Interessen der Solidargemeinschaft.

Qualitätszirkel

Die Ärzte reflektieren ihr Handeln laufend in den Qualitätszirkeln, fassen wichtige Handlungshilfen in Guidelines zusammen und stellen den Patienten die für ein «shared decision making» notwendigen Informationen in Patientendossiers zusammen. Alle diese Unterlagen sind öffentlich einsehbar und unterstehen damit einer gewissen Kontrolle. Die regelmässige Qualitätszirkelarbeit ermöglicht eine soziale Kontrolle im Ärztenetz. Instrumente dazu sind Quervergleiche, Überweisungsbesprechung, CIR usw. [17].

Qualitätsmarke

Ärztenetze mit gleicher Betreuungsphilosophie unterstellen sich einer Qualitätsmarke, einem Qualitätslabel, das für die Versicherten klar erkennbar und nachvollziehbar ist. Die beteiligten Ärzte sind aus eigenem Interesse dafür besorgt,

dass diese versprochenen Qualitätsstandards eingehalten werden. Inhalt einer solchen Marke kann z.B. sein, dass sämtliche medizinischen Möglichkeiten offenstehen, dass diese aber möglichst sorgfältig und nach ausführlicher Information eingesetzt werden.

Qualitätszertifikat

Das Einhalten der Qualität kann von aussen überprüft werden. Alle Ärztenetze unter einem gemeinsamen Label lassen ihre Leistungen von aussen überprüfen und zertifizieren. Bereits heute verteilt die EQUAM-Stiftung Qualitätszertifikate für HMOs und Ärztenetze. Diese schon heute hohen Anforderungen können in Zukunft noch durch die Überprüfung der speziellen Labelinhalte erweitert werden.

Aufgabe der Patientenorganisationen

Als Ergänzung zu dieser systematischen Qualitätsprüfung steht mit den Patientenorganisationen ein wichtiges Frühwarnsystem mit der Einzelfallbeobachtung und dem zu schaffenden Recht auf Öffentlichmachung wiederholter, systematischer oder schwerer Verletzung der Versprechungen zu.

Möglichkeit der externen Zweitmeinung oder strukturierter Berufungsweg

Ärztenetze können z.B. als vertrauensfördernde Massnahme auch das Recht auf eine externe Zweitmeinung nach freier Wahl einräumen. Dabei lassen sich verschiedene Regeln aufstellen, ob auf den externen Vorschlag eingetreten werden muss oder ob der Patient gegen einen erhöhten Selbstbehalt wieder eine vollständige Behandlungsfreiheit erlangen will. Es ist möglich, einen strukturierten Berufungsweg einzurichten, «um Ärzten und Patienten eine Einsprachemöglichkeit zu geben, falls als notwendig beurteilte Leistungen verweigert werden.» [18]

Offenlegung der Sponsoringvereinbarungen und Einkaufskonditionen

Vereinbarungen über Sponsoring und Spezialkonditionen bei gemeinsamem Einkauf zwischen dem Ärztenetz und Dritten (Pharma, Labor usw.) müssen offengelegt werden. Sie dürfen nicht zu einer direkten persönlichen Bereicherung des einzelnen Netzwerkarztes führen und ihn in seiner ärztlichen Entscheidung beeinflussen. Die so gewonnenen finanziellen Mittel sind entweder dem Patienten weiterzugeben oder vollumfänglich für die Netzwerkentwicklung bzw. die Patientenschulung einzusetzen.

Patientenverantwortung versus Budgetverantwortung, ein unauflösbarer Rollenkonflikt?

