



Health System Watch



Patientensicherheit: neue Initiativen auf supranationaler Ebene

Gesundheitskonsum in den USA: Managed Care versus Consumerism

Thomas Czypionka, Markus Kraus, Gerald Röhrling, Heidemarie Straka*

Zusammenfassung

Patientensicherheit: neue Initiativen auf supranationaler Ebene

In den letzten Jahren hat sich eine ganze Reihe von Initiativen auf internationaler und EU-Ebene zur Patientensicherheit etabliert und produziert bereits erste Ergebnisse, die große Beachtung verdienen, wie z. B. die Empfehlungen der WHO World Alliance for Patient Safety. Auch auf europäischer Ebene wurde die Bedeutung der Patientensicherheit erkannt und mit der Schaffung eines europäischen Netzwerkes begonnen. Diese konzertierten Aktionen lassen für die nächsten Jahre viele neue Erkenntnisse, Empfehlungen und Resultate erwarten.

Gesundheitskonsum in den USA: Managed Care versus Consumerism

Managed Care ist ein Versicherungsansatz, der seit den 80er-Jahren in den USA von Unternehmen angeboten wird. Er reguliert die Gesundheitsleistungen und bremst die Gesundheitsausgaben, indem die Wahl- und Handlungsfreiheit der Konsumenten stark eingeschränkt wird. Die eingeschränkte Konsumentenautonomie war für viele Beteiligten unbefriedigend und führte Ende der 90er-Jahre zum *Managed Care Backlash*. Im Zuge dessen wurde vermehrt *Consumerism* propagiert, ein Ansatz, der den Einfluss der Konsumenten gegenüber den Leistungserbringern stärkt. In der Zwischenzeit kämpft jedoch auch dieser Ansatz mit Problemen. Die Zukunft gehört dem *Managed Consumerism*, einem neuen Weg, welcher die besten Elemente aus dem Ansatz des *Consumerism* und dem Ansatz der *Managed Competition* in sich vereint.

Patientensicherheit: neue Initiativen auf supranationaler Ebene

Gesundheitskonsum in den USA: Managed Care versus Consumerism

* Alle: Institut für Höhere Studien, IHS HealthEcon, Stumpergasse 56, A-1060 Wien, Telefon: +43/1/599 91-127, E-Mail: thomas.czypionka@ihs.ac.at
 Frühere Ausgaben von Health System Watch sind abrufbar im Internet unter: <http://www.ihs.ac.at>





Patientensicherheit: neue Initiativen auf supranationaler Ebene

Es ist unbestritten, dass Patientensicherheit letztlich nur durch das konkrete Handeln von Personen im medizinischen Alltag hergestellt werden kann. Es gibt aber für supranationale Organisationen triftige Gründe, gerade in der Patientensicherheit aktiv zu werden. Aus Sicht der WHO beispielsweise gilt die Verbreitung schon der einfachsten Patientensicherheitsmaßnahmen, wie z. B. der Händehygiene, als wichtiges Mittel, weltweit viele Menschenleben zu retten. Im Sinne der durch die Globalisierung und die Erweiterung von Wirtschaftsräumen gesteigerten Patientenmobilität rücken die Verantwortlichkeit und das Interesse für die Patientensicherheit ebenfalls vom lokalen und nationalen auf den supranationalen Level. Aus Sicht des mit Menschenrechten und sozialem Fortschritt befassten Europarats stellt Patientensicherheit ein Grundanliegen dar. Auch aus Sicht der Wissenschaft gibt es gute Gründe für diese Verschiebung. So ist das Lernen von anderen nur dann möglich, wenn man auf Basis einer gemeinsamen Begrifflichkeit diskutieren kann. Epidemiologische Studien zur Patientensicherheit beispielsweise lassen sich andernfalls nicht vergleichen. Dieses Lernen von anderen ist gerade in der Patientensicherheit von besonderer Wichtigkeit. Denn während in vielen Gesundheitsbereichen Erkenntnisse auch mit Rücksicht auf lokale Gegebenheiten interpretiert werden müssen (z. B. ist die Gestaltung des Gesundheitswesens abhängig von den Präferenzen der Bevölkerung), kann ein medizinischer Fehler an keinem Ort der Welt erwünscht sein. Mehr noch, ein vermeidbarer Fehler an einem Ort sollte idealerweise an keinem anderen Ort mehr auftreten. Die Erkenntnisse zu seiner Entstehung und Vermeidbarkeit sollten allen anderen Einrichtungen zur Verfügung stehen, wie dies bereits in der Pharmakovigilanz praktiziert wird. Aus diesen Gründen scheint es angebracht, einerseits die jüngsten supranationalen Initiativen und ihre Erkenntnisse anzusehen, aber auch kommende Initiativen vorzustellen.

Einführung und Bedeutung

Durch die erst sehr kurze Beschäftigung der Wissenschaft mit diesem Thema sind selbst elementare Dinge wie die Abgrenzung zu anderen Gebieten, die Definition der Begriffe, ja sogar die Frage, was man unter Patientensicherheit verstehen muss und welche Aktionsfelder darin liegen, noch immer Gegenstand von Forschung und wissenschaftlichem Diskurs.

Ausgangspunkt einer Behandlung des Themas Patientensicherheit ist zumeist die Beschäftigung mit jener Publikation, die das Thema in den USA und schließlich weltweit ins Rollen gebracht hat: der Report des Institute of Medicine „To err is human“.¹ Seine aufsehenerregenden Ergebnisse sind Hochrechnungen von Untersuchungen über Spitäler in New York² bzw. Colorado und Utah³, die eine Rate von unerwünschten Ereignissen in 3,7 Prozent bzw. 2,9 Prozent der Spitalsaufnahmen zeigten. Die erste Studie über New York erschien schon 1991, es brauchte aber zehn weitere Jahre, damit aufgrund der Hochrechnung dieser Ergebnisse auf die USA mit 44.000 bis 98.000 geschätzten Todesopfern pro Jahr aufgrund von medizinischen Fehlern ein Stein ins Rollen kam. Folgestudien wie in Australien⁴, Neuseeland⁵ und dem Vereinigten Königreich⁶ fanden teilweise noch höhere Raten unerwünschter Ereignisse. Dabei muss bedacht werden, dass die Methodik der einzelnen Studien unterschiedlich ist und die Terminologie leicht abweicht. Tatsächlich waren jedoch solche Studien kontinuierlicher Kritik ausgesetzt, weil derartige Zahlen unvorstellbar schienen. Darin zeigt sich auch zugleich ein erstes Grundproblem der Patien-

- 1 Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds). To err is human. Building a safer health system. National Academy Press, Washington D.C. 2000.
- 2 Brennan TA, Leape LL, Laird N et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study. *New England Journal of Medicine*, 1991, 324 (6): 370–7.
Leape LL, Brennan TA, Laird N et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *New England Journal of Medicine*, 1991, 324 (6): 377–84.
- 3 Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, Howard KM, Weiler PC, Brennan TA. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care*. 2000 Mar; 38(3): 261–71.
- 4 Thomas EJ, Studdert DM, Runchiman WB et al. A comparison of iatronic injury studies in Australia and the USA I: context, method, casemix, population, patient, and hospital characteristics. *International Journal of Quality in Health Care*, 2000, 12 (5): 371–378.
- 5 Davis P, Lay-Yee R, Briant R et al. Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact. *New Zealand Medical Journal*, 2002, 115(1167): U271.
- 6 Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *British Medical Journal*, 2001, 322: 517–9.





tensicherheit – die mangelnde Fehlerkultur, also das fehlende Bewusstsein über die Medizin als risikoreichen und fehleranfälligen Bereich. Professor Schrappe hat im Rahmen des Deutschen Aktionsbündnisses Patientensicherheit ein Review von Studien im Zeitraum 1995 bis 2005 angefertigt. Darin wurden letztlich 151 Studien berücksichtigt, von denen die meisten sich mit *adverse events* oder *preventable adverse events* beschäftigt. 50 Studien gaben Raten für unerwünschte Ereignisse von 0,1 bis 10 Prozent an und 30 Studien Werte zwischen 10 und 20 Prozent, einige lagen sogar darüber.

Probleme mit der Begrifflichkeit

Neben der vielfach mangelnden Kultur stellt auch die uneinheitliche Begrifflichkeit eine große Hürde dar. So wurde die an sich interessante Eurobarometerumfrage 241 bezüglich medizinischer Fehler⁷ von Übersetzungsschwierigkeiten überschattet – ein Problem, das länderübergreifende epidemiologische Studien zur Patientensicherheit generell haben. Dementsprechend waren sogar jüngste Initiativen darauf ausgerichtet, die Begrifflichkeit aufzuklären, darunter die Resolution des Europarats, das SIMPATIE-Projekt und die neue Klassifikation der WHO.

