

Nachfragesteuerung im niederländischen Gesundheitswesen: Wunsch und Praxis

Die Niederlande sind bestrebt, einen regulierten Markt in der Gesundheitsversorgung entstehen zu lassen. Die Versorgung soll sich auf die Patienten als Nachfragende ausrichten. Die Praxis ist jedoch ernüchternd: Ein zu knappes Angebot lässt den Patienten keine Wahl, und die Patienten verhalten sich (noch) nicht als rational handelnde Konsumenten.

Diana Delnoij, Jozien Bensing

Die Begriffe nachfragegesteuerte und nachfrageorientierte medizinische Versorgung werden in den Niederlanden seit der zweiten Hälfte der Neunzigerjahre verwendet. Es handelt sich dabei um Rahmenbegriffe, die aus unterschiedlichen Aspekten bestehen, und die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen haben jeweils ihre eigenen Vorstellungen davon. Zwischen zirka 1975 und 1990 wurde das niederländische Gesundheitswesen vor allem durch das Angebot gesteuert, indem straff budgetiert und die personelle Besetzung ebenfalls straff geplant wurde.

Die Marktkräfte stärken

Seit dem Ende der Achtzigerjahre versuchten die aufeinander folgen-

den Regierungen, im Gesundheitswesen die Marktkräfte zu stärken. Es wurden verschiedene politische Massnahmen ergriffen, um mehr Markt einzuführen, diesen aber auch zu regulieren. Im Jahr 1992 wurden die regionalen Krankenkassenmonopole der öffentlichen Arbeitnehmerkassen¹ aufgehoben. Die Versicherten haben seither die freie Wahl unter verschiedenen Krankenkassen. Um die Position der Patienten auf dem Gesundheitsmarkt zu schützen und zu verstärken, wurden mehrere Gesetze verabschiedet: Zum Beispiel das Gesetz über den medizinischen Behandlungsvertrag, das unter anderem das Informationsrecht der Patienten regelt, das Mitbestimmungsgesetz für Klienten im Gesundheitswesen und ein Beschwerdegesez (siehe *Kasten*).

Dennoch funktioniert der regulierte Markt im niederländischen Gesundheitswesen noch lange nicht über die volle Breite. Bis zum Ende der Neunzigerjahre wurde nämlich die Kapazität im Gesundheitswesen über die Planung der Mitarbeiterstärke und die Budgetierung bewusst knapp gehalten – zu knapp. In den Niederlanden besteht heute ein Hausärztemangel, und auch in den Krankenhäusern leidet man unter den «chronischen» Wartelisten. Es ist klar, dass Wahlfreiheit und Marktwirkung in einem Markt, der so viel Knappheit kennt, inhaltslose Begriffe sind.

Um die Jahrtausendwende wurden diese Probleme als Symptome eines Systems in der Krise erkannt. Die Regierung bemühte sich von Neuem, den Krankenkassen als Einkäufern von Versorgungsleistungen eine Regiefunktion zu geben und da-



Diana Delnoij



Jozien Bensing

mit deren zentrale Rolle zu fördern. Diese Politik ist unter dem Namen

¹ 61 Prozent der Niederländer sind kassenversichert, das heisst sie sind in der staatlichen Arbeitnehmersversicherung erfasst, welche auch Sozialhilfeempfänger, Rentner und Selbstständige mit Einkommen unter der so genannten Lohngrenze einschliesst. Wer als Selbstständiger oder Angestellter mehr verdient als die Lohngrenze (39 Prozent der Bevölkerung), ist auf eine private Krankenkasse angewiesen. Zusätzlich zahlen Privatversicherte in den Fonds der öffentlichen Krankenkassenversicherung ein, um die günstigere Risikostruktur der Privatpatienten zu kompensieren.

der nachfragegesteuerten medizinischen Versorgung bekannt.²

Nachfragegesteuerte Versorgung: der Wunsch

Die nachfragegesteuerte medizinische Versorgung ist nicht wirklich neuartig und baut vor allem auf dem Streben am Ende der Achtzigerjahre auf, mehr Marktkräfte zuzulassen.

Der Begriff weist in den Niederlanden darauf hin, dass das Gesundheitswesen über die Nachfrage auf drei Ebenen gesteuert werden soll:

Auf der Makroebene des Gesundheitswesens als Ganzem bedeutet Nachfragesteuerung, dass das System von Versicherungen, Finanzierung und gesetzlichen Regelungen so ausgestaltet ist, dass die Bedürfnisse und Vorlieben der Patienten/Konsumenten richtungweisend dafür sind, wie das Gesundheitswesen eingerichtet und organisiert wird.