Die Charta zur ärztlichen Berufsethik schlägt u.a. die Verpflichtung zur gerechten Verteilung begrenzter Mittel im Gesundheitswesen vor: «Bei der Berücksichtigung der Bedürfnisse individueller Patienten müssen Ärzte eine Gesundheitsversorgung anbieten, die auf einem klugen und effektiven Einsatz der begrenzten Mittel beruht.» [19, 20] Die Medizin hat sich in einem ganzheitlichen Konzept immer auch um die gesamtgesellschaftlichen Ressourcen und um die distributive Gerechtigkeit zu kümmern. In einer Welt der begrenzten Mittel ist das Negieren dieses Aspektes nicht zu verantworten. Die ethische und ökonomische Herausforderung besteht darin, zwischen den Polen Über- und Unterversorgung immer wieder am Einzelfall orientiert den besten Weg zu finden. Eine solche Medizin orientiert sich am Beispiel: welche Entscheidung ich mit meinen Eltern, Angehörigen meinem besten Freund zusammen für deren Behandlung treffen würde, wenn wir auch für die Kosten geradestehen müssten. Der Rollenkonflikt, wessen Anwalt ich als Arzt jetzt bin, jener des Patienten oder der meines eigenen Portemonnaies, stellt sich nicht neu, er existierte schon immer und wird auch immer existieren. Aber so lange er nicht transparent und bewusst gemacht wird, ist seine Auflösung dem Zufall überlassen.

Freiheit und Verantwortung

Eine möglichst grosse ärztliche Entscheidungsfreiheit zu bewahren, setzt die Übernahme von neuen, auch finanziellen Verantwortlichkeiten voraus. Letztlich geht es also um die Frage, ob wir Ärzte warten, bis uns die Politik mittels Globalbudgets die Mittelverteilung und die zu praktizierende Medizin vorschreibt oder ob wir uns als Ärzte in Netzwerken selber organisieren wollen. Der gesamtschweizerische Weg wird auf Vorschriften und Kontrolle beruhen. Der freiwillig gewählte Weg setzt auf eigene Standards, auf die Freude, mit anderen Kollegen eine sinnvolle ärztliche Tätigkeit ausüben zu können und mit den Patienten zusammen laufend den besten Weg zu suchen. Wenn wir uns nicht mehr allein um die Taxpunkte Sorgen machen müssen, sondern uns auch für die Verteilungsgerechtigkeit innerhalb einer überblickbaren Gruppe einsetzen können, erhalten wir eine weitere sinnvolle Aufgabe. «Das Ziel der Optimierung der Ge-

sundheit der Bevölkerung zu tiefstmöglichen Kosten kann desto besser erreicht werden, je mehr über Kosten, Nutzen und Risiken aller medizinischen Interventionsmöglichkeiten bekannt ist.» [21] Die Ablehnung jeglicher mitgestaltenden Verantwortung wird staatlichen Regelungen Vorschub leisten. Roos schreibt in seinen «Ethischen Überlegungen zu Managed Care»: «Eine moderne Managed-Care-Ethik kann sich nicht damit begnügen, ein konventionelles Standesethos unkritisch zu reproduzieren» [18] und zitiert dabei Berwick: «The change in attitude is necessary because the associations' [Ärztegesellschaften] traditional aim – to perfect and protect the profession – will not suffice to meet the social need for improved care.» [22] Ärztenetze mit Budgetverantwortung können einen Ausweg aus der blockierten Diskussion der gegenseitigen Schuldzuweisungen sein. Sie sind eine valable Alternative zur Staatsmedizin.

Literatur

- 1 Couchepin P. (Pressekonferenz) Paket 2. Diskussion geplant für die Herbstsession 2004 mit Antrag auf Inkraftsetzung 1. Januar 2006.
- 2 Lehmann H. Managed Care. Kosten senken mit alternativen Krankenversicherungsformen? Zürich: Rüegger; 2003.
- 3 Felder S, Werblow A. Mit Hausarztnetzen Kosten sparen. NZZ, 2. März 2004. S. 25.
- 4 Baur R, Hunger W, Kämpf K, Stock J (Prognos AG). Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. Synthesebericht. BSV. Beiträge zur sozialen Sicherheit. Nr. 1/98.
- 5 Ashton CM. Hospital use and survival among veteran affairs beneficiaries. N Engl J Med 2003; 349:1637-46.
- 6 Weber A, Götschi AS. Ärztenetze – die bessere Wahl. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(44):2300-3.
- 7 Huber F, Marti C, Götschi AS, Weber A. Managed Care in der Schweiz. Schweiz Ärztezeitung 2002; 83(48):2629-32.
- 8 Moynihan R, Smith R. Too much medicine? Br Med J 2002;324:859-60.
- 9 Dörner K. Die Gesundheitsfalle. München: Econ; 2003.
- 10 Sommer J. Muddling Through Elegantly: Rationierung im Gesundheitswesen. Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag; 2001.
- 11 Manifest für eine faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen. Schweiz Ärztezeitung 1999; 80(45):Beilage.
- 12 Zweifel P, Felder S. Demographische Alterung und Gesundheitskosten: Eine Fehlinterpretation. In: Oberender P (Hrsg.). Alter und Gesundheit, Gesundheitsökonomische Beiträge. Band 26. Baden-Baden: Nomos; 1999.