Anders als üblich stellen wir hier keine Einführung in die Patientensicherheit voran, da sich die wesentlichen Elemente aus den Ergebnissen der besprochenen Initiativen ergeben werden. Einige wenige Begriffe sollen dennoch präzisiert werden. Wir lehnen uns dabei an die noch in der Testphase befindliche Sichtweise der WHO International Classification for Patient Safety (ICPS)⁸ an. Patientensicherheit ist die Freiheit des Patienten von unnötigem oder potenziellem Schaden durch die Gesundheitsversorgung. Ein *patient safety incident* der ICPS entspricht weitgehend dem gängigen Begriff *critical incident* (kritisches Ereignis), also einem Umstand oder Ereignis, das in einem unnötigen Schaden für den Patienten resultierte oder hätte resultieren können. Ein *adverse event* (unerwünschtes Ereignis) ist ein Ereignis, das in einem tatsächlichen Schaden für den Patienten resultiert. Es ist für den Begriff noch unerheblich, ob es *preventable* (verhinderbar) war bzw. auf einem Fehler beruhte. Ein *near miss* oder *close call* ist das Komplementär zum adverse event, indem kein Schaden für den Patienten entsteht, obwohl ein entsprechendes Ereignis dazu hätte führen können. Ein *error* (Fehler) liegt dann vor, wenn die richtige Handlung fehlerhaft ausgeführt oder eine nicht adäquate (nicht richtige) Handlung ausgeführt wird.

Initiativen auf globaler Ebene: die WHO World Alliance und das Joint Commission Center

Auf globaler Ebene haben sich vor allem im Wirkungsbereich der WHO bedeutende Initiativen im Bereich der Patientensicherheit entwickelt.

WHO World Alliance for Patient Safety

Auf der World Health Assembly 2002 wurde eine wegweisende Resolution⁹ verfasst, in der die große Bedeutung mangelnder Aktivitäten im Bereich der Patientensicherheit für die weltweite Gesundheit anerkannt wurde. Ergebnisse in Ländern mit hoher Aktivität in diesem Bereich zeigten, dass trotz Unterschieden in den Gesundheitssystemen die Ursachen und Lösungsmöglichkeiten die gleichen seien, sodass vermehrte internationale Aktivität mit der WHO in einer führenden Rolle gefordert wird.

Diese Absichtserklärung sowie die festgelegten Strategien spiegeln sich in den nunmehrigen Aktivitäten der World Alliance for Patient Safety wider, welche 2004 gegründet wurde. Sie hat nunmehr¹⁰ zehn Aktionsprogramme ins Leben gerufen.

Im Rahmen der **Global Patient Safety Challenge** identifiziert die WHO Bereiche der medizinischen Versorgung, die besondere Risiken für die Patientensicherheit in allen WHO-Mitgliedstaaten darstellen. Laut WHO leiden weltweit 1,4 Millionen Menschen an den Folgen von behandlungsassoziierten Infektionen. Die Problematik betrifft auch entwickelte Länder, wo 5 Prozent bis 10 Prozent der Spitalspatienten von Infektionen betroffen sind. Um diesen Tatsachen entgegenzuwirken, wurden behandlungsassoziierte Infektionen zur ersten Herausforderung „*Clean Care is Safer Care*“ (2005 bis 2006) ernannt. Dabei wurde

7 Siehe http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_241_de.pdf. (in der deutschen Übersetzung).

8 http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_form/en/index.html

9 Die Resolution WHA55.18.

10 Siehe „Forward Programme 2006-2007“ der WHO World Alliance on Patient Safety.

Probleme mit der
Begrifflichkeit

Initiativen auf
globaler Ebene:
die WHO World
Alliance und das
Joint Commission
Center





eine Kampagne initiiert, um das Thema ins öffentliche Bewusstsein zu bringen sowie mit den Gesundheitsministerien der Mitgliedsländer ein gemeinsames *commitment* zu erreichen. Außerdem wurde eine WHO-Richtlinie zur Handhygiene¹¹ erstellt, deren Implementierung und Anwendung gerade getestet und deren Wirksamkeit mithilfe von Indikatoren evaluiert wird. Sie wird im Laufe des Jahres 2008 als finale Version veröffentlicht werden. In den Jahren 2007 und 2008 läuft die zweite Herausforderung „*Safe Surgery Saves Lives*“ mit dem Fokus auf Operationskomplikationen. Um diesem Feld der Patientensicherheit Rechnung zu tragen, sollen Minimalstandards für Operationen definiert, implementiert und getestet werden.

Um Patientenvertretungen in die Debatte mit einzubeziehen, wurde das globale Netzwerk **Patients for Patient Safety** eingerichtet. Es soll die Patientenvertretungen der einzelnen Länder vernetzen und in ihren jeweiligen Aktionen unterstützen. Ein Beispiel dafür ist die *AskMe3-Aktion* zusammen mit der *National Patient Safety Foundation* in den USA. Dabei handelt es sich um ein Programm zur Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation.¹²

Ein weiteres Programm ist **Reporting and Learning**, im Rahmen dessen „WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems“¹³ erarbeitet wurden. Diese richten sich an Länder, die Meldesysteme errichten oder verbessern möchten. Im Sinne der Entwicklung einer Sicherheitskultur stehen Meldesysteme im Zentrum, deren Ziel die Verbesserung der Patientensicherheit durch das Lernen aus Ereignissen und Fehlern ist, im Gegensatz zu jenen, bei denen *accountability* im Vordergrund steht. Da der von einem Individuum begangene Fehler immer in einem größeren Kontext zu sehen ist und das System, in dem gearbeitet wird, zumindest mitbeteiligt ist, müssen dessen zugrunde liegende Schwächen aufgedeckt werden (Systemorientierung). Hierfür ist es von großer Bedeutung, dass weder die Personen, die sich entschließen, ein Ereignis zu melden, noch andere in den Vorfall Verwickelte, Sanktionen fürchten müssen (nicht-punitiver Zugang). Nur so kann außerdem gewährleistet werden, dass überhaupt Fehler gemeldet werden. Gleiches gilt für die vertrauliche Behandlung der gesammelten Daten.

Damit ein Meldesystem seinen Zweck erfüllt, muss es nicht nur Daten sammeln, sondern auch *feedback* an die betroffene Organisation oder die zuständige Behörde geben. Im Idealfall werden daraus Empfehlungen für Prozess- und Systemveränderungen erarbeitet. Sinnvolle Analyse erfordert das Einbinden von Experten, die mit den klinischen Umständen vertraut sind, unter denen Unfälle passieren, und die darauf trainiert sind, zugrunde liegende Systemfehler zu erkennen. Deren Ausstattung mit finanziellen Ressourcen zur Durchführung der Analyse ist ein entscheidender Faktor, der oftmals übersehen wird. Die gezogenen Schlüsse sollen möglichst weit verbreitet werden, damit nicht jede Einheit denselben Fehler machen und erst aus ihm lernen muss.

Mit dem Ziel, die Patientensicherheit zu erhöhen, existieren bereits in mehreren Ländern nationale Meldesysteme. Beispiele für staatliche Meldesysteme sind das National Reporting and Learning System von England und Wales sowie die Meldesysteme von Tschechien, Schweden und Dänemark. Andere, wie das australische Incident Monitoring System, sind das Ergebnis privater Anbieter oder NGOs.

Die meisten dieser Systeme stützen sich auf freiwillige Beteiligung. Beispiele für verpflichtende Berichte sind in Tschechien und Slowenien zu finden, wo Spitäler über *adverse events* berichten müssen. Neben vielen Unterschieden besteht weitreichende Einigkeit darüber, dass die Daten der in Berichten involvierten Personen geschützt werden müssen. Weniger Konsens herrscht bei der Frage, ob die Öffentlichkeit Zugang zu Informationen auf Spitalsebene haben soll.

Um solche Meldesysteme auch länderübergreifend nutzen zu können, müssen eine einheitliche Nomenklatur und Klassifikation vorliegen. Dies ist Aufgabe des Programms **Taxonomy for Patient Safety**. Das Programm hat die bereits erwähnte Draft-Guideline „International Classification for Patient Safety“ erstellt, welche in den Jahren 2007/08 in mehreren Ländern auf ihre Einsatztauglichkeit getestet wird. Sie enthält neben der Begriffsdefinition auch ein algorithmisches Klassifikationssystem, vor allem bezüglich Typ und Charakteristika des Ereignisses und der Folgen für den Patienten.

Im **Research-for-Patient-Safety**-Programm werden mit der Koordinierung und Beauftragung von Studien sowie der Forschung zur Prioritätensetzung die Datengrundlagen und das Wissen um die Patientensicherheit verbessert. Das Programm **Patient Safety Solutions** soll Lösungen zu weltweiten Problemen in der Patientensicherheit erarbeiten und das Wissen darüber zugänglich machen. Das **Safety-in-**

11 Downloadbar unter http://www.who.int/entity/patientsafety/information_centre/guidelines_hhad/en/index.html

12 Siehe Website: <http://www.npsf.org/askme3/>

13 Siehe http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf





Action-Programm befasst sich hingegen mit Problemen und Lösungsmöglichkeiten der praktischen Implementierung von Maßnahmen zur Patientensicherheit. Dazu werden in sieben Ländern Implementierungsstrategien getestet, um daraus zu lernen und über Partnerländer dieser sieben Länder eine weitere Verbreitung zu erreichen. Kollaborationspartner in diesem Fall ist der Commonwealth Fund. Im Rahmen dieses Programms sollen auch Vorbildinstitutionen identifiziert werden, um von deren Konzepten zu lernen. Einen Schwerpunkt auf die Patientensicherheitsbedürfnisse von Akut- und Notfallpatienten legt das *Care-of-acute-ill-patients-Programm*.

Im Rahmen des **Technology-for-Patient-Safety-Programms** sollen technische Möglichkeiten identifiziert werden, mittels deren die Patientensicherheit erhöht werden kann. Darunter fallen technische Kommunikationslösungen, Clinical-Decision-Support-Systeme, Simulationsprogramme zur Identifizierung von Risiken, Patientenidentifikationssysteme, elektronische Gesundheitsakte, Medikamentensicherheitssysteme etc. Der Vernetzung und weltweiten Information über die Erkenntnisse aller anderen Programme dient das Programm **Patient safety knowledge at your fingertips**.