Auf der Mesoebene beinhaltet die Nachfragesteuerung, dass den Patienten reelle Wahlmöglichkeiten geboten werden und dass die betrieblichen Abläufe und die Logistik innerhalb der Institutionen sowie zwischen diesen auf die Bedürfnisse der Patienten abgestimmt werden, und nicht umgekehrt.

Auf der Mikroebene beinhaltet die Nachfragesteuerung, dass die Leistungserbringer Massarbeit liefern und ihre Leistungen den individuellen Bedürfnissen und Wünschen der Patienten anpassen. Kernbegriffe sind diesbezüglich die gemeinsame Entscheidungsfindung von Helfer und Patient, Information der Patienten über Behandlungsalternativen sowie deren Vor- und Nachteile und Stärkung der Kompetenzen der Patienten.

Nachfragesteuerung: die Praxis

Generell könnte man sagen, dass Nachfragesteuerung zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch eher ein Wunsch als Alltagspraxis ist. Dies kann anhand von zwei Beispielen illustriert werden, und zwar im Bereich der freien Kassenwahl und der gemeinsamen Entscheidungsfindung.

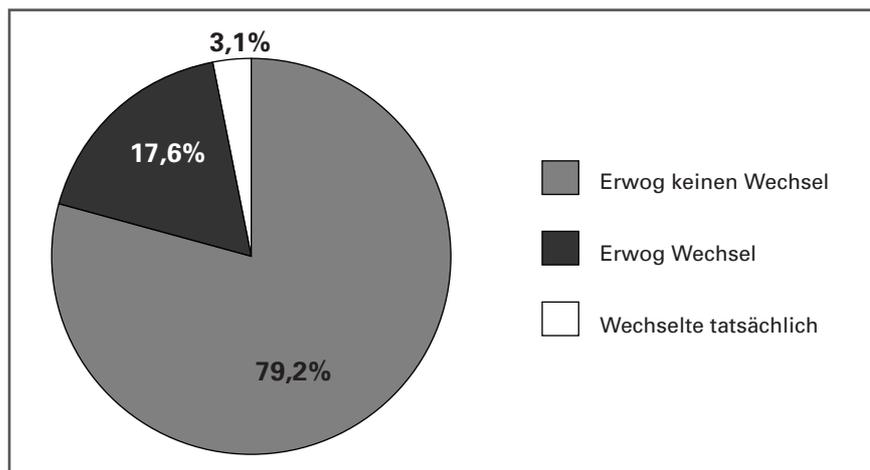


Abbildung 1: Prozentsatz der Kassenpatienten, der zwischen 2002 und 2003 einen Kassenwechsel erwog beziehungsweise tatsächlich wechselte.

tigen Zeitpunkt noch eher ein Wunsch als Alltagspraxis ist. Dies kann anhand von zwei Beispielen illustriert werden, und zwar im Bereich der freien Kassenwahl und der gemeinsamen Entscheidungsfindung.

Kassenwechsel

Sind Patienten tatsächlich jene rational wählenden Versorgungskonsumenten, die sie laut der gängigen Rhetorik sein müssten? Sehen wir uns das Verhalten von Konsumenten auf dem Versicherungsmarkt an, so werden wir diesbezüglich enttäuscht. *Abbildung 1* stellt dar, welcher Prozentsatz von Kassenpatienten³ zwischen 2002 und 2003 einen Wechsel der Krankenkasse erwogen hat und wieviele diesen dann auch tatsächlich vollzogen. Weniger als ein Viertel der Kassenpatienten erwog, die Kasse zu wechseln. Nur 3,1 Prozent aller Kassenpatienten hat diesen Schritt auch tatsächlich getan. Kassenpatienten sind der Meinung, dass die Vorteile eines Wechsels den zusätzlichen Verwaltungsaufwand nicht aufwiegen. Überdies scheinen die meisten Kassenpatienten noch nicht so zu denken und zu handeln, wie dies von rational wählenden Konsumenten in einem regulierten Markt erwartet wird. Auf die Frage nach den wichtigsten Gründen, weshalb sie bei der derzeitigen Krankenkasse versichert sind, erweist sich, dass Gewohnheit und emotionale Gründe dabei eine größere Rolle spielen als die rationalen

Erwägungen wie etwa die Beitragshöhe oder der Leistungsumfang.^{4,5}

Arzt-Patient-Kommunikation

Auch Untersuchungen über die Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten zeigen, dass Patienten bei Weitem noch nicht jene selbstbewussten und rational handelnden Konsumenten von Pflege und Versorgung sind, von denen im Marktdenken ausgegangen wird. Das NI-

«Kassenpatienten sind der Meinung, dass die Vorteile eines Wechsels den zusätzlichen Verwaltungsaufwand nicht aufwiegen.»