- 13 Wennberg JE. Use of hospitals, physician visits, and hospice care during last six months of life among cohorts loyal to highly respected hospitals in the United States. *Br Med J* 2004;328:607-10.
- 14 Hunter DJ. Getting a grip on clinical variations in hospital services. *Br Med J* 2004;328:610.
- 15 Marti C, Bovet U. Patientenverfügungen – eine Herausforderung für Patient und Arzt. *Schweiz Ärztezeitung* 2004;85(11):560-1.
- 16 Geissner U. Ethik als Element der Steuerung. In: Berchtold P, Michel-Alder E (Hrsg.). *Die Umarmung des Hyppokrates. Systemintegration im Gesundheitswesen*. Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag; 2003. S. 113-20.
- 17 Huber F. CIR in der Grundversorgung. *Schweiz Ärztezeitung* 2002;83(28):1517-21.
- 18 Roos A. Ethische Überlegungen zu Managed Care. *Folia Bioethica* 1999:50.
- 19 Bauer W. Charta zur ärztlichen Berufsethik. *Schweiz Ärztezeitung* 2003;84(45):2339.
- 20 European Federation of Internal Medicine, American College of Physicians, American Board of Internal Medicine. *Charta zur ärztlichen Berufsethik*. *Schweiz Ärztezeitung* 2003;84(45):2347-9.
- 21 Sommer J. Allokation von Ressourcen im Gesundheitswesen: Plan- oder Marktwirtschaft? In: Bondolfi A, Müller H. *Medizinische Ethik im ärztlichen Alltag*. Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag; 1999. S. 123-38.
- 22 Berwick DM. An ethical code for everybody in health care. *Br Med J* 1997;315:1633-4.

Secretary General – World Medical Association

Global collaboration and advocacy, and resource management

This Position will become vacant at the end of 2004. The Secretariat is based in Ferney-Voltaire, France, adjacent to Geneva. Founded in 1947, the WMA is an independent, international organisation of more than 80 national medical associations which provides ethical and other professional guidance to physicians through its Declarations, Resolutions and Statements. These include an International Code of Medical Ethics, the Declaration of Helsinki, the rights of patients, human rights, healthcare structure and reforms and physician autonomy.

The WMA Secretary General is responsible for the operations of the Secretariat (including resource and information management, planning and controls) and the development of the WMA within the guidelines set by the elected Council. Together with the Chairman of Council and WMA President, he/she serves as spokesperson for the WMA. There is frequent worldwide interaction with the members and major health-related organisations (such as the WHO), professional associations and agencies, and with individuals to support WMA's development and objectives.

The Right Candidate will have successful senior management experience in an internationally operating organisation, and a thorough understanding of association and governmental processes. He/she must be a physician or surgeon, and must be willing to travel extensively. Fluency in English is essential. Competency in other UN languages and an interest in healthcare system reform would be assets. He/she should have proven management, negotiation and diplomacy skills, and be a highly effective communicator, networker and advocate. The abilities to develop strategic and business plans for approval by Council, and to increase membership and identify and attract non-subscription funding whilst maintaining the total autonomy of the WMA, are key. There must be a strong commitment and empathy with the WMA's mission, together with high professional standards and personal integrity. **Compensation is negotiable.**

Applications, including a short and compelling covering letter, should be sent to Keith Bushnell, The Executive Partnership, Mercuri Urval (Agy), Spencer House, 29 Grove Hill Road, Harrow, Middlesex HA1 3BN, England, or e-mail to: response.harrow.uk@mercuriurval.com quoting reference: E/17385/KB. www.wma.net www.mercuriurval.com/executive.