Das Joint Commission International Center for Patient Safety

Einer der wichtigsten Kooperationspartner der WHO im Bereich der Patientensicherheit neben dem Commonwealth Fund ist das Joint Commission International Center for Patient Safety.¹⁴ Es wurde 2005 als eine Art ausführendes Organ dieser Kooperation gegründet und nutzt die große Erfahrung der Joint Commission im Bereich der Qualität im Gesundheitswesen. Das Joint Commission Center führt das *Patient-Safety-Solutions-Programm* aus, indem es nach dem Aufbau eines Netzwerkes weltweiter einschlägiger Organisationen Lösungen zu wichtigen Problemen der Patientensicherheit erarbeitet.

Bisher wurden neun wichtige Lösungen erarbeitet. Die detaillierte Dokumentation der Lösungen steht in mehreren Sprachen zur Verfügung.¹⁵

Tabelle 1 zeigt die neun Lösungen mit einer kurzen Zusammenfassung der Empfehlungen. Der gesamte Text ist sehr informativ und enthält neben der Darstellung des Problems und seines Hintergrunds die eigentlichen Empfehlungen, potenzielle Hindernisse, Ausblicke in die Zukunft und eine Darstellung des Evidenzgrades, auf dem die Empfehlungen beruhen.

Tabelle 1: Nine Patient Safety Solutions

Lösungsfeld	Erläuterungen
1. Ähnlich aussehende, ähnlich klingende Medikamentennamen	Angesprochen sind hier die „look-alike sound-alike“ (LASA-)Medikamente, die häufig zur Verwechslung und daraus resultierenden unbeabsichtigten Folgen führen. Vorgeschlagen werden Strategien, wie Fehler in diesem Bereich vermieden werden können. Das umfasst z. B. die jährliche Überprüfung, welche LASA-Medikamente in einer Einrichtung verwendet werden (Bewusstsein schaffen), klare Dokumentation, Nutzung optischer Elemente bei der Kennzeichnung zur Unterscheidung, Information des Patienten über seine Medikation, Einwirken auf Hersteller, um LASA zu vermeiden, etc.
2. Patientenidentifikation	Angesprochen ist hier das Problem der Patientenverwechslung. Es werden Systeme und Verfahrensweisen empfohlen, die eine eindeutige Identifizierung des Patienten ermöglichen, wie z. B. Armbänder, Verwendung von mindestens zwei Kriterien zur Identifikation (z. B. Name und Geburtsdatum), Patientensensibilisierung für die Wichtigkeit der Mitarbeit bei der Identifikation, Aufkleben von Etiketten gleich beim jeweiligen Patienten, Plausibilitätsprüfung von Laborergebnissen etc.
3. Kommunikation bei der Patientenweiterleitung	Angesprochen sind hier gesteigerte Risiken für den Patienten bei der Übergabe zwischen dem Personal verschiedener Arbeitsschichten und zwischen Teilen von Organisationen und zwischen Organisationen. Empfohlen werden bei der Übergabe standardisierte Vorgehensweisen mit dem zeitlichen Spielraum, um wichtige Information zu wiederholen, auf Rückfragen einzugehen, sowie diesbezügliche Schulungen des Personals etc.

Nine Patient Safety Solutions

14 Website: <http://www.jcipatientsafety.org/>

15 Downloadbar auf der Website des Joint Commission Center.





Nine Patient Safety Solutions

Tabelle 1: Nine Patient Safety Solutions

Lösungsfeld	Erläuterungen
4. Durchführung des richtigen Verfahrens an der richtigen Körperstelle	Angesprochen sind hier Seitenverwechslungen, die immer wieder auch in Österreich zu aufsehenerregenden Fällen geführt haben. Empfohlen wird das Bewusstmachen der Problematik sowie die Einführung von Protokollen, die sicherstellen, dass derjenige, der einen Eingriff vornimmt, selbst die Stelle markiert in einer Weise, dass unmissverständlich klar ist, wo operiert werden soll. Außerdem soll das Protokoll eine Timeout-Phase enthalten, in der unmittelbar vor der Operation jede klinische Aktivität sistiert und über alle wesentlichen Vorgehensweisen wie Patientenidentität, die richtige Operationsseite, das erforderliche Vorgehen etc. Konsens hergestellt wird.
5. Kontrolle von konzentrierten Elektrolytlösungen	Angesprochen sind hier Zwischenfälle aufgrund der Verabreichung von falschen Konzentrationen von Kaliumchlorid, welche zum Herzstillstand führen, aber auch anderer Elektrolyte wie von Magnesium- oder Calciumsalzen oder hypertonen Kochsalzlösungen, welche ebenfalls auch in Österreich zu einigen aufsehenerregenden Fällen geführt haben. Neben der Sensibilisierung für das Thema sollte vor allem KCl als kontrollierte Substanz behandelt werden. Idealerweise sollten solche gefährlichen Lösungen von der Krankenhausapotheke oder sonstigen speziellen Einrichtungen hergestellt werden. Ist dies nicht möglich, sollten deutliche Warnhinweise auf dem Gebinde angebracht werden, dass adäquate Verdünnung nötig ist.
6. Gewährleistung der richtigen Medikation bei Versorgungsübergängen	Auf dem Weg, gerade chronischer Patienten mit vielen Medikamenten, durch die Gesundheitseinrichtungen und deren Abteilungen wird die Medikation gerne wie ein System aus „stillter Post“ vom einen zum nächsten weitergegeben. Hinzu kommen Umstellungen, weil das verwendete Medikamentenspektrum der einzelnen Häuser abweicht. Dadurch können sich Fehler einschleichen. Empfohlen werden daher Medikamentenabgleichssysteme bzw. -protokolle sowie das Verzeichnis der und Abgleich mit der Stammapotheke oder Hausarztpraxis.
7. Vermeidung von Katheter- und Schlauchfalschanschlüssen	Hierbei geht es um das Problem, dass Zugangswege zu verschiedenen Körpersystemen des Patienten sowie zu medizinischen Geräten gleiche Anschlüsse besitzen, sodass Fehlzuführungen von Substanzen geschehen, die tödliche Folgen haben können. Dies wird erleichtert durch provisorische Konstruktionen, also die zweckfremde Anwendung von Spritzen und Schläuchen, sowie die räumliche Nähe ähnlicher Anschlüsse. Empfohlen wird u. a. das Etikettieren besonders sensibler Zugänge, das routinemäßige Überprüfen des Ursprungs der Schläuche sowie die Förderung der Anwendung von Anschlüssen, die keine Verwechslung erlauben.
8. Einmalanwendung von Injektionsgeräten	Die Nichteinhaltung ist zwar vor allem ein Problem der Entwicklungs- und Schwellenländer, aber leider in Einzelfällen immer wieder auch in den USA und Europa vorkommend. Die Empfehlungen entsprechen den bei uns weitgehend gängigen Maßnahmen zur Verwendung sterilen Bestecks. In Entwicklungsländern müssen verstärkt Schulungs- und Aufklärungsmaßnahmen gesetzt werden.
9. Verbesserte Händehygiene zur Prävention von Infektionen	Noch immer auch bei uns ein Problem; die zu wenig sorgfältige Händehygiene kann zu nosokomialen Infektionen führen. Empfohlen wird die Einhaltung der WHO-Guidelines – Händedesinfektionsmittel am point of care, regelmäßige Schulungen etc.

Quelle: Nine Patient Safety Solutions. World Health Organization/JCI 2007. Eigene Zusammenfassung.

Fünf der Lösungen sind auch Gegenstand des vom Joint Commission Center koordinierten **High-5s**-Programms (nämlich 3, 4, 5, 6, 9). In mehreren Ländern (Kanada, Deutschland, den Niederlanden, Neuseeland, Großbritannien und den USA) sollen in je ungefähr zehn Krankenanstalten über fünf Jahre Protokolle zu diesen Problemfeldern eingesetzt und deren Erfolg getestet werden. Es handelt sich also gleichsam um eine „Multicenter-Studie“ im Bereich der Patientensicherheit.





Initiativen auf europäischer Ebene

Als einer der stärksten Impulse für Patientensicherheit in Europa gilt die **Arbeit des Europarates**. In seiner Funktion als Hüter der Menschenrechte und Förderer der Einheit(lichkeit) der 47 Mitgliedstaaten sah sich die älteste politische Organisation Europas 2003 dazu veranlasst, Empfehlungen zu Sicherheit und Qualität im Gesundheitswesen zu erarbeiten. In einem systemorientierten Zugang sollten vor allem Methoden zur Prävention unerwünschter Ereignisse entwickelt werden. Bezug nehmend auf die „Convention on Human Rights and Biomedicine“¹⁶ wird in der resultierenden Empfehlung – Rec(2006)¹⁷ – Patientensicherheit als Eckstein der Gesundheitspolitik festgeschrieben. Die Bedeutung der Entwicklung einer Kultur der Patientensicherheit und damit in Verbindung die Entwicklung von Melde- und Lernsystemen sowie spezieller Ausbildungsprogramme für Gesundheitspersonal aller Ebenen werden betont. Internationale Zusammenarbeit und Förderung der Forschung seien voranzutreiben. Die Empfehlungen des Europarates sind für die Mitgliedstaaten nicht bindend, sie werden aber von Professionals und Nichtregierungsorganisationen als wesentliche Richtschnur herangezogen.