VEL (Netherlands Institute for Health Services Research) führte Ende der Neunzigerjahre eine Studie durch, bei der mit Video in sechs europäischen Ländern Konsultationen in einer Allgemeinpraxis beobachtet wurden. Pro Land wurden zirka 400 Gespräche aufgenommen und anschließend analysiert. Daraus ergab sich, dass der Beitrag der Patienten am Gespräch beim Hausarzt relativ begrenzt ist. Patienten zeigen viel Zustimmung gegenüber den Vorschlägen des Arztes und geben dem Arzt viele Informationen über ihre Beschwerden. Sie stellten jedoch re-

² Ministerie van VWS. Vraag aan bod. Hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel. Bijlagen Handelingen Tweede Kamer der Staten-Generaal, Vergaderjaar 2000-2001, 27855, nrs 1-2.

³ Kassenpatienten: Versicherte in der staatlichen Arbeitnehmerversicherung, siehe Fussnote 1.

⁴ Delnoij D., E. van der Schee. Wisselen van ziekenfonds per 1-1-2003: een peiling van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 2003.

⁵ Gress S., D. Delnoij, P. Groenewegen. Exit and Voice in Dutch Social Health Insurance. DICE Report Journal for Institutional Comparisons 1 (2003); 3: 47-53.

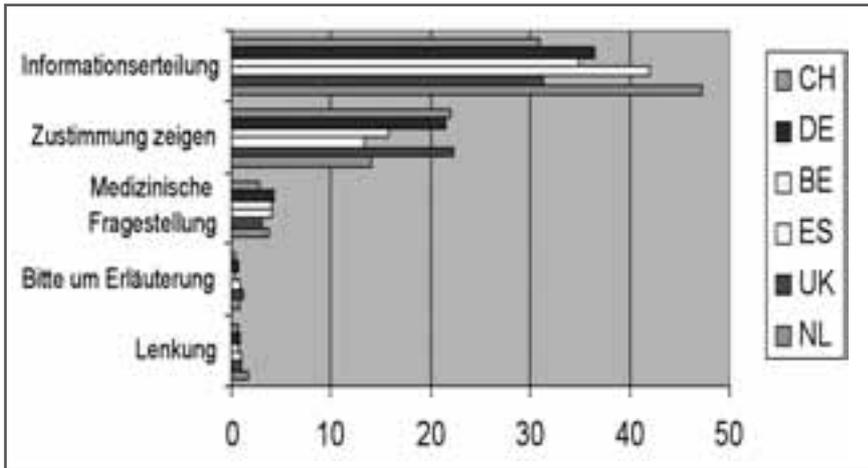


Abbildung 2: Anzahl Male im Verlauf eines Gesprächs beim Allgemeinpraktiker, an denen der Patient Information erteilt, seine Zustimmung zeigt, eine medizinische Frage stellt, eine Bitte um Erläuterung äussert oder lenkend auftritt; gemessen in den Niederlanden, in Grossbritannien, Spanien, Belgien, Deutschland und der Schweiz.

Quelle: Van den Brink-Muinen et al 2003⁶

Kasten:

Erfahrungen mit dem Beschwerderecht

Das niederländische Gesetz über das Beschwerderecht von Patienten im Gesundheitswesen wurde 1995 eingeführt. Es sieht vor, dass jeder Anbieter von Versorgungsleistungen eine unabhängige Beschwerdekommision einsetzt. Welche Erfahrungen wurden bis anhin damit gemacht?