Dass die Äußerungen des Europarates für die Europäische Union mitunter großes Gewicht haben, zeigt auch, dass der **Rat der Europäischen Gesundheitsminister 2006** Empfehlungen an die Mitgliedstaaten abgab, die sich sehr stark an jenen des Europarates orientierten.

Auch die **Europäische Kommission** bzw. das DG SANCO wurde mittlerweile im Bereich der Patientensicherheit aktiv und hat 2008 einen Schwerpunkt in seinem Arbeitsprogramm gesetzt. Die **EU High Level Group on Health Services and Medical Care** besteht aus führenden Beamten der nationalen Gesundheitsministerien und versorgt die Europäische Kommission mit strategischen Ratschlägen. Sie erkannte 2006 Patientensicherheit als wesentliche Aufgabe der Mitgliedstaaten an und richtete eine Arbeitsgruppe zur Verbesserung der Patientensicherheit ein. Diese erarbeitete Empfehlungen zu Melde- und Lernsystemen, Aus- und Weiterbildung, Forschung, Medikationssicherheit und der sicheren Verwendung von medizinischen Geräten. In Ermangelung eines politischen Konsens zu konkreten Projekten geriet diese Initiative zunächst ins Stocken. Inzwischen wurde die Strategie geändert. Mithilfe der Forschungsförderung des siebten Rahmenprogramms soll nicht nur die Forschung im Bereich der Patientensicherheit allgemein gefördert werden. Es ist auch Aufgabe innerhalb des FP7, ein Netzwerk für Patientensicherheit aufzubauen, das alle EU-Staaten verbindet. Das konkrete Projekt dazu nennt sich „European Union Network for Patient Safety“, kurz EUNetPaS.

Die unmittelbare Zukunft: Das EUNetPaS

Ausgehend von den Empfehlungen der High Level Group und den Vorprojekten MARQUIS¹⁸ und SIMPATIE¹⁹ wurde im Rahmen des Public-Health-Programms der Europäischen Union ein neues Projekt ins Leben gerufen. Das Projekt ist zunächst auf 30 Monate (2008–2010) ausgelegt und hat vier Aktionsfelder:

1. Patientensicherheitskultur,
2. Ausbildung und Training in der Patientensicherheit,
3. Implementierung von Reporting- und Lernsystemen,
4. Implementierung von Pilotprojekten für die Arzneimittelsicherheit in Spitälern,

welche den vier *core-workpackages* des Projekts entsprechen.

Dabei sollen in den genannten Feldern Strategien auf nationaler Ebene für die Mitgliedstaaten entwickelt werden. *Best practice* aus Mitgliedsländern mit großer Erfahrung soll identifiziert und weniger fortschrittlichen Ländern zur Verfügung gestellt werden. Dazu dient das Netzwerk als eine Art Informationsdrehscheibe. Dabei sollen auch Indikatoren zur Patientensicherheit (weiter)entwickelt werden und *Empowerment-* bzw. *Awareness-Aktivitäten* gesetzt werden.

Um dies zu erreichen, nehmen Kooperationspartner in allen 27 EU-Staaten teil. Darüber hinaus sind mehrere europäische Stakeholder und internationale Organisationen eingebunden (siehe Tabelle 2). Die Projektkoordination liegt bei der *Haute Autorité de Santé*, der französischen Gesundheitsagentur.²⁰ Eine österreichische Organisation ist in den *core-workpackages* vertreten, und zwar die Abteilung für Gesundheitssystemforschung am Institut für Pflege- und Gesundheitssystemforschung an der Universität Linz.

16 <http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/164.htm>

17 Downloadbar unter: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005439&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75>

18 „Methods of Assessing Response to Quality Improvement Strategies“ : <http://www.marquis.be/>

19 Safety Improvement for Patients in Europe : <http://www.simpatie.org/>

20 Website: <http://www.has-sante.fr>

Initiativen auf
europäischer
Ebene





Am EUNetPaS teilnehmende Organisationen

Tabelle 2: Am EUNetPaS teilnehmende Organisationen

Land	Organisation
Belgien	Gesundheitsministerium
Bulgarien	Gesundheitsministerium
Dänemark	National Board of Health (Sundhedstyrelsen)
Deutschland	Aktionsbündnis Patientensicherheit, Fachhochschule Münster, University of Applied Sciences
Estland	Sozialministerium
Finnland	Ministerium für Soziales und Gesundheit (STM)
Frankreich	Haute Autorité de Santé (HAS) – Koordination, Ministerium für Gesundheit, Jugend und Sport, Französische Arzneimittelbehörde (AFSSAPS), Inserm-Transfert
Griechenland	National and Kapodistrian University of Athens, Research Center for Biomaterials S.A. (EKEVYL)
Irland	Health Information and Quality Authority of Ireland (HIQA)
Italien	Gesundheitsministerium
Lettland	Gesundheitsministerium
Litauen	State Health Care Accreditation Agency (StaHeCCA)
Luxemburg	Gesundheitsministerium
Malta	Gesundheitsministerium
Niederlande	Dutch Institute for Healthcare Improvement (CBO), Radboud University Nijmegen Medical Center (RUNMC)
Österreich	Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Institut für Pflege- und Gesundheitssystemforschung, Johannes Kepler Universität Linz, Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Medizinische Universität Wien
Polen	National Center for Quality Assessment in Health Care (CMJ)
Portugal	Department of Health (DGS)
Rumänien	National School of Public Health Services Management
Schweden	The National Board of Health and Welfare (NBHW)
Slowakei	Gesundheitsministerium
Slowenien	Gesundheitsministerium
Spanien	Spanish Ministry of Health and Consumer Affairs (SMoH)
Tschechische Republik	Gesundheitsministerium
Ungarn	Alloy Consulting Informatikai és Tanacsado Kft
Vereinigtes Königreich	Department of Health, England, Action Against Medical Accidents, Department of Health, Social Services and Public Safety of Northern Ireland
Scottish Government	Welsh Assembly Government
Zypern	Gesundheitsministerium
EU Stakeholders	Pharmaceutical Group of the European Union (PGEU), European Federation of Nurses, European Patients' Forum, European Hospital and Healthcare Federation, Standing Committee of European Doctors
International Organisations	World Health Organization (WHO), Regional Office for Europe, Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD), European Society for Quality in Healthcare, Council of Europe

Quelle: www.eunetpas.eu.

Resümee

Resümee

In den letzten Jahren hat sich eine ganze Reihe von Initiativen auf internationaler und EU-Ebene zur Patientensicherheit etabliert und produziert bereits erste Ergebnisse, die große Beachtung verdienen, wie z. B. die Empfehlungen der WHO World Alliance for Patient Safety. Auch auf europäischer Ebene wurde die Bedeutung der Patientensicherheit erkannt und mit der Schaffung eines europäischen Netzwerkes begonnen.

Diese konzentrierten Aktionen lassen für die nächsten Jahre viele neue Erkenntnisse, Empfehlungen und Resultate erwarten. Wichtig wird allerdings sein, auch die einzelnen Staaten und deren jeweilige Stakeholder im Gesundheitsbereich für das Thema zu sensibilisieren und diese Ergebnisse dorthin zu bringen, wo sie eigentlich ihre Wirkung entfalten können, nämlich am Bett des Patienten. Nicht umsonst ist „Patientensicherheitskultur“ nicht nur einer, sondern der erste Forschungsbereich im EUNetPaS-Projekt.



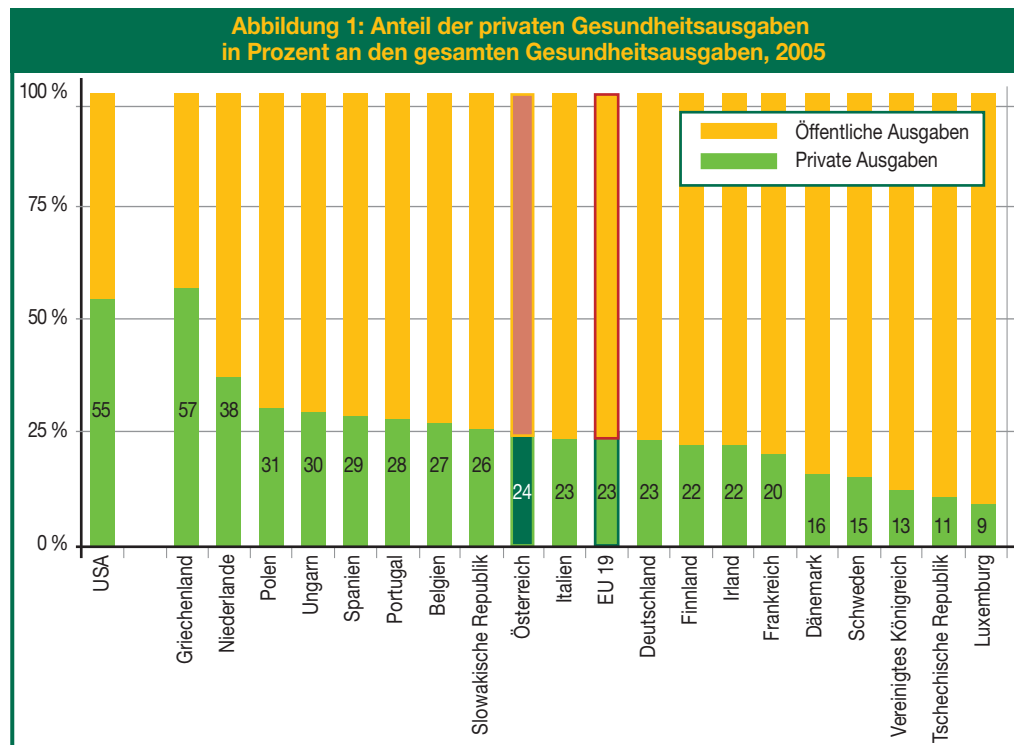


Gesundheitskonsum in den USA: das Problem Managed Care versus Consumerism

Einleitung

Das Gesundheitssystem der USA unterscheidet sich grundlegend von den Gesundheitssystemen der europäischen Industriestaaten. In Europa ist sowohl der Bereich der Finanzierung als auch der Bereich der Leistungserbringung vorwiegend öffentlich organisiert. In den USA hingegen ist der öffentliche Anteil in den beiden Bereichen deutlich geringer. Vielmehr dominieren privat-gewinnorientierte Versicherungen und Anbieter von Gesundheitsleistungen; ähnlich wie in anderen Bereichen des Wirtschaftslebens dient hier der Markt als die zentrale Organisationsform.

Einleitung



Quelle: OECD-Datenbank, Oktober 2007, Darstellung IHS HealthEcon.

Die Regulierung ist auf ein Minimum reduziert. Daher ist der Gesundheitskonsum in den USA viel stärker gefordert, und es entwickelten sich mächtige Konsumentenschutzverbände für den Gesundheitsbereich. Die Federal Trade Commission (FTC)²¹ ist die wichtigste staatliche Konsumentenschutzbehörde. Sie wurde 1914 als eine der Maßnahmen im Kampf der Politik gegen die ökonomische Macht der Trusts, Monopole und Kartelle gegründet. In den letzten Jahren widmet sie sich auch verstärkt dem Gesundheitsbereich und kooperiert hier im Bereich der Versicherungsmärkte mit dem Department of Justice (DOJ)²² und im Bereich der Produktsicherheit mit der Food and Drug Administration (FDA).²³

Auf Managed Care folgt Consumerism

In den USA ist es Sache jedes einzelnen Bürgers, eine Krankenversicherung abzuschließen. Die meisten der unter 65-Jährigen sind über ihren Arbeitgeber versichert (siehe Abbildung 2 und 3).²⁴ Hierbei handelt es sich aber nicht um eine Pflichtversicherung wie z. B. in Österreich, sondern vielmehr um eine Lohnzusatzleistung (*fringe benefit*), die vom Arbeitgeber allein oder anteilig getragen wird. Im Zuge dessen handeln Arbeitgeber stellvertretend für ihre Arbeitnehmer Verträge mit Krankenversicherungen aus.

Auf Managed Care folgt Consumerism

21 Vgl. www.ftc.gov

22 Vgl. www.usdoj.gov

23 Vgl. www.fda.gov

24 Anmerkung: Die über 65-jährigen sind mittels des staatlichen Krankenversicherungsprogramms Medicare versichert.





Bereits 1849 wurden in den USA erste Verträge zwischen Anbietern und Ärzten geschlossen. Darin verpflichteten sich Ärzte, eine bestimmte Anzahl an Personen gegen einen im Voraus festgesetzten Betrag medizinisch zu versorgen. In fast der Hälfte der Bundesstaaten war eine freie Arztwahl vorgeschrieben, was die Einführung von *Managed-Care-Organisationen* lange Zeit verhinderte. In den 80er-Jahren, nach dem Wegfall dieser Bestimmung, kam es zu einer raschen Verbreitung der *Managed-Care-Organisationen*, welche schließlich zur dominierenden Versicherungsform in der USA avancierten. Das kann auf zwei Gründe zurückgeführt werden: Erstens suchten die Arbeitgeber nach kostengünstigeren Lösungen für die ständig steigenden Krankenversicherungsprämien ihrer Mitarbeiter. Hier konnten *Managed-Care-Organisationen* zumindest in ihrer Anfangsphase niedrigere Prämien bieten. Zweitens nutzt das staatliche Krankenversicherungsprogramm Medicare ebenfalls *Managed-Care-Organisationen* und kauft bei diesen den Krankenversicherungsschutz für Bürger über 65 Jahre ein.²⁵ Ende der 90er-Jahre sah sich das *Managed-Care-Konzept* immer größerer Kritik ausgesetzt, was zu einer Gegenbewegung, dem sogenannten *Managed Care Backlash*, führte. Im Zuge dessen gewann das *Consumerism-Konzept* wieder mehr an Bedeutung. In der Zwischenzeit kämpft auch dieses Konzept mit Problemen. *Managed Consumerism* ist das Schlagwort für die Zukunft.

Abbildung 2: Anteile der Finanzierung des Gesundheitswesens, 2003

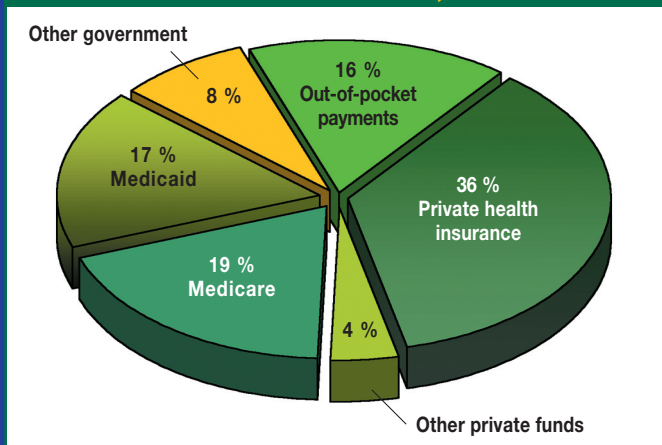
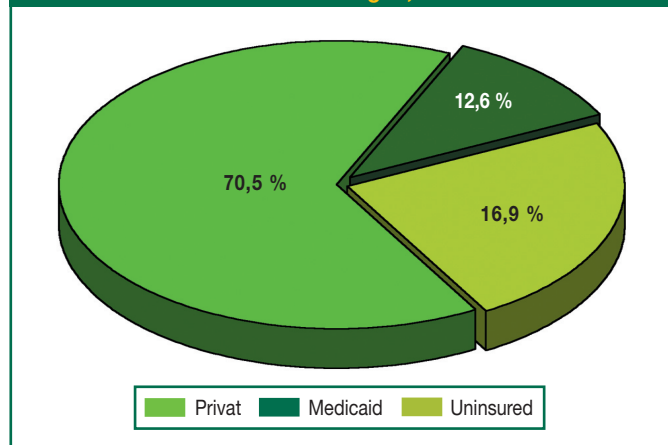


Abbildung 3: Versicherungsstatus der unter 65-Jährigen, 2003



Quelle: National Center for Health Statistics: „USA, Health, 2005, complete report“.

Managed Care ...

Managed Care ...

Managed Care verbindet die Bereitstellung und die Finanzierung von Gesundheitsleistungen und zielt auf eine Effektivitäts- bzw. Effizienzsteigerung bei gleichbleibender Qualität der angebotenen Leistungen ab. Anhand eines effizienten Ressourceneinsatzes, basierend auf einer Reihe formaler und finanzieller Restriktionen, soll entweder eine Reduktion der Gesundheitsausgaben bei zumindest gleichbleibendem Gesundheitszustand der Patienten oder eine Qualitätsverbesserung bei zumindest nicht steigenden Kosten der Versorgung erreicht werden.²⁵

Grundsätzlich können drei Kategorien von *Managed-Care-Organisationen* unterschieden werden:

- ◆ Health Maintenance Organizations (HMOs),
- ◆ Preferred Provider Organizations (PPOs) und
- ◆ Point of Service Organizations (POS Organizations).

Die Grundidee der *Health Maintenance Organizations* besteht darin, den Versicherten ein umfassendes Gesundheitsleistungspaket, welches zumindest ambulante und stationäre Leistungen beinhaltet, gegen eine vorher vereinbarte Prämie bereitzustellen. Darüber hinaus bieten HMOs in medizinischen Versorgungszentren oftmals Gesundheitsleistungen von nichtärztlichem Gesundheitspersonal wie Apothekern, Physiotherapeuten und Optikern an. Die HMOs verlangten ursprünglich Versicherungsprämien, die dem durchschnittlichen Risiko aller Versicherten einer HMO entsprachen. Inzwischen berücksichtigen die HMOs individuelle und gruppenspezifische Risiken bei der Prämienkalkulation, was zu individuell unter-

25 Vgl. Amelung VE. *Managed Care, Neue Wege im Gesundheitsmanagement*, 4. Auflage, Wiesbaden, Gabler Verlag, 2007; von der Schulenburg JM, Greiner W: *Gesundheitsökonomik*. 2. Auflage, Tübingen, Mohr Siebeck Verlag, 2007.