Die meisten Studien über das Funktionieren dieses Gesetzes wurden im Krankenhaus durchgeföhrt. Die durchschnittliche Anzahl von Beschwerden pro Krankenhausbett variiert zwischen drei und sechs Beschwerden pro Krankenhaus und Jahr.⁷ Sie werden oft von relativ hoch ausgebildeten Frauen geäussert. Die meisten Beschwerden beziehen sich auf das Auftreten der Ärzte oder des Krankenhauspersonals, an zweiter Stelle folgen Reklamationen über medizinisch-technisches Handeln und dann Reklamationen darüber, dass die Vorschriften über den «Informed Consent» nicht befolgt wurden. Die Mitarbeiter, welche die Beschwerden abwickeln, versuchen zunächst häufig, die Beschwerde vermittelnd, das heisst informell aus dem Weg zu räumen. Etwa 20 Prozent der Beschwerdeföhrer sind im Nachhinein damit nicht sehr zufrieden.⁸ Wenn Beschwerden formell der Beschwerdekommision vorgelegt werden, so werden mehr als die Hälfte der Beschwerden für begründet erklärt. Dennoch ist mehr als ein Drittel dieser Beschwerdeföhrer der Ansicht, dass ihnen kein Recht widerfahren ist. Sie sind unzufrieden darüber, wie die Beschwerde abgewickelt wurde, weil die Beschwerdekommision ihrer Meinung nach nicht nach einer für beide Parteien akzeptablen Lösung für die Beschwerde gesucht hatte. Die Aufgabe der Beschwerdekommision ist es jedoch nur, eine Aussage darüber zu machen, ob die Beschwerde rechtmässig ist.

Überdies scheinen es Patienten sehr wichtig zu finden, dass sich im Anschluss an ihre Beschwerde etwas ändert. Hierauf hat jedoch die Beschwerdekommision keinen Einfluss. Sie kann nur Empfehlungen an das Krankenhaus abgeben.

6 Van den Brink-Muinen A., A.M. van Dulmen, J.M. Bensing, H.I. Maaroos, H. Tähepöld, Z.J. Krol, L. Plawecki, S.C. Oana, M. Boros, U. Satterlund-Larsson, B.M. Bengtsson. Eurocommunication II: a comparative study between countries in Central- and Western Europe on doctor-patient communication in general practice: final report. Utrecht: NIVEL, 2003.

7 Dane A., H. van Lindert, R.D. Friele. Klachtovpang in de Nederlandse gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 2000, S. 89.

8 Sluijs E, Friele R.D., Algera M. Onvrede met de klachtbehandeling: fase 1. NIVEL, 2003. In: Sluijs E., Friele R.D. Onvrede over klachtbehandeling in het kader van de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector. Tsg 2003 (81) 6, 318-326.

lativ wenig medizinische Fragen und bitten nur selten um nähere Erklärungen (siehe *Abbildung 2*).

Schlussfolgerung

Die Begriffe nachfragegesteuerte und nachfrageorientierte medizinische Versorgung werden in den Niederlanden seit der zweiten Hälfte der Neunzigerjahre verwendet.

In der staatlichen Politik wird Nachfragesteuerung vor allem als Synonym zu Marktwirkung und Wettbewerb verstanden. Sowohl auf dem Versicherungsmarkt als auch in der Arztpraxis benimmt sich der Patient jedoch noch längst nicht immer als Konsument. Ärzte lenken die Kommunikation, die Patienten bleiben passiv. Wer krank ist, Schmerzen hat oder sich über eine ernsthafte

«Wer krank ist, Schmerzen hat oder sich über eine ernsthafte Krankheit Gedanken macht, hat andere Sorgen, als den mündigen und rational wählenden Konsumenten zu spielen.»

Krankheit Gedanken macht, hat andere Sorgen, als den mündigen und rational wählenden Konsumenten zu spielen. In solchen mit Stress und Emotionen belasteten Situationen vertraut man wie von alters her auf den Arzt als denjenigen, der den Weg angibt und das Ziel benennt. Dies heisst nicht, dass Ärzte nicht viel mehr als früher die «Route» gemeinsam mit dem Patienten besprechen, ihn auf mögliche Alternativen hinweisen und darauf vorbereiten, was unterwegs alles geschehen könnte. Es ist jedoch fraglich, ob dieser Umschwung die Folge einer bewusst eingesetzten Politik ist oder aber aus allgemein-gesellschaftlichen Entwicklungen heraus entsteht, wie etwa durch das höhere Ausbildungsniveau der Bevölkerung und durch geänderte Autoritätsverhältnisse zwischen den Experten und den Laien. ■

Autorinnen:
Diana Delnoij PhD,
Prof. Jozien Bensing PhD

NIVEL (Netherlands Institute for Health Services Research)
PO Box 1568
3500 BN Utrecht
Niederlanden
E-Mail: d.delnoij@nivel.nl