26 Vgl. von der Schulenburg JM, Greiner W. *Gesundheitsökonomik*. 2. Auflage, Tübingen, Mohr Siebeck Verlag, 2007.





schiedlichen Prämien führt. Bei HMOs ist die Wahlmöglichkeit der Versicherten unter den Anbietern am stärksten eingeschränkt, da sie nur Ärzte aufsuchen können, die auf der Liste der HMO stehen.²⁷

Der Grundgedanke der *Preferred Provider Organizations* ist, den Versicherten durch eine gezielte Auswahl kostengünstiger Anbieter einen kostengünstigeren Krankenversicherungsschutz gegenüber dem konventionellen Versicherungsschutz zu bieten. Hierzu schließen die PPOs Verträge mit selbständigen Leistungserbringern ab. Bei PPOs haben die Versicherten völlige Freiheit bei der Wahl der Anbieter, sofern sie bereit sind, eine höhere Kostenbeteiligung als bei der Inanspruchnahme von der PPO angeschlossenen Anbietern zu zahlen. Für die Versicherten besteht also ein finanzieller Anreiz zur Wahl interner Leistungserbringer, weil der Kostenbeitrag im Falle der Inanspruchnahme externer Leistungserbringer deutlich höher ist.²⁸

Die *Point of Service Organizations* verbinden die Elemente einer HMO und einer PPO und gewinnen im US-amerikanischen Gesundheitswesen an Bedeutung. Die Versicherten können bei der Inanspruchnahme von Leistungen wählen, ob sie innerhalb der HMO oder durch externe Leistungserbringer versorgt werden möchten. Die POS Organizations haben für die Versicherten folgende Vorteile: Einerseits können sie ein breites Leistungsspektrum innerhalb der HMO ohne oder nur mit geringen Kostenbeteiligungen in Anspruch nehmen, andererseits wird ihnen ein Großteil der Kosten erstattet, wenn sie einen Leistungserbringer außerhalb der Organisation wählen. Die POS-Organization-Versicherten nützen zu 65 bis 85 Prozent interne HMO-Leistungen.²⁹

... und deren Kritikpunkte

Managed-Care-Organisationen vereinen eine Reihe von Vorzügen: Sie beseitigen die Anreize zum übermäßigen Leistungsgebrauch und reduzieren die finanziellen Barrieren zur Inanspruchnahme von Leistungen durch geringere Kostenbeteiligungen der Versicherten. Zudem haben sie das Potenzial, um Leistungen zu koordinieren, moderne Informationssysteme zur Qualitätskontrolle zu entwickeln und die Effizienz/Leistung von Individuen und Organisationen zu bewerten. Trotzdem sind aus Sicht der Versicherten vor allem folgende Punkte problematisch:³⁰

- ◆ Erstens, die **Finanzierungsmodalitäten** von *Managed-Care-Organisationen*³¹ schaffen Anreize zu Leistungskürzungen, was steigende Gewinne für die Aktionäre und höhere Gehälter für die Top-Manager der Organisation mit sich bringt.
- ◆ Zweitens, auch *Managed-Care-Organisationen* sind anfällig für **Organisationspathologien**, was nicht nur die Effizienz und Effektivität der Organisation, sondern auch das Verantwortungsbewusstsein eines jeden einzelnen Leistungserbringers negativ beeinflusst.
- ◆ Drittens, *Managed-Care-Organisationen* schränken die **Wahlmöglichkeit der Versicherten** hinsichtlich der Leistungserbringer stark ein. Die Möglichkeit des Opting-Out besteht nicht bei allen *Managed-Care-Organisationen* und bleibt Versicherten mit beschränkten finanziellen Ressourcen verwehrt.

Darauf begründet forderten Konsumenten vermehrte Information und Wahlmöglichkeiten für Versicherte, Standards für Leistungserbringung und Marketing, Aufsicht/Kontrolle durch bundesweite, bundesstaatliche oder private akkreditierte Organisationen sowie verfahrensrechtliche Möglichkeiten für Beschwerden.³²

Ein weiterer immer wieder geäußerter Kritikpunkt an *Managed-Care-Organisationen* ist die schlechte Versorgungsqualität im Vergleich zu *Nicht-Managed-Care-Organisationen*. Diese Kritik konnte in einer Meta-studie nur teilweise bestätigt werden. Grundsätzlich zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in der Versorgungsqualität zwischen *Managed-Care-* und *Nicht-Managed-Care-Organisationen*. Einzig

27 Vgl. Mühlenkamp H. Die Rolle von Managed Care im US-amerikanischen Gesundheitswesen – Aktuelle Entwicklungen und gegenwärtige Erkenntnisse. Arbeitsbericht Nr. 3/00 des Instituts für Haushalts- und Konsumökonomik der Universität Hohenheim, 2000.

28 Vgl. ebenda.

29 Vgl. ebenda.

30 Vgl. Rodwin MA. Consumer Protection And Managed Care: The Need For Organized Consumers. Health Affairs, 1996, 15: 110–123.

31 Anmerkung: Managed-Care-Organisationen erhalten pro Versicherten eine fixe Zahlung unabhängig vom Umfang der erbrachten Leistungen.

32 Vgl. Rodwin MA. Consumer Protection And Managed Care: The Need For Organized Consumers. Health Affairs, 1996, 15: 110–123.

... und deren Kritikpunkte





Versicherte mit chronischen Krankheiten wiesen eine schlechtere Versorgungsqualität in *Managed-Care-Organisationen* auf.³³

Konsumentenschützer werden aktiv ...

Managed-Care-Organisationen schränken die Konsumentenautonomie (unzureichende Wahlmöglichkeiten bei den Leistungserbringern, beschränkte Beschwerdemöglichkeiten) sehr stark ein. In Folge dessen kam es zwischen 1993 und 1996 zu einer Reihe von Konsumentenschutzaktivitäten, die Niederschlag in Weißbüchern, Modellgesetzgebungen und Gesetzen fanden. Sie werden im Folgenden näher beschrieben.³⁴

Vermehrte Information und Wahlmöglichkeit für Versicherte

Die Vorschläge reichten von umfassender Information der Konsumenten durch die *Managed-Care-Organisationen*, um ihnen die Auswahl einer passenden Organisation zu erleichtern und den Wettbewerb zu fördern, über Angaben zu Beschwerdemöglichkeiten, Qualitätssicherungsprogrammen und Eigentümerinteressen bis hin zu Informationen zu Überweisungsmodalitäten von Hausärzten („Gatekeepern“) zu Fachärzten. In weiteren Reformvorschlägen wurden Qualitätszeugnisse für *Managed-Care-Organisationen* verlangt und die Arbeitgeber aufgefordert, den Arbeitnehmern Alternativen zu *Managed-Care-Organisationen* anzubieten.

In diesem Zusammenhang ist wichtig, festzulegen, auf welche Art und Weise den Konsumenten Informationen über die *Managed-Care-Organisationen* zur Verfügung gestellt werden sollen, damit diese nicht eine verzerrte Darstellung liefern. Außerdem ist zu bedenken, dass ein Übermaß an Information ebenso wenig zielführend ist wie ein Defizit an Information.

Standards für Leistungen und Marketing

Die meisten Reformvorschläge in diesem Bereich fordern umfassende Standards zur Leistungserbringung. Hiermit sollen z. B. sogenannte „drive through“-Geburten³⁵ unterbunden oder Leistungsansprüchen außerhalb von *Managed-Care-Organisationen* bezahlt werden, falls diese selbst nicht in der Lage sind, die erforderlichen Leistungen zu erbringen. Weitere Reformvorschläge verlangten eine Akkreditierung der *Managed-Care-Pläne* durch private Organisationen wie die National Committee for Quality Assurance (NCQA)³⁶ oder anhand von staatlich festgesetzten Kriterien wie der Patientenzufriedenheit. Auch die Marketingaktivitäten bedürften einer Regulierung, so die Konsumentenschutzaktivisten. Die Reformwünsche gehen hier von neuen Entlohnungsschemata für Versicherungsagenten über eine bundesstaatliche oder staatliche Regelung von Marketingmaterialien bis zu einer Eliminierung des Marketings an Haustüren.

Aufsicht/Kontrolle durch bundesstaatliche, staatliche oder private akkreditierte Organisationen

Eine Reihe von Ansätzen zum Konsumentenschutz fordert in diesem Bereich entweder zusätzliche Macht für bundesstaatliche oder staatliche Organe oder die Möglichkeit, unabhängige Ombudsmannprogramme zu schaffen.

Verfahrensrechtliche Möglichkeiten für Beschwerden

Die Reformaktivitäten bemühen sich hier um Beschwerdemöglichkeiten und Klagemechanismen bezüglich verweigerter Überweisungen zu Fachärzten, unzureichend erbrachter Leistungen und nicht erstatteter Kosten. Der eine Teil der Vorschläge bevorzugt interne Beschwerdemöglichkeiten, ohne sie jedoch näher auszuführen, der andere Teil befürwortet Beschwerdemöglichkeiten/Klagemechanismen bei neutralen Dritten.

Zahlreiche *Managed-Care-Pläne* richteten interne Beschwerdemechanismen ein, welche die Beschwer-

33 Vgl. Hiller RH and Luft HS. Does Managed Care Lead To Better Or Worse Quality of Care? Health Affairs, 1997, 16: 7-25.

34 Vgl. Rodwin MA. Consumer Protection And Managed Care: The Need For Organized Consumers. Health Affairs, 1996, 15: 110-123.

35 Anmerkung: unter „drive through“-Geburten versteht man eine frühzeitige Entlassung der Frauen nach der Geburt.

36 Siehe auch: Cypionka T, Riedel M, Röhrling G. Qualitätsindikatoren: Handle with Care. Health System Watch III/2006, Wien.





deführer ermüden sollen, um damit den Gang vor Gericht zu verzögern. Derartige Beschwerdemöglichkeiten lösen zwar individuelle Probleme, ändern aber am Status quo nichts, weil im Gegensatz zu Klagen vor Gericht keine bindenden Urteile gefällt werden. Insofern sind *Managed-Care-Organisationen* nicht dazu verpflichtet, ihre Verhaltensweisen für Konsumenten mit ähnlichen Problemen zu ändern.

... und Konsumentenschutzgesetze erlassen

Als Teil der Gegenbewegung zu den *Managed-Care-Organisationen* wurde sowohl eine Reihe von Gesetzen zum Schutz der Konsumenten/Versicherten/Patienten als auch zum Schutz der Leistungserbringer erlassen. Konsumentenorientierte Gesetze existieren in fast allen Bundesstaaten und zielen vor allem auf die Einschränkung des Gatekeepings und anderer kostendämpfender Maßnahmen ab. Leistungserbringerorientierte Gesetze gibt es in rund zwei Drittel der Bundesstaaten; sie beschränken z. B. die Möglichkeit von Gesundheitsplänen, sich an einer selektiven Kontrahierung zu beteiligen, oder beinhalten Maßnahmen gegen die Benachteiligung einzelner Gruppen von Leistungserbringern. Kritiker behaupteten immer wieder, dass diese Gesetze stärker die Leistungserbringer als die Konsumenten/Versicherten schützen und ihnen zu wirtschaftlichen Vorteilen verhelfen.

Hall 2004³⁷ untersuchte diesen Kritikpunkt mit Hilfe von qualitativen Interviews. Die Untersuchung zeigte allerdings, dass die erlassenen Gesetze in erster Linie die Rechte der Patienten und erst in zweiter Linie die Interessen der Leistungserbringer vertreten. Nur in Einzelfällen gab es Hinweise darauf, dass die Gesetzgebung primär die Interessen der Leistungserbringer schützt und ihnen damit zu einem wirtschaftlichen Vorteil verholfen wird.

Es gab eine breite öffentliche Debatte über den Nutzen und die Wirkung dieser Gesetze. Die Befürworter halten sie für unerlässlich, um Konsumenten vor marktorientierten Einflüssen zu schützen. Die Gegner hingegen halten sie für verzichtbar, weil die Leistungserbringer ein Fehlverhalten aufgrund des Marktdrucks von sich aus korrigieren. Von einer neutralen Perspektive aus betrachtet sind solche Gesetze notwendig, um Marktdefizite auszugleichen, resultieren aber in einem weniger effizienten Markt. Letztlich stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob die Gesetze ihr Ziel erreichen konnten.³⁸

Sloan et al. (2005)³⁹ analysierten die Auswirkungen von Konsumentenschutzgesetzen auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und die Konsumentenzufriedenheit anhand einer Zeitreihenanalyse. Konsumentenschutzgesetze haben weder eine signifikante Auswirkung auf die Leistungsanspruchnahme noch auf die Konsumentenzufriedenheit. Vielmehr hängen die Leistungsanspruchnahme und die Zufriedenheit mit der Versorgung von Faktoren wie dem Gesundheitszustand, dem Bildungs- und Einkommensgrad und dem Geschlecht ab.

Consumerism

Consumerism ist Ende der 90er-Jahre aus dem *Managed Care Backlash* hervorgegangen und möchte den Einfluss der Konsumenten gegenüber den Leistungserbringern stärken. Hierzu werden die Konsumenten mit Informationen ausgestattet, um Entscheidungen hinsichtlich ihrer Ausgaben für die Gesundheitsversorgung treffen zu können. Der Ansatz des Consumerism spiegelt sich in versorgungsbezogenen Gesundheitsplänen (Consumer-Driven Health Plans) und Gesundheitssparkonten (Health Savings Accounts) wider.

Die wichtigsten Charakteristika des Consumerism-Ansatzes sind:⁴⁰

- ◆ eine optimistische Sicht auf die Fähigkeit des Konsumenten/Patienten, auch im Krankheitsfall eine kosten- und qualitätsbewusste Entscheidung treffen zu können;
- ◆ eine Skepsis gegenüber jeglicher Art von organisierter Strukturierung der Wahlmöglichkeiten der Konsumenten/Patienten;

37 Vgl. Hall MA. Managed Care Patient Protection or Provider Protection? A Qualitative Assessment. *The American Journal of Medicine*, 2004, 117: 932–937.

38 Vgl. Sloan FA, Rattliff JR, Hall MA. Impacts of Managed Care Patient Protection Laws on Health Service Utilization and Patient Satisfaction with Care. *HRS. Health Service Research*, 2005, 40:3, 647–667.

39 Vgl. ebenda.

40 Vgl. Robinson JC. Managed Consumerism in Health Care. *Health Affairs*, 2005, 24: 1478–1489.

... und
Konsumenten-
schutzgesetze
erlassen

Consumerism





- ◆ eine Skepsis gegenüber der Rolle von „Zwischenhändlern“, wie z. B. vertikal integrierte Gesundheitspläne;
- ◆ die Ansicht, dass einzelne, spezialisierte Leistungsanbieter die Präferenzen der Konsumenten/Patienten besser erfüllen können;
- ◆ die Bevorzugung einer *fee-for-service*- oder *episode-of-illness-Vergütung*;
- ◆ eine Performancemessung auf individueller Ebene.

Die Zukunft gehört Managed Consumerism...

Managed Consumerism wird in den USA als ein neuer Weg gesehen, wie staatliche Ziele mit Hilfe privater Mittel erreicht werden können. Dabei handelt es sich um eine Mischung aus den Ansätzen des *Consumerism* und der *Managed Competition*. Beide Ansätze haben für sich gesehen Defizite: *Consumerism* fehlt es an gestaffelten Selbstbehalten für sozial schwache Personen, und bekennt sich zu einer Vergütung auf Basis *fee-for-service*. *Managed Competition* scheiterte letztlich am Rückzug der Arbeitgeber aus

Die Zukunft gehört Managed Consumerism ...

Tabelle 3: Unterschiede zwischen dem Consumerism-Ansatz und dem Managed Competition-Ansatz

	Consumerism-Ansatz	Managed Competition-Ansatz
Gesundheitsmarkt		
Arzt-Patient-Interaktion	Preisbewusste Konsumentenentscheidungen erzeugen ein adäquates Verhalten der Leistungserbringer	Qualitätsdefizite sind die Folge beschränkter Wahlfreiheiten der Konsumenten
Große Ärzte- und Krankenhausorganisationen	Oftmals bürokratisch, monopolistisch	Möglichkeit zur Koordination, Anreizparallelisierung
Bevorzugte Organisationsform	Einzelpraxen, spezialisierte Krankenhäuser	Gruppenpraxen, integrierte Versorgung
Methode der Leistungserbringervergütung	Fee-for-service, episode of illness pricing	Kopfpauschale für Anbieterorganisationen, Gehalt für einzelne Ärzte
Bevorzugte Methode der Performancemessung	Performancemessung von einzelnen Ärzten und einzelnen klinischen Leistungen	Performancemessung von Ärzteorganisationen und klinischen Leistungsspektren
Rolle der ökonomischen Anreize zum Zeitpunkt der Leistungsanspruchnahme	Zentral: aufgrund hoher Selbstbehalte, Konsumenten/Versicherte berücksichtigen sowohl Kosten als auch Qualität	Peripher: aufgrund begrenzter Selbstbehalte, Konsumenten/Versicherte fokussieren sich eher auf die Qualität als auf die Kosten
Krankenversicherungsmarkt		
Versicherungspläne	Skeptisch: Versicherung wird zur Risikostreuung benötigt, fördert aber Nachfrage ohne Rücksicht auf den Preis	Positiv: Unterstützt Wahl der Konsumenten, Koordination der Leistungserbringer und Risikostreuung
Bevorzugte Vergütungsweise	Hoher Selbstbehalt	Begrenzter Selbstbehalt
Bevorzugtes Netzwerkdesign	PPO-Netzwerk mit konkurrierenden, nicht eingegliederten Leistungserbringern	HMO-Netzwerk, mit Gruppenpraxen im Mittelpunkt
Rolle der Arbeitgeber und der staatlichen Kostenträger als Bereitsteller des Versicherungsschutzes	Skeptisch: Dritte verzerren die Anreize der Konsumenten, ideal ist ein individueller Versicherungsmarkt mit Steuersubvention	Positiv: Kostenträger müssen eine aktive Rolle im Qualitätsvergleich spielen, Ausgleich von Risikoselektion
Rolle der ökonomischen Anreize zum Zeitpunkt der Wahl des Versicherungsschutzes	Peripher: Gesundheitspläne sollten ähnliche, sich überschneidende Netzwerke von Leistungserbringern anbieten; Fokus der Konsumenten ist auf die Vergütungsweise und nicht auf das Netzwerkdesign gerichtet	Zentral: Gesundheitspläne sollten verschiedene, konkurrierende Netzwerke an Leistungserbringern anbieten; Fokus der Konsumenten ist auf das Netzwerkdesign und nicht auf die Vergütungsweise gerichtet

Quelle: Robinson JC. Managed Consumerism in Health Care. Health Affairs, 2005, 24:1478-1489.





dem aktiven Dialog zur Reform des Gesundheitssystems und an der finanziellen Unzufriedenheit der Ärzte und Spitalsorganisationen.

Managed Consumerism verbindet die beiden Ansätze und stellt eine Mischung aus einer patientenzentrierten Sicht einer konsumentengestützten medizinischen Versorgung und der anbieterzentrierten Sicht eines geregelten Wettbewerbs dar. Die Leistung des Gesundheitsversorgungssystems soll durch den beidseitigen Anreiz (Konsumenten/Versicherter, Leistungserbringer), ein hochqualitatives, kosteneffizientes Versorgungssystem anbieten zu können, gefördert werden. Beide Ansätze vereint sehr viel wie etwa das Paradigma, soziale Mittel eher nach individuellen als nach kollektiven Entscheidungen zu verteilen, sowie das Bekenntnis, Patienten eine Wahl treffen zu lassen. Beide Ansätze trennt aber gleichzeitig auch sehr viel: siehe dazu die nebenstehende Tabelle.⁴¹

In einem derartigen Ansatz müssen die Interessen der Versicherten immer vor den Interessen der Leistungserbringer stehen; er kann nur dann sein gesamtes Potenzial ausschöpfen, wenn Versicherer bedeutungsvolle Netzwerke und Leistungserbringer gehaltvolle Organisationen hervorbringen, zwischen welchen informierte und kostenbewusste Konsumenten wählen können.⁴²

Resümee

Im Rahmen der Diskussion *Managed Care* versus *Consumerism* ist es sehr wichtig, die Balance zwischen den individuellen und gesellschaftlichen Zielen zu finden.

Managed Care ist erfolgreich als private Regulation von Gesundheitsleistungen, indem es die Marktmacht der Leistungserbringer und die Wahlfreiheit der Konsumenten/Patienten einschränkt, wodurch die Zunahme der Gesundheitsausgaben gebremst wird. *Managed Care* dringt allerdings direkt in die Arzt-Patient-Beziehung ein, indem es vorschreibt, wohin und wann ein Patient überwiesen, wann und wie lange ein Patient hospitalisiert, wann eine teure Untersuchung eingesetzt werden kann. Sowohl Ärzte als auch Patienten verlieren durch *Managed Care* ein Stück ihrer Freiheit. Ärzte können über Behandlungen und Patienten können über Leistungserbringer nicht frei entscheiden. Die eingeschränkte Wahl- und Handlungsfreiheit führte auf beiden Seiten zu großem Unbehagen. Es wurde eine Reihe von Gesetzen verabschiedet, welche die Beschränkungen und Kontrollen, die von den *Managed-Care-Organisationen* eingeführt wurden und zur Steuerung der Gesundheitsleistungen dienten, drastisch einschränkten. Dennoch war *Managed Care* für viele Beteiligte unbefriedigend.

Genau diese Pro- und Kontra-Punkte sollten die sozialen Krankenversicherungen in ihre Überlegungen mit einbeziehen, wenn sie eine vermehrte Einführung von *Managed-Care-Modellen*, wie z. B. integrierte Versorgung oder Hausarztmodelle, andenken.

Aus der Gegenbewegung zu *Managed Care*, welche ihren Ursprung in der Unzufriedenheit mit *Managed Care* hat, ist der *Consumerism* entstanden. Das Positive an diesem Ansatz ist unter anderem, dass die Position der Konsumenten deutlich gestärkt ist und sie den Leistungserbringer frei wählen können. Das Negative an diesem Ansatz ist, dass die Vergütung (*fee-for-service*, *episode of illness*) keine Rücksicht auf die soziale Stellung oder finanzielle Leistungsfähigkeit der Konsumenten/Patienten nimmt.

Die Zukunft gehört derzeit aber dem *Managed Consumerism*, einer Kombination aus den besten Elementen beider Ansätze.

Resümee

41 Vgl. ebenda.

42 Vgl. ebenda.





Tabelle A1:

Demografische Kennzahlen und Lebenserwartung mit 65 Jahren, 2006

	Anteil der unter 15-Jährigen, in % der Gesamtbevölkerung			Anteil der über 65-Jährigen, in % der Gesamtbevölkerung			Gesamtfertbarkeitsrate, Kinder pro Frau			Lebenserwartung mit 65 Jahren, Männer			Lebenserwartung mit 65 Jahren, Frauen		
	2006	1995 =100	EU 27 =100	2006	1995 =100	EU 27 =100	2006	1995 =100	EU 27 =100	2006	1995 =100	EU 27 =100	2006	1995 =100	EU 27 =100
Österreich	15,7	90	98	16,7	110	101	1,41	99	94	17,5	114	106	20,8	110	104
Belgien	17,7 ^f	99	110	16,5 ^f	104	100	1,67	104	111	15,2 ^g	102	93	19,6 ^g	101	98
Bulgarien	14,0 ^b	78	87	17,1 ^b	114	104	1,38	112	92	13,3 ^b	104	81	16,3 ^b	105	81
Dänemark	18,7 ^e	107	116	14,8 ^e	97	90	1,80 ^a	100	120	15,4 ^e	109	94	18,5 ^e	104	92
Deutschland	14,6 ^b	90	91	18,3 ^b	118	111	1,33	106	88	16,8 ^b	113	102	20,2 ^b	107	100
Estland	15,3 ^a	74	95	16,6 ^a	123	101	1,55	112	103	13,1 ^a	110	80	18,1 ^a	112	90
Finnland	17,4 ^a	91	108	15,9 ^a	112	97	1,80 ^a	100	120	17,0 ^a	116	103	21,1 ^a	112	105
Frankreich	18,5 ^b	98	115	16,4 ^b	105	99	1,92 ^a	113	128	17,8 ^b	107	108	22,3 ^b	103	111
Griechenland	14,3	82	89	18,5	122	112	1,41	108	94	17,6	110	107	19,6	106	98
Irland	20,7 ^a	85	128	11,2 ^a	98	68	1,90	103	126	16,9 ^a	124	103	20,1 ^a	116	100
Italien	14,2 ^d	96	88	18,9 ^d	114	114	1,35	114	90	17,1 ^d	109	104	21,2 ^d	107	106
Lettland	14,1	68	88	17,0	125	103	1,35	108	90	12,7	111	77	17,4	109	87
Litauen	16,8 ^a	77	104	15,2 ^a	123	92	1,31	85	87	13,1 ^a	101	80	17,7 ^a	104	88
Luxemburg	18,7 ^a	101	116	14,3 ^a	102	87	1,70 ^a	102	113	17,1 ^a	114	104	20,4 ^a	103	102
Malta	17,4 ^a	80	108	13,4 ^a	121	81	1,37	76	91	16,3 ^a	106	99	19,5 ^a	110	97
Niederlande	18,5 ^b	101	115	13,9 ^b	105	85	1,72	112	114	16,4 ^b	111	100	20,0 ^b	104	100
Polen	16,5 ^a	72	102	13,2 ^a	119	80	1,24 ^a	69	82	14,4 ^a	111	87	18,6 ^a	112	93
Portugal	15,7 ^b	89	97	16,9 ^b	114	103	1,40 ^a	99	93	16,3 ^b	111	99	19,8 ^b	109	99
Rumänien	15,5	75	96	14,8	123	90	1,30	100	86	13,7	106	83	16,5	107	82
Schweden	17,7 ^b	94	110	17,2 ^b	99	104	1,77 ^a	104	118	17,6 ^b	109	107	20,8 ^b	104	104
Slowakei	16,6 ^a	74	103	11,7 ^a	108	71	1,25	82	83	13,4 ^a	105	81	17,3 ^a	106	86
Slowenien	14,0	76	87	15,8	128	96	1,31	102	87	16,0	116	97	20,1	113	100
Spanien	14,5 ^a	87	90	16,8 ^a	110	102	1,33 ^a	102	88	17,3 ^a	107	106	21,4 ^a	106	107
Tschechien	14,8 ^a	80	92	14,1 ^a	107	86	1,33	104	88	14,5 ^a	114	88	17,8 ^a	109	89
Ungarn	15,5 ^a	86	96	15,7 ^a	110	95	1,35	86	90	13,4 ^a	109	81	17,2 ^a	107	86
Vereinigtes Königreich	18,0 ^a	92	111	16,0 ^a	101	97	1,80 ^a	105	120	17,1 ^a	117	104	19,8 ^a	108	99
Zypern	19,2 ^b	84	119	11,9 ^b	106	72	1,44	71	96	16,6 ^b	100	101	19,5 ^b	106	97
EU27*	16,1	89	100	16,5	111	100	1,50	103	100	16,4	111	100	20,1	107	100
EU15*	16,2	93	101	17,1	110	104	1,56	108	104	17,1	111	104	20,7	106	103
EU12*	15,7	76	98	14,3	117	87	1,30	85	86	14,0	109	85	17,7	106	88
Kroatien	15,7	81	98	17,0	138	103	1,38	86	92	14,3	108	87	17,8	107	89
Mazedonien	20,7 ^c	84	129	10,7 ^c	121	65	1,50	71	100	13,4 ^c	101	81	15,5 ^c	101	77
Türkei	28,4 ^a	89	176	5,9 ^a	118	36	2,18	79	145	13,1	104	80	15,1	107	75
Schweiz	16,4 ^b	93	102	15,8 ^b	107	96	1,44	97	96	18,3 ^b	112	111	21,7 ^b	106	108
USA	20,5 ^a	94	127	12,4 ^a	98	75	2,05	101	136	17,1 ^b	110	104	20,0 ^b	106	100

*bevölkerungsgewichtet

^a 2005, ^b 2004, ^c 2003, ^d 2002, ^e 2001, ^f 1998, ^g 1997

Quelle: WHO Health for all database, November 2007; OECD Health Data, Oktober 2007 für die USA und die Türkei; IHS HealthEcon Berechnungen 2008.

